

BMJ Best Practice

Abuso e agressão sexual

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	5
Fisiopatologia	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Rastreamento	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	16
Anamnese e exame físico	17
Exames diagnóstico	19
Diagnóstico diferencial	22
Critérios de diagnóstico	22
Tratamento	25
Abordagem passo a passo do tratamento	25
Visão geral do tratamento	27
Opções de tratamento	30
Acompanhamento	54
Recomendações	54
Complicações	55
Prognóstico	56
Diretrizes	57
Diretrizes de diagnóstico	57
Diretrizes de tratamento	58
Recursos online	60
Nível de evidência	61
Referências	62
Imagens	67
Aviso legal	76

Resumo

- ◇ A agressão sexual é comum e pode afetar adultos de qualquer idade. Embora as mulheres jovens corram o maior risco, os homens também são violados sexualmente.
- ◇ A maioria das crianças que se apresenta para uma avaliação por abuso sexual tem exame físico normal.
- ◇ As infecções sexualmente transmissíveis não são comuns em crianças pré-púberes que sofreram abuso sexual.
- ◇ O tempo decorrido desde a agressão sexual mais recente e o estado puberal da criança determinam a estratégia apropriada de manejo na situação aguda.
- ◇ Meninas correm um risco maior que meninos de sofrer vitimização como o abuso sexual.

Definição

A Organização Mundial da Saúde define a violência sexual como "qualquer ato sexual, tentativa de manter ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados ou atos de tráfico ou direcionados à sexualidade de uma pessoa utilizando a coerção, por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer ambiente, inclusive, entre outros, casa ou trabalho".[1]

As definições do abuso sexual infantil e de outras violações sexuais podem variar entre países ou até dentro das jurisdições de cada país. Uma definição atual da American Academy of Pediatrics (AAP) é a seguinte: "O abuso sexual ocorre quando uma criança está envolvida em atividades sexuais que não é capaz de compreender, para as quais não está preparada e não é capaz de consentir de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, e/ou representa uma violação das leis ou dos tabus sociais da coletividade".[2] A AAP especifica ainda que "as atividades podem incluir todas as formas de contato orogenital, genital ou anal pela criança ou com ela ou abuso que não envolve contato, como o exibicionismo, o voyeurismo ou a utilização da criança na produção de pornografia".[2]

Na maioria das jurisdições, o estupro é definido como manter relação sexual ou outras formas de penetração sexual peniana por uma pessoa (o agressor) com outra pessoa sem o consentimento desta. Dependendo da jurisdição, a penetração pode ser oral, vaginal ou anal, ou pode se referir somente à penetração vaginal. O termo agressão sexual inclui outras atividades sexuais não consentidas.

Epidemiologia

Os resultados de um estudo de larga escala apresentado a Assembleia Geral das Nações Unidas em 2006 estimaram que cerca de 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos menores de 18 anos em âmbito mundial foram forçados a manter relações sexuais ou foi vítima de violência sexual no ano de 2002.[3] O mesmo estudo citou dados indicando que 7% a 36% das mulheres e 3% a 29% dos homens relatou vitimização sexual durante a infância.

Estatísticas derivadas de uma pesquisa nacional de vigilância sobre a prevalência do abuso sexual infantil nos EUA estimam que aproximadamente 4% das crianças são vitimadas; porém, essa série de dados é limitada a casos que foram denunciados e, portanto, provavelmente subestima o problema.[4] Uma pesquisa com a população geral de crianças de 0 a 17 anos nos EUA indicou uma redução de 1% nas agressões sexuais de 2011 a 2014.[5] No Reino Unido, o relatório da National Society for the Prevention of Cruelty to Children indica que, de 2015 a 2016, a taxa de violações sexuais em crianças com menos de 16 anos foi de 36.3 por 10,000 crianças na Inglaterra, 41.9 por 10,000 em Gales, 41.7 por 10,000 crianças na Irlanda do Norte e 40.7 por 10,000 crianças na Escócia.[6] Estudiosos debatem se o aumento e posterior declínio nas taxas relatadas de abuso sexual infantil no século XX representam verdadeiras tendências ou mudanças nas práticas de denúncia.[7] [8] [9] Estimativas acuradas sobre a prevalência do abuso sexual na infância são problemáticas porque há definições variadas sobre o que é abuso, não somente por parte dos pesquisadores e legisladores, mas também por parte das próprias vítimas. Além disso, a natureza sensível do tópico provavelmente influencia os relatórios oficiais e as taxas de resposta dos levantamentos.

A maioria dos perpetradores de abuso sexual contra crianças são pessoas que as vítimas conhecem.[3] Meninas apresentam um risco de 1.5 a 3 vezes maior de sofrer abuso sexual que meninos.[3] Embora haja associações entre outras formas de maus-tratos a crianças (negligência, abuso emocional e abuso físico) e estressores sociais como a pobreza e a falta de serviços na comunidade, o abuso sexual de crianças afeta todas as camadas sociais.[10] [11] O abuso sexual prévio está associado a diagnósticos ao longo da vida

de transtorno da ansiedade, depressão, transtornos alimentares, transtornos do estresse pós-traumático, distúrbios do sono e tentativas de suicídio.[12]

A violência sexual é um problema global. As estimativas globais indicam que 35% das mulheres do mundo todo já sofreram violência física e/ou sexual de seu parceiro ou de outra pessoa durante a vida.[13] O risco ao longo da vida de sofrer tentativa de estupro ou estupro é de até 20% para mulheres, mas muitas vezes os homens também são abusados sexualmente. Embora qualquer indivíduo possa ser atacado fisicamente, incluindo os idosos, algumas pessoas são particularmente vulneráveis: adolescentes e mulheres jovens, pessoas com dificuldades de aprendizado e outras debilidades, pessoas pobres ou moradores de rua e aquelas que vivem em instituições ou áreas de conflito. O consumo de bebidas alcoólicas entre um ou mais dos indivíduos envolvidos é mais comum que a administração clandestina de outras drogas,[14] [15] embora esta última situação esteja se tornando mais frequente.[16] A maioria dos agressores é conhecida pelas vítimas. Embora algumas vítimas relatem o estupro às autoridades, outras não comunicam o abuso e só procuram atendimento médico bem depois do evento. Entre as possíveis sequelas da violência sexual estão gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), dor pélvica crônica, disfunção sexual, depressão e transtorno do estresse pós-traumático.[17] [18]

Etiologia

As causas da agressão e abuso sexual estão fora do escopo deste artigo.

Fisiopatologia

Os efeitos da agressão e abuso físico podem continuar por muito tempo após o incidente na forma de transtornos de saúde mental. Depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e abuso de substâncias são sequelas comuns. Em crianças pequenas, distúrbios de saúde mental podem se manifestar como mudanças comportamentais. Mudanças comportamentais incluem sintomas internalizantes ou depressivos e comportamentos agressivos externos.

Prevenção primária

Os esforços de prevenir o abuso sexual infantil focam na educação de crianças para evitar situações potencialmente abusivas. As críticas voltadas aos programas de prevenção apontam para o fato de que muitos agressores são pessoas de confiança das vítimas e, portanto, têm acesso fácil a elas. Além disso, a diferença de força entre os agressores e suas vítimas infantis impede que elas se defendam. No entanto, as metanálises mostram alguns benefícios nestes programas. Os esforços mais comuns de prevenção ao abuso sexual são apoiados na escola ou na sala de aula, com componentes para crianças, professores e pais. As crianças aprendem habilidades valiosas com estes programas, mas o seu efeito sobre as taxas de vitimização ainda não foram comprovadas.[19] [20] [21] [22] [23]

Os esforços utilizados para reduzir agressões sexuais focam, em grande parte, na educação das vítimas em potencial, embora a legislação também pode ser relevante (por exemplo, legislação sobre as bebidas alcoólicas, já que a bebida alcoólica é um importante fator de risco para a agressão sexual e está frequentemente disponível de forma fácil e barata; legislação sobre instituições de cuidados solicitando verificações criminais, ações penais contra agressores e a redução do isolamento de pacientes). Outras mensagens relacionam-se à minimização de vulnerabilidade, por exemplo, a conscientização crescente dos riscos de deixar uma bebida descuidada em locais públicos, de misturar drogas com bebidas alcoólicas e de utilizar táxis clandestinos. Iniciativas de prevenção adicionais focaram em grupos vulneráveis: por exemplo, mulheres com deficiências intelectuais[24] e mães que tiveram filhos recentemente.[25] Campanhas de educação para incentivar reportagens e os desenvolvimento de serviços acessíveis e sensíveis para vítimas de agressão sexual capacitam intervenções precoces que previnem morbidade a longo prazo.[24]

Rastreamento

Exames genitais de rotina são realizados durante visitas de rastreamento de crianças. No entanto, já que os resultados da maioria dos exames de crianças sexualmente abusadas são normais, o exame genital não é considerado um rastreamento sensível para o abuso sexual.

Durante a triagem, os pacientes devem responder perguntas com respostas abertas relacionadas ao contato sexual inapropriado nas visitas de cuidados da saúde. Atualmente, as ferramentas em uso variam em comprimento, configurações de destino e validade. No momento, esforços internacionais estão sendo realizados para desenvolver uma ferramenta.[46] [47]

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma menina de 8 anos chega ao pronto-socorro acompanhada da tia e da mãe. A paciente vive com a sua mãe, o namorado da sua mãe e o seu irmão de 18 meses. Ultimamente, a menina de 8 anos tem se tornado mais desafiadora e emocionalmente lábil. Além disso, o seu nível de desempenho escolar caiu bastante. A mãe da paciente trabalha no período da noite enquanto o namorado dela cuida das crianças. A tia informa que a criança a contou que o namorado da mãe a tocou em suas "partes íntimas" e disse a ela para não contar para não contar a ninguém ou ela teria grandes problemas. A mãe da criança afirma que a criança frequentemente "conta estórias" e deve estar mentindo. A tia da menina insistiu que a mãe a trouxesse ao hospital para fazer um exame.

Caso clínico #2

Uma mulher de 20 anos se apresenta no pronto-socorro solicitando uma contracepção de emergência. Ela relata que ontem à noite aceitou uma carona de um indivíduo que conheceu recentemente durante uma saída noturna. Ela tomou várias bebidas alcoólicas. Quando chegaram à casa dela, o homem a acompanhou até a porta e, quando ela a abriu, ele forçou a entrada, empurrou-a para o quarto e a estuprou. Ela diz que não concordou em ter uma relação sexual com ele, mas se preocupa que ninguém irá acreditar que ela não deu o seu consentimento.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico de abuso sexual e agressão sexual é complexo. É importante seguir as diretrizes de diagnóstico, mesmo que as vítimas possam apresentar achados físicos normais.

Em crianças, o único indicador de abuso sexual pode ser a declaração de algum contato inapropriado. Outros fatores que devem demandar uma investigação de abuso sexual em uma criança incluem queixas geniturinárias frequentes sem uma clara etiologia, comportamentos sexualizados e o abuso sexual de outras crianças no mesmo domicílio. A avaliação inicial de crianças vítimas de abuso sexual inclui componentes psicossociais e médicos, e varia de acordo com o estado puberal da criança e com o tempo decorrido desde o contato sexual mais recente. Para todos os pacientes pediátricos, os profissionais devem assegurar que a criança retorne a um ambiente seguro e que a divulgação compulsória para as agências de proteção infantil em questão seja feita.

Adultos podem relatar agressões sexuais logo após o ataque ou podem buscar cuidados médicos sem revelar a razão, a não ser que sejam perguntados especificamente de forma sensível. Os cuidados clínicos realizados após um ataque incluem atenção médica e a coleta de evidências para propósitos médico-legais. Uma boa documentação é crucial, e a disponibilidade de formulários padronizados para o registro de ocorrências ajuda este processo de documentação.^[17] O estupro é uma experiência profundamente incapacitante e é essencial que cuidados sejam oferecidos para auxiliar o indivíduo a recuperar controle sobre a sua própria vida.

Sintomas e comportamentos associados

As mudanças comportamentais de uma criança, relacionadas ao estresse do abuso sexual, podem se manifestar por meio de sintomas internalizantes ou depressivos ou com comportamentos agressivos externalizantes, dependendo da natureza de cada criança. Os comportamentos abaixo podem ser sinais de abuso sexual, embora sejam inespecíficos e a força da associação com o abuso infantil não seja quantificada:

- Comportamento sexualizado: o médico deve tentar distinguir este tipo de comportamento do comportamento sexual exploratório que faz parte do desenvolvimento normal. Um exemplo do comportamento sexualizado é a masturbação excessiva.
- Depressão: a ideação suicida também deve ser avaliada.
- Queixas médicas crônicas: podem ser indicativas do estresse psicológico infantil.
- Queixas geniturinárias frequentes ou persistentes: podem ser indicativas do estresse psicológico infantil ou de uma infecção sexualmente transmissível.

Adultos que foram sexualmente abusados (quando crianças ou mais recentemente) podem apresentar problemas psicológicos, como depressão ou uso inapropriado de substâncias, ou sintomas físicos, como dor pélvica crônica. Os primeiros sintomas após uma agressão sexual incluem ansiedade, autorrecriminação e culpa; os problemas em longo prazo incluem depressão, transtorno do estresse pós-traumático e uso inapropriado de substâncias.

Em crianças, a confirmação de certas infecções (como vírus da imunodeficiência humana [HIV], sífilis, gonorreia e clamídia) indica o diagnóstico de contato sexual quando a transmissão perinatal (e percutânea, no caso do HIV) for excluída,^{[2] [26]} enquanto outras infecções (como tricomonas, vírus do herpes simples [HSV], condiloma acuminado anogenital) automaticamente sugerem contato sexual. A vaginose bacteriana não confirma o contato sexual. É frequentemente difícil determinar se infecções são o resultado de uma agressão sexual ou preexistentes em adultos sexualmente ativos.

Entrevista e achados físicos do abuso e agressão

Perguntas abertas sobre possível abuso e agressão sexual não devem ser induzidas nem terem respostas únicas, seja para crianças ou adultos. Quando uma criança for entrevistada, é importante usar linguagem apropriada para a idade da mesma e todas as perguntas, assim como as respostas a elas, devem ser integralmente documentadas. É preferível registrar as revelações de crianças e de adultos nas suas próprias palavras, e não como uma declaração resumida.^[2]

Os achados do exame físico de crianças vítimas de abuso sexual são muitas vezes normais.^{[27] [28] [29]} No entanto, o abuso sexual deve ser considerado um dos diagnósticos diferenciais se um dos seguintes achados for observado durante o exame físico:

- Corrimento vaginal
- Lesões anogenitais ou achados dermatológicos
- Anormalidades do hímen ou trauma anogenital.

[Fig-1]

Os adolescentes desenvolvem mudanças puberais em uma progressão previsível. As características sexuais secundárias são classificadas de acordo com os Estágios da Maturação Sexual (Sexual Maturity Ratings, SMR). Pré-adolescentes ou crianças (pré-púberes) ainda não entraram na puberdade e são classificados como estágio 1 de SMR. Os adolescentes estão no estágio 3 e superior de SMR. A

distinção entre crianças pré-púberes e adolescentes é importante clinicamente devido aos efeitos sobre o exame físico, a avaliação e o tratamento.

O hímen não estrogenizado em crianças pré-púberes é sensível até mesmo à manipulação suave. O tratamento profilático não é oferecido a crianças pré-púberes devido à diminuição das taxas de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis e ao valor probatório de um teste positivo em uma criança que não pode consentir legalmente.[17]

Em mulheres adultas que foram agredidas sexualmente, as lesões são encontradas em aproximadamente metade dos casos; no entanto, são mais frequentemente observadas em vítimas idosas.[30] [31] [32] Lesões não genitais são mais comuns que genitais. A ausência de lesões não implica consentimento ou exclui penetração, mesmo em mulheres que negam atividade sexual prévia. Evidências de infecções sexualmente transmissíveis nesses pacientes podem representar secreções do agressor ou contato sexual prévio.

Apresentação no período agudo: <72 horas desde o abuso ou agressão

A avaliação psicossocial deve incluir:

- Avaliação dos planos de alta para assegurar que a criança ou o adulto esteja retornando a um ambiente seguro.
- Também é recomendado que a criança seja encaminhada para um psicólogo/serviço social.

A avaliação clínica (com o consentimento do paciente) deve incluir:

- Coleta de espécimes para evidência forense. As amostras, como um swab bucal para obter o ácido desoxirribonucleico (DNA) do agressor e de urina e sangue para determinar os níveis de toxicidade, devem ser coletadas assim que possível, logo após a agressão sexual, quando indicado. Em casos de abuso sexual envolvendo crianças pré-adolescentes, é mais provável encontrar evidências nos objetos presentes durante o ataque (por exemplo, roupas de cama e roupas) que no corpo da criança
- Exames iniciais para HIV e sífilis.
- Mensurações iniciais referentes à função hepática, hemograma completo, ureia sérica e creatinina sérica devem ser realizados antes do início da profilaxia do HIV.
- Teste de gravidez para todas as mulheres de idade reprodutiva.

Testes de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)

- Os pacientes adolescentes podem ser testados quanto a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) quando se apresentarem. Contudo, a detecção de uma IST pode representar uma infecção adquirida antes do abuso e/ou infecção nas secreções do agressor. O tratamento empírico com profilaxia deve ser considerado, já que o comparecimento às consultas de acompanhamento é tradicionalmente baixo.[26] Uma segunda avaliação clínica após 1 a 2 semanas também deve ser oferecida.
- Crianças pré-adolescentes avaliadas devido a agressão sexual aguda devem ser submetidas a teste quanto a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) com base na história do abuso e manifestações clínicas de uma infecção. Uma segunda avaliação clínica é necessária em 2 semanas, momento no qual um segundo exame físico e um teste adicional para IST devem ser feitos nessa faixa etária.[33]

- Os exames devem incluir o seguinte: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, sífilis e HIV. Se úlceras ou vesículas estiverem presentes, também é preciso coletar espécimes de uma cultura de vírus. Se houver corrimento vaginal, será também preciso realizar um teste para tricomonas, vaginose bacteriana, *Candida* e cultura aeróbica. Os resultados dos exames para hepatite viral, sífilis e HIV podem não ser positivos até 3 a 6 meses após a infecção.

Hepatite B

- Em países onde há vacinação universal para hepatite B, exames para anticorpos da hepatite B geralmente não são necessários. Em países sem vacinação universal, ou se não houver um registro da vacina contra a hepatite B, um teste para anticorpos da hepatite para determinar a necessidade da imunoglobulina ou vacina contra a hepatite B não deve retardar a administração da vacina ou imunoglobulina anti-hepatite B. Se for necessário, a vacina contra a hepatite B pode ser administrada até 3 semanas após o evento já que o vírus da hepatite B (HBV) possui um período de incubação longo.[17] Se não houver história ou evidência de vacinação contra a hepatite B, a imunoglobulina anti-hepatite B deverá ser administrada em associação com a vacinação se o agressor testar positivo para o antígeno de superfície da hepatite B. É importante agendar as doses subsequentes da vacina contra a hepatite B.

Exame forense

- Se qualquer indivíduo (criança, adolescente ou adulto) for examinado dentro de 72 horas após agressão sexual, é importante considerar a coleta de evidências forenses.
- A história inicial inclui a história clínica geral e a história social. Todos os indivíduos presentes na sala durante uma entrevista sobre agressão sexual devem ser identificados. As perguntas devem ser documentadas cuidadosamente e não devem ser direcionadas ou induzir respostas únicas. As respostas devem ser registradas integralmente num diagrama.
- Deve ser realizado um exame físico detalhado e sensível, incluindo um exame dermatológico completo para registrar quaisquer traumas encontrados. O ideal é que o exame anogenital seja realizado com um colposcópio (ou dispositivo de ampliação comparável) que tenha recurso fotográfico. Todas as lesões devem ser documentadas cuidadosamente, utilizando a nomenclatura convencional e os diagramas corporais. Para examinar a genitália de meninas pré-púberes, deve-se utilizar a posição supina "perna de rã"; qualquer achado anormal no hímen deve ser confirmado com o uso da posição prona genupeitoral. Meninas adolescentes e mulheres geralmente são examinadas na posição de litotomia. A utilização da tração labial melhora bastante a visualização do hímen.

[Fig-2]

[Fig-3]

[Fig-4]

[Fig-5]

[Fig-6]

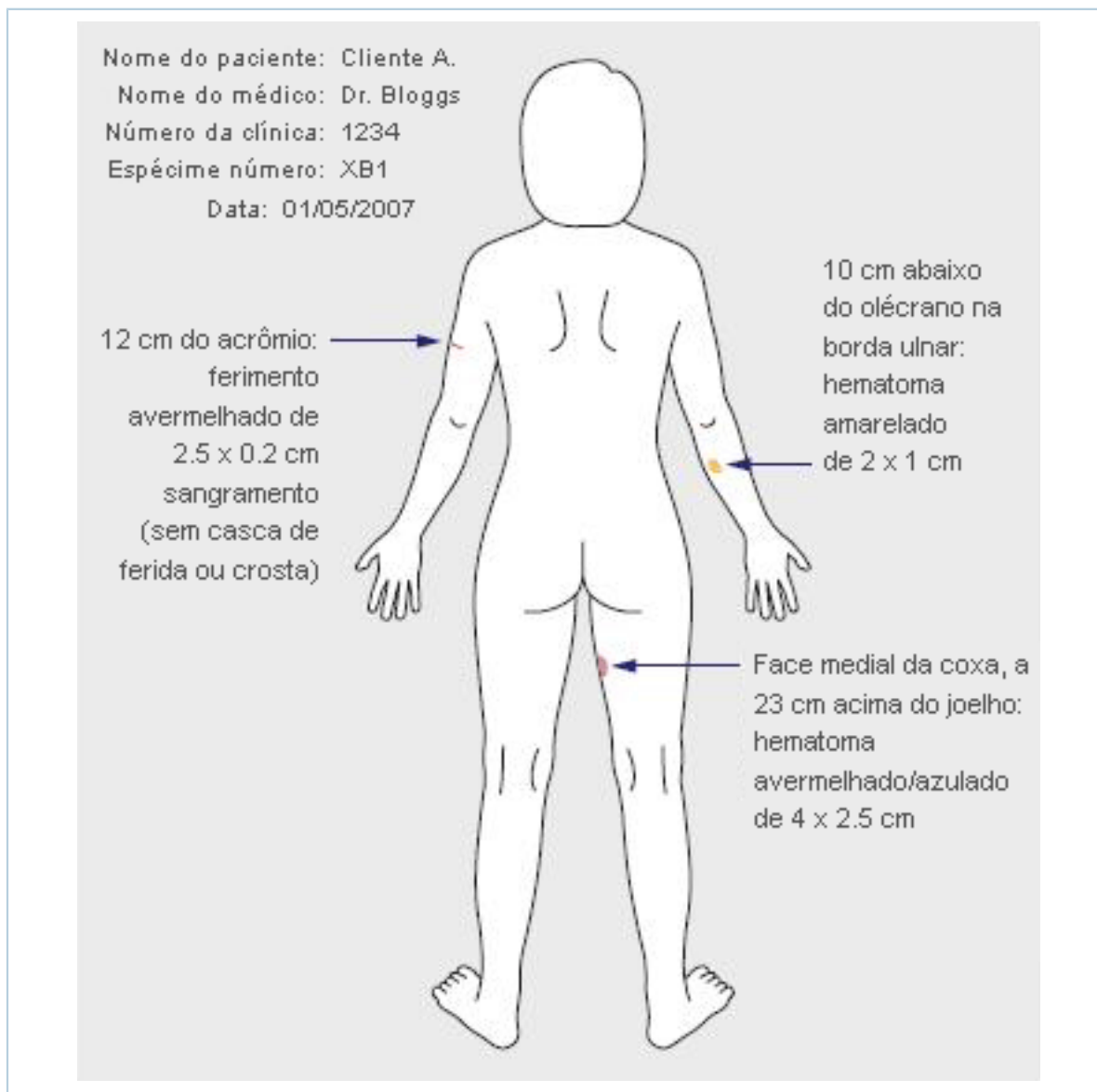
- Kits de coleta de evidências forenses estão disponíveis na maioria dos pronto-socorros de hospitais e incluem embalagens para espécimes de sangue, fios de cabelo e pelos, e swabs das unhas, faringe, genitália e ânus para que estes sejam enviados a um laboratório forense. Em alguns países, o exame forense e os cuidados pós-exame são oferecidos por centros especializados em agressão sexual. As roupas usadas no momento da agressão, assim como as

roupas de cama e outras amostras, por exemplo, absorvente higiênico interno, também podem conter evidências forenses.[17]

Apresentação após período agudo: >72 horas após o abuso ou agressão

A avaliação psicossocial é a mesma de pacientes apresentando-se <72 horas após o abuso ou agressão. A avaliação clínica e forense (com o consentimento da vítima) deve incluir as seguintes investigações:

- As recomendações com relação ao período de ocorrência em que a coleta de espécimes (amostras cervicais e vaginais) para evidência forense pode ser realizada em mulheres pós-puberais difere entre regiões. As diretrizes dos EUA recomendam coletar amostras até 96 horas após a agressão,[2] [34] As diretrizes da Organização Mundial da Saúde recomendam coletar amostras até 72 horas após a agressão,[18] e as diretrizes europeias recomendam coletar amostras até 7 dias após a agressão.[35] Quando indicado, um exame forense deve ser realizado da mesma forma que a de pacientes apresentando-se <72 horas após o abuso ou agressão.
- Exames para clamídia e gonorréia.
- Se úlceras ou vesículas estiverem presentes, também é preciso coletar espécimes de uma cultura de vírus ou de DNA para vírus do herpes simples.
- Se houver corrimento vaginal, será também preciso realizar um teste para tricomonas, vaginose bacteriana, Candida e cultura aeróbica.
- Testes sorológicos para HIV e sífilis. Os resultados dos exames podem não ser positivos até 3 a 6 meses após a infecção.
- Teste de gravidez para mulheres de idade reprodutiva.



Exemplo do uso de um diagrama corporal para o registro de lesões

Welch J, Mason F. *BMJ* 2007;334:1154-1158

Significância clínica dos achados físicos em crianças

Muitos especialistas da área usam como referência o esquema de classificação proposto por Joyce Adams et al para determinar a significância dos achados físicos.^{[36] [37] [38]}

Variantes normais incluem:

- Bandas periuretrais ou vestibulares, elevações e colunas intravaginais, elevações ou desnivelamentos no hímen, pólipos no hímen, fragmentos septais, linha vestibular, dilaceração ou fenda (independentemente da profundidade) acima da posição de 3 e 9 horas do hímen, dilaceração superficial do hímen na posição de 3 e 9 horas ou abaixo dela, elevação externa do hímen, variações congênitas na aparência do hímen (crescente, anular, redundante, septado, cribriforme, microperfurado, imperfurado), diastasis ani, hiperpigmentação dos lábios menores ou dos tecidos perianais, dilatação da abertura da uretra com tração labial, hímen espessado.

Achados frequentemente causados por outras condições clínicas incluem:

- Eritema, vascularidade elevada, adesões labiais, corrimento vaginal, forqueta ou comissura posterior friáveis, escoriações, sangramento ou lesões vasculares, ranhura do períneo (falha na fusão da linha mediana), molusco contagioso, fissuras anais, congestão venosa ou agrupamento venoso na área perianal, dobras anais niveladas, dilatação anal parcial ou completa.

Achados indeterminados incluem o seguinte:

- Lacerações ou fissuras profundas na borda posterior/inferior do hímen (entre 90 e 270 graus) de meninas pré-púberes.
- Lacerações profundas ou fissuras completas no hímen (entre 90 e 270 graus) de meninas adolescentes.
- Fendas/transecções completas entre 90 e 270 graus.
- Lesão similar a verrugas na área genital ou anal.
- Lesões vesiculares ou úlceras na área genital ou anal.
- Dilatação anal imediata acentuada.

Achados que sugerem, mas não diagnosticam contato sexual:

- Condiloma acuminado genital ou anal: a especificidade da transmissão sexual é indeterminada se não houver outros indicadores de abuso. É mais provável que lesões aparecendo pela primeira vez em uma criança com mais de 5 anos sejam o resultado de transmissão sexual.
- Herpes tipo 1 ou 2 na área genital ou anal: pode ser transmitido inocentemente, autoinoculado ou transmitido sexualmente. A presença da infecção não diagnostica o contato sexual em uma criança se não houver outros indicadores de abuso.
- Confirmação de infecção por *Trichomonas vaginalis* em uma criança com mais de 1 ano de idade.

Achados que diagnosticam trauma e/ou contato sexual incluem:

- Trauma agudo aos tecidos externos genitais ou anais, como lacerações agudas ou a presença de vários hematomas nos lábios, pênis, escroto, tecidos perianais ou períneo e lacerações recentes da forqueta posterior, que não envolve o hímen.

Lesões residuais (em recuperação) incluem os seguintes:

- Cicatriz perianal ou cicatriz da forqueta ou fossa posterior.

Lesões indicativas de traumatismo penetrante com força bruta (ou trauma abdominal/pélvico) incluem as seguintes:

- Laceração do hímen.
- Equimose aguda, petéquias ou abrasão no hímen.
- Transecção (recuperada) do hímen entre 120 e 240 graus da borda do hímen e perda segmentar do tecido do hímen.
- Laceração perianal com exposição do tecido abaixo da derme.

A presença de infecção confirma o contato da mucosa com secreções corporais infectadas ou infectantes e este contato provavelmente é de natureza sexual:

- Confirmação positiva da cultura para gonorreia na área genital, ânus ou garganta fora do período neonatal.[33]
- Confirmação de sífilis se transmissão perinatal for excluída.

- Cultura positiva para clamídia nos tecidos genitais ou anais, se a criança tiver mais de 3 anos de idade quando for feito o diagnóstico e se o espécime for testado utilizando uma cultura de células ou outro método comparável.[26]
- Confirmação positiva da sorologia para o HIV se transmissão perinatal, transmissão por hemoderivados e contaminação por agulhas foram excluídas.

Outros achados laboratoriais que diagnosticam o contato sexual incluem os seguintes:

- Teste de gravidez positivo.
- A identificação de espermatozoides em espécimes coletados diretamente do corpo de uma criança.

Trauma em adultos

Lesões são relatadas em aproximadamente metade dos adultos que queixam de agressão sexual; são mais comuns em mulheres mais idosas. Lesões não genitais são mais comuns que genitais. A ausência de lesões não indica consentimento ou exclui relações sexuais com penetração, mesmo em mulheres que negam atividade sexual prévia.

Geralmente, as lesões são menores mas podem precisar de cuidados. Elas devem ser documentadas, por exemplo, utilizando um diagrama corporal para registrar as mensurações, uma descrição e a posição em relação a localizações anatômicas.

Lesões maiores, como o trauma cranioencefálico, são raras, mas podem colocar a vida da vítima em risco e seu manejo deve anteceder a avaliação forense. Ocasionalmente, um paciente pode se apresentar com sangramento vaginal ou anal após a penetração com o pênis ou um corpo estranho. Estes indivíduos devem ser avaliados em um ambiente hospitalar emergencial com instalações e equipamentos para ressuscitação, e podem precisar ser examinados sob anestesia e procedimentos operatórios reparadores.

Recursos online

- [\[National Health Service \(UK\): care and evidence\]](#) : recursos on-line que fornecem informações e aconselhamento para profissionais que entram em contato com vítimas de agressão sexual estão disponíveis com materiais de treinamento.

Estágios de maturação sexual de meninas

Estágios da mama:[39]

- Estágio 1: pré-adolescente; somente a elevação da papila
- Estágio 2: estágio do brotamento mamário; a elevação da mama e da papila como uma pequena saliência; aumento do diâmetro da aréola
- Estágio 3: aumento maior da mama e da aréola, sem que os contornos delas sejam diferenciados
- Estágio 4: projeção da aréola e papila, formando uma saliência secundária acima do nível da mama
- Estágio 5: estágio da maturidade; projeção somente da papila, devido à recessão da aréola ao contorno geral da mama.

Estágios dos pelos pubianos:[39]

- Estágio 1: pré-adolescente; a pelagem sobre o púbis está menos desenvolvida que aquela cobrindo a parede abdominal anterior (ou seja, sem pelos pubianos)
- Estágio 2: crescimento de alguns pelos longos, levemente pigmentados e aveludados, lisos ou levemente encaracolados, especialmente ao longo dos lábios
- Estágio 3: pelos consideravelmente mais escuros, grossos e encaracolados, que se encontram espalhados sobre a junção do púbis
- Estágio 4: nesse estágio, o tipo dos pelos é como de adultos, mas a área que cobrem ainda é consideravelmente menor em comparação aos de adultos e não se espalham até a superfície medial das coxas
- Estágio 5: maduros em quantidade e tipo. A distribuição se dá em forma de um triângulo invertido. Eles se espalham até a superfície média das coxas, mas não até a linha alba ou outros lugares acima da base do triângulo inverso.

O crescimento dos pelos axilares ocorre paralelamente com o crescimento dos pelos pubianos. O pico do estirão de crescimento ocorre no estágio 3 da SMR e a menarca ocorre no estágio 4 da SMR, o desenvolvimento da mama.

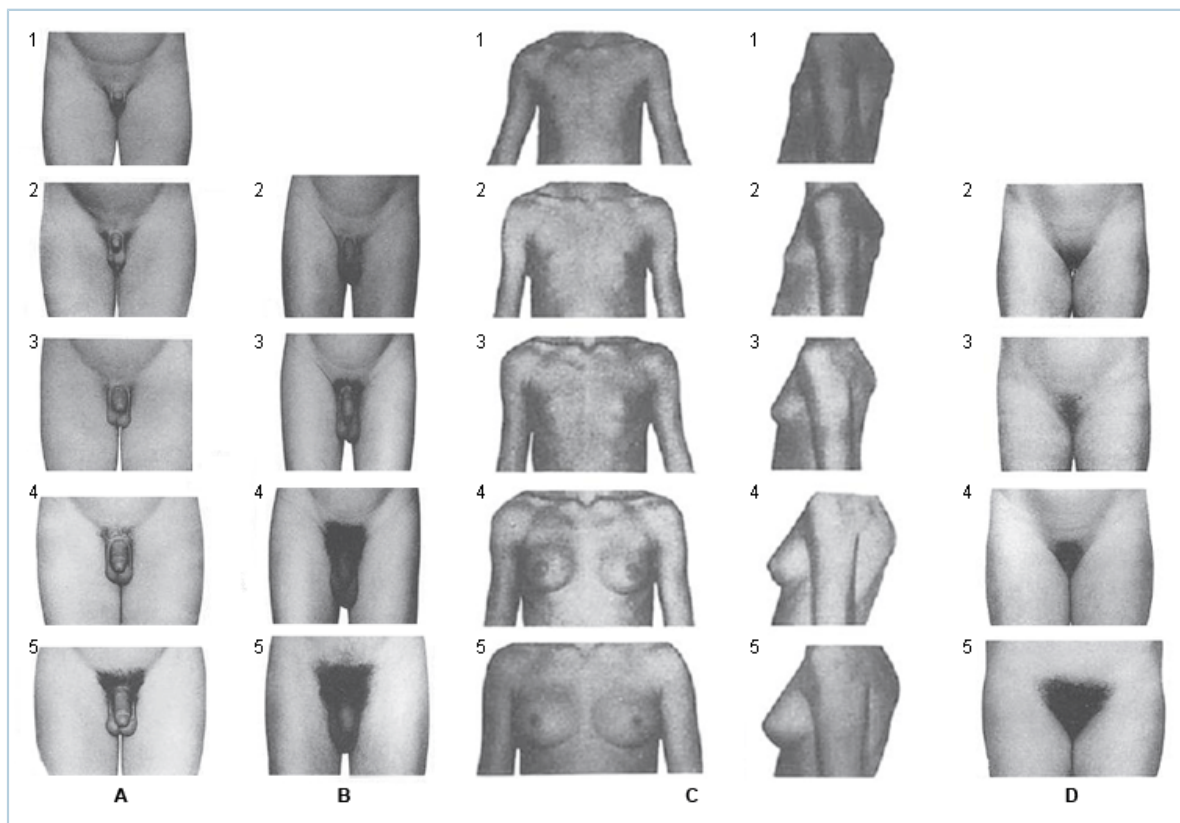
Estágios de maturação sexual de meninos

Estágios da genitália:[40]

- Estágio 1: pré-adolescente; testículos, escroto e pênis são aproximadamente do mesmo tamanho e proporção que eram na infância
- Estágio 2: o escroto e os testículos cresceram, há mudanças de textura e a pele do escroto está avermelhada
- Estágio 3: ocorreu o crescimento do pênis, inicialmente em comprimento mas também um pouco em espessura. Os testículos e o escroto cresceram ainda mais
- Estágio 4: o pênis cresceu ainda mais em comprimento e espessura, e a glândula está em desenvolvimento; os testículos e o escroto também cresceram mais e a pele do escroto se encontra mais escuro
- Estágio 5: genitália adulta em tamanho e formato.

Estágios dos pelos pubianos:[40]

- Estágio 1: pré-adolescente; a pelagem sobre o púbis está menos desenvolvida que aquela cobrindo a parede abdominal anterior (ou seja, sem pelos pubianos)
- Estágio 2: crescimento de alguns pelos longos, levemente pigmentados e aveludados, lisos ou levemente encaracolados, especialmente na base do pênis
- Estágio 3: pelos consideravelmente mais escuros, grossos e encaracolados. Os pelos se espalham levemente sobre a junção do púbis
- Estágio 4: nesse estágio, o tipo dos pelos é como de adultos, mas a área que cobrem ainda é consideravelmente menor em comparação aos de adultos e não se espalham até a superfície medial das coxas
- Estágio 5: maduros em quantidade e tipo. A distribuição se dá em forma de um triângulo invertido. Eles se espalham até a superfície média das coxas, mas não até a linha alba ou outros lugares acima da base do triângulo inverso.



Estágios de Tanner: A, padrões de classificação genital em meninos; B, padrões de classificação de pelos púbicos em meninos; C, padrões de classificação mamária em meninas; D, padrões de classificação de pelos púbicos em meninas

Adaptado de Marshall WA, Tanner JM. Arch Dis Child. 1970;45:13-23;

Marshall WA, Tanner JM. Arch Dis Child. 1969;44:291-303

Fatores de risco

Fracos

abuso sexual de outras crianças no domicílio

- O abuso sexual de outras crianças no mesmo domicílio deve demandar prontamente uma investigação de abuso sexual. A força da associação entre o abuso sexual de outras crianças no domicílio ao abuso sexual da criança se apresentando não está clara.

adolescentes e mulheres jovens

- Os adolescentes e as mulheres jovens são os grupos com a maior probabilidade de serem sexualmente atacadas.

incapacidade

- As pessoas com incapacidades apresentam aumento do risco de abuso e agressão sexual.

pobreza ou falta de moradia

- Indivíduos pobres ou moradores de rua apresentam risco maior de sofrer agressão sexual.

profissionais do sexo

- Indivíduos que são profissionais do sexo possuem um risco maior de sofrer agressão sexual.

vivendo em instituições ou áreas de conflito

- Pessoas vivendo em instituições ou áreas de conflito possuem um risco maior de sofrer agressão sexual.

uso de bebidas alcoólicas ou outras drogas

- O uso de bebidas alcoólicas ou outras drogas aumenta o risco de agressão sexual.

falta de serviços na comunidade

- É mais provável que o abuso sexual ocorre e persista em áreas onde não há serviços na comunidade.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico**declaração de contato inapropriado (comum)**

- A declaração de qualquer contato inapropriado deve demandar uma investigação completa de abuso ou agressão sexual e a agência protetora de crianças adequada deve ser informada sobre a situação. É preferível registrar a declaração sobre abuso nas próprias palavras da vítima, e não como uma declaração resumida.[2]

trauma agudo anogenital (qualquer mudança); transecções e ausência de hímen (em crianças) (incomum)

- Transecções (rupturas completas do hímen) e ausência de hímen são indicativos de trauma nesta área.
[Fig-2]
[Fig-1]
- A maioria das crianças que sofreram abuso sexual apresentam achados normais no exame genital. Até mesmo em casos de abuso sexual confirmado é comum que os achados do exame genital sejam normais.[27]

Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (incomum)

- Os achados clínicos da infecção pelo HIV variam de acordo com o estágio da infecção.[41] [42] A confirmação de infecção por HIV por meio de sorologia indica o diagnóstico de contato sexual se a transmissão não ocorreu no período perinatal ou via percutânea.[2]

Outros fatores de diagnóstico**achados genitais normais (comum)**

- A maioria das crianças sexualmente abusadas e aproximadamente metade das mulheres adultas agredidas apresentam achados normais no exame genital. Até mesmo em casos de abuso sexual confirmado é comum que os achados do exame genital sejam normais.[27]

depressão (comum)

- A ideação suicida também precisa ser avaliada.
- A depressão é mais comum em adultos após a agressão sexual que em crianças após o abuso sexual.

lesões anogenitais (incomum)

- Verrugas, úlceras e hematomas ou petéquias podem ser indicativas de contato ou trauma sexual e merecem investigação adicional.[2]
- O molusco contagioso, erupções cutâneas, hemangiomas, nevos, líquen escleroso e prolapso uretral podem ser confundidos com sinais de abuso ou agressão sexual. Um segundo exame, 1 ou 2 semanas depois, pode ajudar o diagnóstico porque estas lesões podem persistir, no entanto os sinais físicos do abuso sexual se resolverão ou se curarão com o tempo.
- Em adultos, evidências de infecções sexualmente transmissíveis geralmente são o resultado de contato sexual prévio.
- Fissuras e pólipos anais são achados inespecíficos que podem ser resultados de trauma no ânus ou outras condições. Laceração perianal com exposição do tecido abaixo da derme é indicativa de traumatismo penetrante por força contusa.
- O condiloma acuminado anogenital levanta suspeitas de contato sexual.[2] O papilomavírus humano (HPV) pode ser adquirido durante o nascimento mas se apresentar meses ou até anos mais tarde. É mais provável que lesões aparecendo pela primeira vez em uma criança com mais de 5 anos sejam o resultado de transmissão sexual.
- Ulcerações anogenitais podem ser causadas pelo vírus do herpes simples. A confirmação da infecção por herpes simples levanta suspeitas de contato sexual.[2]

lesão dos lábios e períneo (incomum)

- Lesões ao púbis, lábios e períneo podem ocorrer com trauma acidental, como lesão pélvica, ou podem ser associadas ao abuso sexual. Uma anamnese detalhada pode ajudar com o diagnóstico.[2]

lesões não genitais (incomum)

- Podem estar associadas ao abuso ou agressão sexual. Uma anamnese detalhada pode ajudar com o diagnóstico.

corrimento vaginal ou peniano (incomum)

- Este é um achado inespecífico que deve demandar um exame para infecções sexualmente transmissíveis assim como uma cultura rotineira para outras infecções. O corrimento vaginal é comum em meninas e mulheres não abusadas e abusadas.
- A confirmação da infecção por tricomonas levanta suspeitas altas de contato sexual.[2] A vaginose bacteriana não confirma o contato sexual.[2]
- A confirmação de infecção por gonorréia ou clamídia indica o diagnóstico de contato sexual se a transmissão perinatal for excluída.[2]

comportamentos autodestrutivos (incomum)

- Os comportamentos autodestrutivos podem incluir automutilação, abuso de substâncias e suicídio.

comportamento sexualizado em crianças (incomum)

- Tentativas devem ser feitas para distinguir este tipo de comportamento do comportamento sexual exploratório que faz parte do desenvolvimento normal. Um exemplo do comportamento sexualizado é a masturbação excessiva.

queixas médicas crônicas de crianças (incomum)

- Podem ser indicativas do estresse psicológico infantil.

queixas geniturinárias frequentes ou persistentes (incomum)

- Podem ser indicativas do estresse psicológico infantil ou de uma infecção sexualmente transmissível.

lacerações no hímen (incomum)

- Lacerações no hímen podem ser o resultado de trauma.
- Lacerações devem ser confirmadas em meninas pré-púberes utilizando a posição genupeitoral e, em meninas mais velhas, utilizando um swab de algodão ou outro dispositivo.

[Fig-4]

- Achados indeterminados incluem: lacerações ou fissuras profundas na borda posterior/inferior do hímen (entre 90 e 270 graus) de meninas pré-púberes; lacerações profundas ou fissuras completas no hímen (entre 90 e 270 graus) de meninas adolescentes; fendas/transecções completas entre 90 e 270 graus.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
espécimes forenses <ul style="list-style-type: none"> • Espécimes forenses que podem ser utilizados para identificar o agressor incluem sangue, fios de cabelo e pelos, e swabs das unhas, faringe, genitália e ânus, e roupas e roupas de cama de quando ocorreu a agressão. • A coleta de espécimes forenses deve ser fortemente considerada para mulheres pré-adolescentes e todos os homens se apresentando ao pronto-socorro dentro de 72 horas. • As recomendações com relação ao período de ocorrência em que a coleta de espécimes (amostras cervicais e vaginais) para evidência forense pode ser realizada em mulheres pós-puberais difere entre regiões. As diretrizes dos EUA recomendam coletar amostras até 96 horas após a agressão,[34] As diretrizes da Organização Mundial da Saúde recomendam coletar amostras até 72 horas após a agressão,[18] e as diretrizes europeias recomendam coletar amostras até 7 dias após a agressão.[35] 	espécimes podem identificar o agressor
cultura para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <ul style="list-style-type: none"> • A cultura pode ser usada em crianças pré-púberes devido à necessidade de exatidão, especialmente com relação aos aspectos legais. Os pontos recomendados para coleta incluem a uretra ou meato do homem, a vagina da mulher, bem como espécimes da faringe e ânus do homem e da mulher. 	positivo para infecção por gonorrhoeae

Exame	Resultado
cultura para <i>Chlamydia trachomatis</i> <ul style="list-style-type: none"> A cultura pode ser usada em crianças pré-púberes devido à necessidade de exatidão, especialmente com relação aos aspectos legais. Os pontos recomendados para coleta incluem o meato do homem, a vagina da mulher, bem como espécimes da faringe e ânus do homem e da mulher. Um resultado positivo indica o diagnóstico de contato sexual se a transmissão perinatal for excluída. 	positivo para infecção por chlamydia
teste de amplificação de ácido nucleico para <i>Chlamydia trachomatis</i> ou <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <ul style="list-style-type: none"> O método preferido para testar adultos e adolescentes, independente do local. Para infecção genital em pacientes pré-púberes, o teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) é aceitável em uma consulta com um especialista em doenças infecciosas familiarizado com o NAAT específico usado no laboratório local.[2] NAATs para <i>Chlamydia trachomatis</i> (CT) e <i>N gonorrhoeae</i> são utilizados amplamente por serem sensíveis e menos invasivos e porque podem ser realizados com um swab vulvovaginal feito pela própria paciente ou com um espécime da primeira eliminação urinária. Os resultados positivos de um NAAT devem ser confirmados com um NAAT diferente ou utilizando um método de teste diferente, como uma cultura ou imunofluorescência direta. Os NAATs são atualmente licenciados para espécimes de urina, uretra, vagina e endocérvice.[33] 	positivo para infecção por chlamydia ou neisseria
exames sorológicos para sífilis <ul style="list-style-type: none"> Um resultado positivo indica o diagnóstico de contato sexual se a transmissão perinatal for excluída. 	positivo para sífilis
sorologia do HIV <ul style="list-style-type: none"> Um resultado positivo indica o diagnóstico de contato sexual se as transmissões perinatal e percutânea forem excluídas. A exposição percutânea pode ocorrer com uma transfusão de sangue, procedimentos médicos ou cirúrgicos ou o uso de drogas injetáveis. Um bebê nascido de uma mulher com vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode ser positivo para anticorpos anti-HIV por 12 a 18 meses após o seu nascimento devido a transmissão de anticorpos maternos através da placenta. 	positiva na infecção por HIV
gonadotrofina coriônica humana beta na urina <ul style="list-style-type: none"> Um resultado positivo do teste de gravidez de uma mulher adolescente indica contato sexual. 	teste de gravidez positivo
exame para tricomonas <ul style="list-style-type: none"> Um resultado positivo é indicativo de contato sexual. 	positivo para tricomoniase
cultura anogenital: reação em cadeia da polimerase para vírus do herpes simples <ul style="list-style-type: none"> Um resultado positivo é indicativo de contato sexual. 	positivo para infecções pelo vírus do herpes simples
testes da função hepática <ul style="list-style-type: none"> Testes da função hepática devem ser realizados na avaliação inicial e durante a terapia profilática, já que medicamentos profiláticos possuem efeitos adversos significativos e podem afetar a função do fígado. 	normal antes de iniciar a profilaxia pós-exposição ao HIV

Exame	Resultado
creatinina <ul style="list-style-type: none"> Testes de função renal devem ser realizados na avaliação inicial e durante a terapia profilática, já que medicamentos profiláticos possuem efeitos adversos significativos e podem afetar a função dos rins. 	normal antes de iniciar a profilaxia pós-exposição ao HIV
ureia <ul style="list-style-type: none"> Testes de função renal devem ser realizados na avaliação inicial e durante a terapia profilática, já que medicamentos profiláticos possuem efeitos adversos significativos e podem afetar a função dos rins. 	normal antes de iniciar a profilaxia pós-exposição ao HIV
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> Testes de parâmetros hematológicos devem ser realizados na avaliação inicial e durante a terapia profilática, já que medicamentos profiláticos possuem efeitos adversos significativos e podem afetar os parâmetros do hemograma completo. 	normal antes de iniciar a profilaxia pós-exposição ao HIV

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
exame confirmatório para o HIV <ul style="list-style-type: none"> Um teste confirmatório deve ser realizado com uma amostra de sangue separada para todos os indivíduos para quem os testes de HIV iniciais indicaram resultados positivos. Um resultado positivo confirma a infecção e o diagnóstico de contato sexual se a transmissão perinatal e percutânea for excluída. 	positiva na infecção por HIV
reação em cadeia da polimerase do ácido ribonucleico (RNA) do HIV <ul style="list-style-type: none"> Um resultado positivo confirma a infecção e o diagnóstico de contato sexual se a transmissão perinatal e percutânea for excluída. 	positiva na infecção por HIV
ensaio de hemaglutinação para <i>Treponema pallidum</i> para sífilis <ul style="list-style-type: none"> Um resultado positivo confirma a infecção e o diagnóstico de contato sexual se a transmissão perinatal for excluída. 	positivo para sífilis
reagina plasmática rápida sérica para sífilis <ul style="list-style-type: none"> Um resultado positivo indica a infecção e, se o resultado for sustentado por um teste confirmatório, o diagnóstico de contato sexual se a transmissão perinatal for excluída. Os resultados falso-positivos podem ocorrer: por exemplo, durante a gestação ou em pessoas com doenças autoimunes. 	positivo para sífilis

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Líquen escleroso	<ul style="list-style-type: none"> Configuração em formato de ampolheta; condição crônica; hipopigmentação.[43] 	<ul style="list-style-type: none"> É um diagnóstico clínico feito por um especialista. Os sintomas são aliviados com o tratamento por corticosteroide.
Prolapso uretral	<ul style="list-style-type: none"> Uma massa uretral circular com hematúria.[44] 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.
Nevo	<ul style="list-style-type: none"> Achados persistentes de pápulas marrons ou pretas ou máculas em um segundo exame. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.
Hemangioma	<ul style="list-style-type: none"> Achados persistentes de nódulos avermelhados em um segundo exame. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.
Molusco contagioso	<ul style="list-style-type: none"> Lesões lisas e umbilicadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.
Vaginite inespecífica	<ul style="list-style-type: none"> História de uso de produtos potencialmente irritantes (por exemplo, espumas para banho); higiene precária. A irritação vaginal pode causar friabilidade e sangramento. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.
Corpo estranho vaginal	<ul style="list-style-type: none"> Pode apresentar corrimento vaginal, vaginite ou sangramento vaginal em crianças escolares e pré-escolares. O papel higiênico é o corpo estranho mais comum.[45] 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.

Crítérios de diagnóstico

Achados clínicos do trauma anogenital em crianças[36] [37] [38]

Muitos especialistas da área usam como referência o esquema de classificação proposto por Joyce Adams et al para determinar a significância dos achados físicos.[36]

Variantes normais incluem:

- Bandas periuretrais ou vestibulares, elevações e colunas intravaginais, elevações ou desnivelamentos no hímen, pólipos no hímen, fragmentos septais, linha vestibular, dilaceração ou fenda (independentemente da profundidade) acima da posição de 3 e 9 horas do hímen, dilaceração superficial do hímen na posição de 3 e 9 horas ou abaixo dela, elevação externa do hímen, variações congênitas na aparência do hímen (crescente, anular, redundante, septado, cribriforme,

microperfurado, imperfurado), diastasis ani, hiperpigmentação dos lábios menores ou dos tecidos perianais, dilatação da abertura da uretra com tração labial, hímen espessado.

Achados frequentemente causados por outras condições clínicas incluem:

- Eritema, vascularidade elevada, adesões labiais, corrimento vaginal, forqueta ou comissura posterior friáveis, escoriações, sangramento ou lesões vasculares, ranhura do períneo (falha na fusão da linha mediana), molusco contagioso, fissuras anais, congestão venosa ou agrupamento venoso na área perianal, dobras anais niveladas, dilatação anal parcial ou completa.

Achados indeterminados incluem o seguinte:

- Lacerações ou fissuras profundas na borda posterior/inferior do hímen (entre 90 e 270 graus) de meninas pré-púberes.
- Lacerações profundas ou fissuras completas no hímen (entre 90 e 270 graus) de meninas adolescentes.
- Fendas/transecções completas entre 90 e 270 graus.
- Lesão similar a verrugas na área genital ou anal.
- Lesões vesiculares ou úlceras na área genital ou anal.
- Dilatação anal imediata acentuada.

Achados que sugerem, mas não diagnosticam contato sexual:

- Condiloma acuminado genital ou anal: a especificidade da transmissão sexual é indeterminada se não houver outros indicadores de abuso. É mais provável que lesões aparecendo pela primeira vez em uma criança com mais de 5 anos sejam o resultado de transmissão sexual.
- Herpes tipo 1 ou 2 na área genital ou anal: pode ser transmitido inocentemente, autoinoculado ou transmitido sexualmente. A presença da infecção não diagnostica o contato sexual em uma criança se não houver outros indicadores de abuso.
- Confirmação de infecção por *Trichomonas vaginalis* em uma criança com mais de 1 ano de idade.

Achados que diagnosticam trauma e/ou contato sexual incluem:

- Trauma agudo aos tecidos externos genitais ou anais, como lacerações agudas ou a presença de vários hematomas nos lábios, pênis, escroto, tecidos perianais ou períneo e lacerações recentes da forqueta posterior, que não envolve o hímen.

Lesões residuais (em recuperação) incluem os seguintes:

- Cicatriz perianal ou cicatriz da forqueta ou fossa posterior.

Lesões indicativas de traumatismo penetrante com força bruta (ou trauma abdominal/pélvico) incluem as seguintes:

- Laceração do hímen.
- Equimose aguda, petéquias ou abrasão no hímen.
- Transecção (recuperada) do hímen entre 120 e 240 graus da borda do hímen e perda segmentar do tecido do hímen.
- Laceração perianal com exposição do tecido abaixo da derme.

A presença de infecção confirma o contato da mucosa com secreções corporais infectadas ou infectantes e este contato provavelmente é de natureza sexual:

- Exame positivo para gonorreia na área genital, ânus ou garganta fora do período neonatal.
- Confirmação de sífilis se transmissão perinatal for excluída.
- Exame positivo para clamídia nos tecidos genitais ou anais, se a criança tiver mais de 3 anos de idade quando for feito o diagnóstico e se o espécime for testado utilizando uma cultura de células ou outro método comparável.[26]
- Confirmação positiva da sorologia para o HIV se transmissão perinatal, transmissão por hemoderivados e contaminação por agulhas foram excluídas.

Outros achados laboratoriais que diagnosticam o contato sexual incluem os seguintes:

- Teste de gravidez positivo.
- A identificação de esperma em espécimes coletados diretamente do corpo de uma criança.

Abordagem passo a passo do tratamento

Muitos países desenvolveram centros específicos para a agressão sexual, com instalações e funcionários especialmente treinados, para que cuidados excelentes possam ser oferecidos com dignidade e segurança. Serviços devem ser desenvolvidos em parceria entre o setor de saúde, serviços sociais, polícia, procuradores, tribunais e organizações não governamentais.^{[17] [48]}

Protocolos locais devem ser consultados para a denúncia e manejo de abuso sexual suspeito, profilaxia e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e contracepção de emergência, já que estes podem ser diferentes para cada região.

Na maioria dos casos de abuso ou agressão sexual, a segurança da criança, do adolescente ou do adulto deve ser garantida por meio de denúncia (que pode ser compulsória) e encaminhamento às agências adequadas (por exemplo, o serviço de proteção a crianças ou autoridades legais). Todas as crianças e adolescentes sexualmente abusados e os adultos sexualmente agredidos devem ser oferecidos aconselhamento psicológico. Lesões físicas devem ser tratadas conforme necessário. O tratamento presuntivo para a maioria das ISTs geralmente não é indicado para pacientes pré-adolescentes, mas deve ser considerado caso-a-caso. Em situações agudas (agressão dentro das últimas 72 horas), profilaxia pós-exposição ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e vacinação contra a hepatite B e papilomavírus humano (HPV) podem ser consideradas para pré-adolescentes. A profilaxia do HIV, a contracepção de emergência, a vacinação contra a hepatite B e HPV e profilaxia das ISTs devem ser consideradas para pacientes adolescentes.

Agressão sexual no período agudo: dentro das últimas 72 horas

Após serem submetidos a exame físico, avaliação forense e rastreamento de infecção sexualmente transmissível (IST), pacientes que relataram abuso com penetração devem ser orientados sobre profilaxia pós-exposição ao HIV.^{1[C]Evidence}

Outros tratamentos incluem o seguinte:

- Profilaxia da IST: o tratamento presuntivo para a maioria das ISTs geralmente não é indicado para pacientes pré-adolescentes, mas pode ser considerado caso a caso. Crianças pré-púberes avaliadas para agressão sexual aguda requerem uma segunda avaliação médica 2 semanas após a agressão para serem examinadas quanto a *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, sífilis e HIV. Em adolescentes e adultos, a profilaxia da IST é indicada e, geralmente, consiste em azitromicina, ceftriaxona e metronidazol para abranger os seguintes organismos: *C trachomatis*, *N gonorrhoeae* e *T vaginalis*.^[26]
- Vacinação e imunoglobulina anti-hepatite B: para todos os pacientes sem imunização contra o vírus da hepatite B (HBV), a vacinação contra a hepatite B deve ser considerada. A vacinação é mais efetiva quando administrada dentro de 24 horas após a exposição, mas pode ser considerada até 3 semanas após o contato sexual.^{[17] [50]} Se o agressor tiver sorologia positiva para antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg), uma dose de imunoglobulina anti-hepatite B deve ser administrada.^[50]
- Vacinação contra o papilomavírus humano: a vacinação deve ser considerada em mulheres com 9 a 26 anos de idade e homens com 9 a 21 anos de idade que são vítimas de abuso ou agressão sexual e não iniciaram ou concluíram a imunização. Vacinação também é recomendada em homens não vacinados anteriormente com 22 a 26 anos de idade se eles forem imunocomprometidos, estiverem infectados com HIV ou fizerem sexo com homens. Embora a

vacina não proteja contra a progressão da infecção já adquirida ou promova o desaparecimento da infecção, a vacina protege contra os tipos de vírus ainda não adquiridos.[51]

- Contracepção de emergência: a contracepção de emergência deve ser oferecida a mulheres em idade reprodutiva dentro de 120 horas após a agressão sexual.[17] Um teste de gravidez com resultado negativo deve ser obtido antes do início da terapêutica.[52]

Agressão sexual após período agudo: mais de 72 horas desde a agressão sexual

Uma vez que as crianças pré-púberes tenham sido submetidas a testes apropriados para sorologias de sífilis, IST e HIV, mais tratamentos clínicos serão necessários se os testes indicarem resultados positivos. A abordagem para pacientes adolescentes e adultos é a mesma, com a exceção de que a contracepção de emergência também será oferecida a mulheres em idade reprodutiva se a paciente se apresentar dentro de 120 horas após a agressão sexual.[17]

Tratamento de ISTs

O tratamento depende do organismo causador.

- Infecção por *Chlamydia trachomatis*: deve-se usar eritromicina em pacientes que pesam <45 kg. A azitromicina e a doxiciclina são as opções de tratamento em adultos, adolescentes e crianças com peso ≥45 kg. A doxiciclina não deve ser usada em pacientes com <8 anos de idade. Se o paciente for alérgico a macrolídeos, deve-se considerar uma consulta com infectologista.[26]
- Infecção por *Neisseria gonorrhoeae*: a terapia de primeira linha recomendada para adultos, adolescentes e crianças com peso >45 kg é a antibioticoterapia dupla com ceftriaxona por via intramuscular associada a azitromicina por via oral. Se a ceftriaxona não estiver disponível, a cefixima oral pode ser administrada em seu lugar. Ceftriaxona pode ser usada como monoterapia sem azitromicina em pacientes que pesam ≤45 kg.[26] Em caso de alergia a cefalosporina, uma dose única de gemifloxacino ou gentamicina associada a uma dose mais alta de azitromicina é recomendada em pacientes que pesam >45 kg. Pacientes com sintomas persistentes após uma semana de tratamento devem ser testados novamente por meio de cultura para que padrões de resistência possam ser detectados e relatados às autoridades de saúde locais. Falhas de tratamento devem ser discutidas em consulta com um infectologista.[26]
- Infecção por *Trichomonas vaginalis*: o metronidazol é eficaz no tratamento de infecção por *T. vaginalis*. Tinidazol também pode ser usado, mas somente em crianças ≥45 kg, adolescentes e adultos.[26]
- HPV genital ou verrugas anogenitais: agentes usados no tratamento de verrugas anogenitais (condiloma acuminado) de adultos ainda não foram testados com crianças. Se as verrugas genitais se tornarem sintomáticas ou problemáticas, a criança deve ser encaminhada a um especialista adequado. Adolescentes talvez prefiram o acompanhamento clínico sem tratamento já que os sintomas podem desaparecer espontaneamente.[26] Para aqueles que preferirem tratamento, agentes tópicos aplicados pelo próprio paciente, como podofilotoxina, imiquimode e sinecatequinas, são as opções de tratamento de primeira linha. Agentes tópicos aplicados por um profissional da saúde são opções de segunda linha se os agentes tópicos aplicados pelo próprio paciente não forem possíveis. Uma opção de terceira linha para adolescentes é a remoção cirúrgica das verrugas genitais causadas pelo HPV e inclui interferona intralesional ou cirurgia a laser.[26] Mulheres adolescentes devem ser aconselhadas a fazer esfregaços de Papanicolau ao se tornarem adultas, de acordo com as diretrizes locais. Atualmente, de acordo com diretrizes dos EUA, o primeiro esfregaço de Papanicolau deve ocorrer aos 21 anos de idade. De acordo com

diretrizes do Reino Unido, o primeiro esfregaço de Papanicolau deve ser realizado aos 25 anos de idade.

- Infecção primária pelo vírus do herpes simples genital: para surtos primários, a terapia oral com aciclovir, iniciada dentro de 6 dias, encurta a duração e a eliminação de partículas virais. Para os pré-adolescentes, deve ser considerada uma consulta com um especialista em doenças infecciosas para recomendações de dosagem.[\[26\]](#) [\[50\]](#)
- Infecção primária por sífilis: o tratamento de primeira linha é a penicilina; é recomendada uma consulta com um especialista em doenças infecciosas.[\[50\]](#) Para pacientes alérgicos a penicilina, também é recomendada uma consulta com um especialista em doenças infecciosas já que informações que deem suporte às alternativas para penicilina no tratamento de sífilis precoce são limitadas.[\[26\]](#) Pacientes que correm o risco de infecção por sífilis necessitam de vários exames sorológicos administrados de acordo com o seguinte cronograma: no momento inicial, após 1 a 2 semanas, 6 semanas, 3 meses e 6 meses após a exposição mais recente.

Contracepção de emergência

Contracepção de emergência por via oral também deve ser oferecida a mulheres de idade reprodutiva se elas se apresentarem dentro de 120 horas da agressão sexual. O tratamento com a contracepção de emergência deve ser iniciado logo após a relação sexual desprotegida para maximizar a sua eficácia. Um teste de gravidez deve ser realizado se a menstruação estiver 1 semana ou mais atrasada. Nenhum teste de gravidez é necessário antes que a prescrição para contracepção de emergência seja providenciada.[\[17\]](#) [\[52\]](#) [\[53\]](#)

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		(resumo)
≤72 horas desde a agressão: pré-adolescente		
	1a	avaliação da segurança e aconselhamento psicológico
	adjunto	profilaxia aguda para a exposição ao vírus da imunodeficiência humana (HIV)
	adjunto	vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B
	adjunto	vacina contra o papilomavírus humano
	adjunto	profilaxia da infecção sexualmente transmissível (IST; clamídia, gonorreia, tricomonas)
■ com infecção por <i>Chlamydia trachomatis</i>	mais	macrolídeo ou doxiciclina

Agudo		(resumo)
■ com infecção por <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	mais	antibioticoterapia dupla
■ com infecção por <i>Trichomonas vaginalis</i>	mais	metronidazol ou tinidazol
■ com papilomavírus humano (HPV) genital ou verrugas anogenitais	mais	observação ± encaminhamento a um ginecologista pediátrico
■ com infecção pelo vírus do herpes simples genital primário	mais	terapia antiviral ± consulta com um especialista em doenças infecciosas
■ com infecção primária por sífilis	mais	penicilina
≤72 horas desde a agressão: adolescente ou adulto		
	1a	avaliação da segurança e aconselhamento psicológico
	adjunto	profilaxia aguda para a exposição ao vírus da imunodeficiência humana (HIV)
	adjunto	vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B
	adjunto	vacina contra o papilomavírus humano
	mais	profilaxia da infecção sexualmente transmissível (IST; clamídia, gonorreia, tricomonas)
	adjunto	contracepção de emergência
■ com papilomavírus humano (HPV) genital ou verrugas anogenitais	mais	observação ou agentes tópicos ou remoção cirúrgica
■ com infecção pelo vírus do herpes simples genital primário	mais	terapia antiviral ± consulta com um especialista em doenças infecciosas
■ com infecção primária por sífilis	mais	penicilina ou tetraciclina
>72 horas desde a agressão: pré-adolescente		
	1a	avaliação da segurança e aconselhamento psicológico
	adjunto	vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B
	adjunto	vacina contra o papilomavírus humano
■ com infecção por <i>Chlamydia trachomatis</i>	mais	macrolídeo ou doxiciclina

Agudo		(resumo)	
■	com infecção por <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	mais	antibioticoterapia dupla
■	com infecção por <i>Trichomonas vaginalis</i>	mais	metronidazol ou tinidazol
■	com papilomavírus humano (HPV) genital ou verrugas anogenitais	mais	observação ± encaminhamento a um ginecologista pediátrico
■	com infecção pelo vírus do herpes simples genital primário	mais	terapia antiviral ± consulta com um especialista em doenças infecciosas
■	com infecção primária por sífilis	mais	penicilina
>72 horas desde a agressão: adolescente ou adulto			
	1a	avaliação da segurança e aconselhamento psicológico	
	adjunto	vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B	
	adjunto	vacina contra o papilomavírus humano	
	adjunto	contracepção de emergência	
■	com infecção por <i>Chlamydia trachomatis</i>	mais	macrolídeo ou doxiciclina
■	com infecção por <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	mais	antibioticoterapia dupla
■	com infecção por <i>Trichomonas vaginalis</i>	mais	metronidazol ou tinidazol
■	com papilomavírus humano (HPV) genital ou verrugas anogenitais	mais	observação ou agentes tópicos ou remoção cirúrgica
■	com infecção pelo vírus do herpes simples genital primário	mais	terapia antiviral ± consulta com um especialista em doenças infecciosas
■	com infecção primária por sífilis	mais	penicilina ou tetraciclina

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

≤72 horas desde a agressão: pré-adolescente

1a **avaliação da segurança e aconselhamento psicológico**

» Em todos os casos de abuso ou agressão sexual, a segurança da criança deve ser garantida através de denúncia (que pode ser compulsória) e encaminhamento as agências adequadas (por exemplo, o Serviço de Proteção a Crianças ou autoridades legais). Lesões físicas devem ser tratadas conforme necessário. O aconselhamento psicológico deve ser oferecido a todas as crianças sexualmente abusadas.

adjunto **profilaxia aguda para a exposição ao vírus da imunodeficiência humana (HIV)**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Em situações agudas (agressão dentro das últimas 72 horas), profilaxia pós-exposição ao HIV deve ser considerada para todos os pacientes.

» Com relação aos regimes e dosagem para a profilaxia aguda para a exposição ao HIV, médicos devem consultar as diretrizes locais para as recomendações mais atualizadas.^[49] Um especialista em doenças infecciosas pediátricas deve ser consultado.

» É importante avaliar a adesão e a tolerância aos medicamentos de pacientes recebendo profilaxia pós-exposição ao HIV dentro de 3 a 5 dias do início dos medicamentos. Testes da função hepática e renal e parâmetros hematológicos devem ser realizados na avaliação inicial e durante a terapia profilática, com o acompanhamento de um especialista em doenças infecciosas. Os medicamentos profiláticos têm efeitos adversos significativos, inclusive a redução da efetividade da contracepção hormonal. Esses pacientes devem ser encaminhados a um especialista em doenças infecciosas.

» Pacientes que apresentam o risco de infecção por HIV necessitam de vários exames

Agudo

adjunto

sorológicos administrados de acordo com o seguinte cronograma: no momento inicial, após 1 a 2 semanas, 6 semanas e 6 meses após a exposição mais recente.

vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **vacinas contra a hepatite B**: administrar de acordo com o cronograma de vacinação atual

OU

» **vacinas contra a hepatite B**: administrar de acordo com o cronograma de vacinação atual
-e-

» **imunoglobulina anti-hepatite B**: 0.06 mL/kg por via intramuscular em dose única nas primeiras 24 horas após o contato

» A vacinação é mais efetiva quando administrada dentro de 24 horas após a exposição, mas pode ser considerada até 3 semanas após o contato sexual.[17] [50]

» Se o agressor for positivo para HBsAg, a imunoglobulina anti-hepatite B deve ser administrada.[50]

adjunto

vacina contra o papilomavírus humano

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **vacina contra o papilomavírus humano (recombinante)**: administrar de acordo com o cronograma de vacinação atual

» Deve ser considerada em mulheres com 9 a 26 anos de idade e homens com 9 a 21 anos de idade que são vítimas de abuso ou agressão sexual e não iniciaram ou concluíram a imunização. Vacinação também é recomendada em homens não vacinados anteriormente com 22 a 26 anos de idade se eles forem imunocomprometidos, estiverem infectados com HIV ou fizerem sexo com homens.[51] [54] [55]

» Embora a vacina não proteja contra a progressão da infecção já adquirida ou promova o desaparecimento da infecção, a vacina protege contra os tipos de vírus ainda não adquiridos.

Agudo

■ com infecção por *Chlamydia trachomatis*

adjunto

» Administre no momento do exame inicial, com doses de acompanhamento 1 a 2 meses e 6 meses após a primeira dose, caso a vacinação seja iniciada na idade de 15 a 26 anos (cronograma de 3 doses). Caso a vacinação seja iniciada na idade de 9 a 14 anos, a dose de acompanhamento deve ser administrada de 6 a 12 meses após a primeira dose (cronograma de 2 doses).^[54]

profilaxia da infecção sexualmente transmissível (IST; clamídia, gonorreia, tricomonas)

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O tratamento presuntivo para a maioria das ISTs geralmente não é indicado para pacientes pré-adolescentes, mas deve ser considerado caso-a-caso. Espécimes devem ser coletados antes do tratamento.^[26]

» Crianças pré-púberes avaliadas para agressão sexual aguda requerem uma segunda avaliação médica 2 semanas após a agressão para serem examinadas quanto a *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, sífilis e HIV.

mais

macrolídeo ou doxiciclina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **eritromicina base**: peso corporal <45 kg: 50 mg/kg/dia por via oral administrados em 4 doses fracionadas por 14 dias

OU

» **etilsuccinato de eritromicina**: peso corporal <45 kg: 50 mg/kg/dia por via oral administrados em 4 doses fracionadas por 14 dias

OU

» **azitromicina**: peso corporal ≥45 kg: 1 g por via oral em dose única

OU

» **doxiciclina**: peso corporal ≥45 kg e ≥8 anos de idade: 100 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

Agudo

■ com infecção por *Neisseria gonorrhoeae*

mais

» Eritromicina é a opção de tratamento de primeira linha em pacientes com peso <45 kg. Azitromicina e doxiciclina são as opções de tratamento de primeira linha em crianças que pesam ≥45 kg. Doxiciclina não deve ser usada em pacientes com <8 anos de idade.[26]

» Se o paciente for alérgico a macrolídeos, deve-se considerar uma consulta com infectologista.

antibioticoterapia dupla

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ceftriaxona**: peso corporal ≤45 kg: 25-50 mg/kg por via intramuscular em dose única, máximo de 125 mg/dose

OU

» **ceftriaxona**: peso corporal >45 kg: 250 mg por via intramuscular em dose única

-e-

» **azitromicina**: peso corporal >45 kg: 1 g por via oral em dose única

Opções secundárias

» **cefixima**: peso corporal >45 kg: 400 mg por via oral em dose única

-e-

» **azitromicina**: peso corporal >45 kg: 1 g por via oral em dose única

Opções terciárias

» **gemifloxacino**: peso corporal >45 kg: 320 mg por via oral em dose única

-e-

» **azitromicina**: peso corporal >45 kg: 2 g por via oral em dose única

OU

» **gentamicina**: peso corporal >45 kg: 240 mg por via intramuscular em dose única

-e-

» **azitromicina**: peso corporal >45 kg: 2 g por via oral em dose única

» O esquema terapêutico de primeira linha recomendado em pacientes com peso >45 kg é ceftriaxona associada a azitromicina. Se a ceftriaxona não estiver disponível, a cefixima oral pode ser administrada em seu lugar.

Agudo

■ com infecção por *Trichomonas vaginalis*

mais

Ceftriaxona pode ser usada como monoterapia sem azitromicina em pacientes que pesam ≤ 45 kg.[26]

» Em caso de alergia a cefalosporina, uma dose única de gemifloxacino ou gentamicina associada a uma dose mais alta de azitromicina é recomendada em pacientes >45 kg.[26]

» Pacientes com sintomas persistentes após uma semana de tratamento devem ser testados novamente por meio de cultura para que padrões de resistência possam ser detectados e relatados às autoridades de saúde locais. Falhas de tratamento devem ser discutidas em consulta com um infectologista. A infecção gonocócica da faringe é mais difícil de erradicar e, geralmente, é assintomática; deve-se realizar o teste de cura para pacientes com gonorreia faríngea que receberam um esquema de tratamento antimicrobiano alternativo.[26]

metronidazol ou tinidazol

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **metronidazol**: peso corporal <45 kg: 15 mg/kg por via oral três vezes ao dia por 7 dias, máximo de 2 g/dia; peso corporal ≥ 45 kg: 2 g por via oral em dose única

OU

» **tinidazol**: peso corporal ≥ 45 kg: 2 g por via oral em dose única

Opções secundárias

» **metronidazol**: peso corporal ≥ 45 kg: 500 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

Opções terciárias

» **metronidazol**: peso corporal ≥ 45 kg: 2 g por via oral uma vez ao dia por 7 dias

OU

» **tinidazol**: peso corporal ≥ 45 kg: 2 g por via oral uma vez ao dia por 7 dias

» O metronidazol é efetivo no tratamento de infecção por *T vaginalis* em todas as idades. Tinidazol também pode ser usado, mas somente em crianças ≥ 45 kg.

Agudo

■ com papilomavírus humano (HPV) genital ou verrugas anogenitais

mais

» Regimes de doses diferentes são recomendados.[26]

observação ± encaminhamento a um ginecologista pediátrico

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Agentes usados no tratamento de verrugas anogenitais (condiloma acuminado) de adultos ainda não foram testados com crianças. Se as verrugas genitais se tornarem sintomáticas ou problemáticas, a criança deve ser encaminhada a um ginecologista pediátrico.

■ com infecção pelo vírus do herpes simples genital primário

mais

terapia antiviral ± consulta com um especialista em doenças infecciosas

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **aciclovir**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Para surtos primários, a terapia oral com aciclovir, iniciada dentro de 6 dias, encurta a duração e o período de eliminação de partículas virais.

» Um infectologista deve ser consultado com relação a recomendações de dose.[26] [50]

■ com infecção primária por sífilis

mais

penicilina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **benzilpenicilina benzatina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Uma consulta com um especialista em doenças infecciosas é recomendada.[50]

» Para pacientes alérgicos a penicilina, também é recomendada uma consulta com um especialista em doenças infecciosas já que informações que deem suporte às alternativas para penicilina no tratamento de sífilis precoce são limitadas.[26]

» Pacientes que correm o risco de infecção por sífilis necessitam de vários exames sorológicos administrados de acordo com o seguinte cronograma: no momento inicial, após 1 a 2 semanas, 6 semanas, 3 meses e 6 meses após a exposição mais recente.

Agudo

≤72 horas desde a agressão:
adolescente ou adulto

1a **avaliação da segurança e aconselhamento psicológico**

» Em todos os casos de abuso ou agressão sexual, a segurança do adolescente ou adulto deve ser garantida através de denúncia (que pode ser compulsória) e encaminhamento as agências adequadas (por exemplo, o Serviço de Proteção a Crianças ou autoridades legais). Lesões físicas devem ser tratadas conforme necessário. A terapia psicológica deve ser oferecida a todos os adolescentes sexualmente abusados e aos adultos sexualmente agredidos.

adjunto **profilaxia aguda para a exposição ao vírus da imunodeficiência humana (HIV)**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Em situações agudas (agressão dentro das últimas 72 horas), profilaxia pós-exposição ao HIV deve ser considerada para todos os pacientes.

» Com relação aos regimes e dosagem para a profilaxia aguda para a exposição ao HIV, médicos devem consultar as diretrizes locais para as recomendações mais atualizadas.^[49] Um especialista em doenças infecciosas pediátricas deve ser consultado.

» É importante avaliar a adesão e a tolerância aos medicamentos de pacientes recebendo profilaxia pós-exposição ao HIV dentro de 3 a 5 dias do início dos medicamentos. Testes da função hepática e renal e parâmetros hematológicos devem ser realizados na avaliação inicial e durante a terapia profilática, com o acompanhamento de um especialista em doenças infecciosas. Os medicamentos profiláticos têm efeitos colaterais significativos, inclusive a redução da efetividade da contracepção hormonal. Esses pacientes devem ser encaminhados a um especialista em doenças infecciosas.

» Pacientes que apresentam o risco de infecção por HIV necessitam de vários exames sorológicos administrados de acordo com o seguinte cronograma: no momento inicial, após 1 a 2 semanas, 6 semanas e 6 meses após a exposição mais recente.

adjunto **vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B**

Agudo

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **vacinas contra a hepatite B**: administrar de acordo com o cronograma de vacinação atual

OU

» **vacinas contra a hepatite B**: administrar de acordo com o cronograma de vacinação atual

-e-
» **imunoglobulina anti-hepatite B**: 0.06 mL/kg por via intramuscular em dose única nas primeiras 24 horas após o contato

» A vacinação é mais efetiva quando administrada dentro de 24 horas após a exposição, mas pode ser considerada até 3 semanas após o contato sexual.[17] [50]

» Se o agressor for positivo para HBsAg, a imunoglobulina anti-hepatite B deve ser administrada.[50]

adjunto

vacina contra o papilomavírus humano

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **vacina contra o papilomavírus humano (recombinante)**: administrar de acordo com o cronograma de vacinação atual

» Deve ser considerada em mulheres com 9 a 26 anos de idade e homens com 9 a 21 anos de idade que são vítimas de abuso ou agressão sexual e não iniciaram ou concluíram a imunização. Vacinação também é recomendada em homens não vacinados anteriormente com 22 a 26 anos de idade se eles forem imunocomprometidos, estiverem infectados com HIV ou fizerem sexo com homens.[51] [54] [55]

» Embora a vacina não proteja contra a progressão da infecção já adquirida ou promova o desaparecimento da infecção, a vacina protege contra os tipos de vírus ainda não adquiridos.

» Administre no momento do exame inicial, com doses de acompanhamento 1 a 2 meses e 6 meses após a primeira dose, caso a vacinação seja iniciada na idade de 15 a 26 anos (cronograma de 3 doses). Caso a vacinação seja iniciada na idade de 9 a 14

Agudo

mais

anos, a dose de acompanhamento deve ser administrada de 6 a 12 meses após a primeira dose (cronograma de 2 doses).^[54]

profilaxia da infecção sexualmente transmissível (IST; clamídia, gonorreia, tricomonas)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ceftriaxona**: 250 mg por via intramuscular em dose única

--E--

» **metronidazol**: 2 g por via oral em dose única

-ou-

» **tinidazol**: 2 g por via oral em dose única

--E--

» **azitromicina**: 1 g por via oral em dose única

» A profilaxia das ISTs é necessária para todos os pacientes e inclui os seguintes organismos: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e *Trichomonas vaginalis*.

» Se um esquema alternativo for necessário, a orientação mais recente produzida pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA deve ser consultada.^[26] [CDC: Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015]

adjunto

contracepção de emergência

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **levonorgestrel**: 1.5 mg por via oral em dose única até 72 horas após o contato sexual

OU

» **ulipristal**: 30 mg por via oral em dose única até 120 horas após o contato sexual

» O tratamento com a contracepção de emergência deve ser iniciado logo após a relação sexual desprotegida para maximizar a sua eficácia. Um teste de gravidez deve ser considerado se a menstruação estiver 1 semana ou mais atrasada. Nenhum teste de gravidez é necessário antes que a prescrição para contracepção de emergência seja providenciada.^[17] [52] [53]

Agudo

■ com papilomavírus humano (HPV) genital ou verrugas anogenitais

mais

observação ou agentes tópicos ou remoção cirúrgica

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **podofilotoxina de uso tópico**: (0.5%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia por 3 dias, pode repetir após 4 dias sem tratamento, máximo de 0.5 mL/dia e 4 ciclos

OU

» **imiquimode de uso tópico**: (5%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) três vezes por semana ao deitar, limpar a área após 6-10 horas, máximo de 16 semanas de tratamento

OU

» **sinecatequinas**: (15%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) três vezes ao dia até a melhora, máximo de 16 semanas de tratamento

Opções secundárias

» **crioterapia**: nitrogênio líquido ou criossonda, repetir a cada 1-2 semanas até a melhora

OU

» **resina de podofilina de uso tópico**: (25%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s), limpar a área 1-4 horas após a aplicação para reduzir a irritação, pode repetir semanalmente, máximo de 0.5 mL/dia

OU

» **solução de ácido tricloroacético de uso tópico**: (80%-90%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) uma vez por semana, o excesso pode ser removido com bicarbonato de sódio ou sabonete líquido

OU

» **ácido dicloroacético de uso tópico**: (80%-90%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) uma vez por semana, o excesso pode ser removido com bicarbonato de sódio ou sabonete líquido

Agudo

Opções terciárias

» interferona intralesional

OU

» cirurgia a laser

» Adolescentes talvez prefiram o acompanhamento clínico sem tratamento já que os sintomas podem desaparecer espontaneamente.[26]

» Para aqueles que preferirem tratamento, agentes tópicos aplicados pelo próprio paciente, como a podofilotoxina tópica, a imiquimode tópica e sinecatequinas, são as opções de tratamento de primeira linha.

» Agentes tópicos aplicados por um profissional da saúde são opções de segunda linha se os agentes tópicos aplicados pelo próprio paciente não forem possíveis.

» O encaminhamento para um ginecologista pediátrico (para adolescentes) ou adulto deve ser considerado.[26]

» Uma opção de terceira linha para adolescentes é a remoção cirúrgica das verrugas genitais causadas pelo HPV e inclui interferona intralesional ou cirurgia à laser.[26]

» Mulheres adolescentes devem ser aconselhadas a fazerem esfregaços de Papanicolau regularmente como adultas, de acordo com as diretrizes locais.

■ com infecção pelo vírus do herpes simples genital primário

mais

terapia antiviral ± consulta com um especialista em doenças infecciosas

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **aciclovir**: 200 mg por via oral cinco vezes ao dia por 7-10 dias; ou 400 mg por via oral três vezes ao dia por 7-10 dias

OU

» **fanciclovir**: 250 mg por via oral três vezes ao dia por 7-10 dias

OU

Agudo

■ com infecção primária por sífilis

mais

» **valaciclovir**: 1 g por via oral duas vezes ao dia por 7-10 dias

» Para surtos primários, a terapia oral com aciclovir, iniciada dentro de 6 dias, encurta a duração e o período de eliminação de partículas virais.[26] [50]

penicilina ou tetraciclina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **benzilpenicilina benzatina**: 1.8 g por via intramuscular em dose única

Opções secundárias

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia por 14 dias

OU

» **tetraciclina**: 500 mg por via oral quatro vezes ao dia por 14 dias

» Uma consulta com um especialista em doenças infecciosas é recomendada.[50]

» Para pacientes alérgicos a penicilina, também é recomendada uma consulta com um especialista em doenças infecciosas, já que informações que deem suporte às alternativas para penicilina (por exemplo, tetraciclina) no tratamento de sífilis precoce são limitadas.[26]

» Pacientes que correm o risco de infecção por sífilis necessitam de vários exames sorológicos administrados de acordo com o seguinte cronograma: no momento inicial, após 1 a 2 semanas, 6 semanas, 3 meses e 6 meses após a exposição mais recente.

>72 horas desde a agressão: pré-adolescente

1a

avaliação da segurança e aconselhamento psicológico

» Em todos os casos de abuso ou agressão sexual, a segurança da criança deve ser garantida através de denúncia (que pode ser compulsória) e encaminhamento as agências adequadas (por exemplo, o Serviço de Proteção a Crianças ou autoridades legais). Lesões físicas devem ser tratadas conforme necessário. O aconselhamento psicológico deve ser

Agudo

adjunto

oferecido a todas as crianças sexualmente abusadas.

vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **vacinas contra a hepatite B:** administrar de acordo com o cronograma de vacinação atual

OU

» **vacinas contra a hepatite B:** administrar de acordo com o cronograma de vacinação atual
-e-
 » **imunoglobulina anti-hepatite B:** 0.06 mL/kg por via intramuscular em dose única nas primeiras 24 horas após o contato

» Deve ser considerado para todos os pacientes que não foram previamente vacinados.

» Embora a vacinação seja mais efetiva quando administrada dentro de 24 horas após a exposição, ela pode ser considerada até 3 semanas após o contato sexual.[17] [50]

» Se o agressor for positivo para HBsAg, a imunoglobulina anti-hepatite B deve ser administrada.[50]

adjunto

vacina contra o papilomavírus humano

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **vacina contra o papilomavírus humano (recombinante):** administrar de acordo com o cronograma de vacinação atual

» Deve ser considerada em mulheres com 9 a 26 anos de idade e homens com 9 a 21 anos de idade que são vítimas de abuso ou agressão sexual e não iniciaram ou concluíram a imunização. Vacinação também é recomendada em homens não vacinados anteriormente com 22 a 26 anos de idade se eles forem imunocomprometidos, estiverem infectados com HIV ou fizerem sexo com homens.[51] [54] [55]

» Embora a vacina não proteja contra a progressão da infecção já adquirida ou promova o desaparecimento da infecção, a vacina

Agudo

■ com infecção por *Chlamydia trachomatis*

mais

protege contra os tipos de vírus ainda não adquiridos.

» Administre no momento do exame inicial, com doses de acompanhamento 1 a 2 meses e 6 meses após a primeira dose, caso a vacinação seja iniciada na idade de 15 a 26 anos (cronograma de 3 doses). Caso a vacinação seja iniciada na idade de 9 a 14 anos, a dose de acompanhamento deve ser administrada de 6 a 12 meses após a primeira dose (cronograma de 2 doses).^[54]

macrolídeo ou doxiciclina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **eritromicina base**: peso corporal <45 kg: 50 mg/kg/dia por via oral administrados em 4 doses fracionadas por 14 dias

OU

» **etilsuccinato de eritromicina**: peso corporal <45 kg: 50 mg/kg/dia por via oral administrados em 4 doses fracionadas por 14 dias

OU

» **azitromicina**: peso corporal ≥45 kg: 1 g por via oral em dose única

OU

» **doxiciclina**: peso corporal ≥45 kg e ≥8 anos de idade: 100 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

» Eritromicina é a opção de tratamento de primeira linha em pacientes com peso <45 kg. Azitromicina e doxiciclina são as opções de tratamento de primeira linha em crianças que pesam ≥45 kg. Doxiciclina não deve ser usada em pacientes com <8 anos de idade.^[26]

» Se o paciente for alérgico a macrolídeos, deve-se considerar uma consulta com infectologista.

■ com infecção por *Neisseria gonorrhoeae*

mais

antibioticoterapia dupla

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Agudo

» **ceftriaxona**: peso corporal ≤ 45 kg: 25-50 mg/kg por via intramuscular em dose única, máximo de 125 mg/dose

OU

» **ceftriaxona**: peso corporal >45 kg: 250 mg por via intramuscular em dose única

-e-

» **azitromicina**: peso corporal >45 kg: 1 g por via oral em dose única

Opções secundárias

» **cefixima**: peso corporal >45 kg: 400 mg por via oral em dose única

-e-

» **azitromicina**: peso corporal >45 kg: 1 g por via oral em dose única

Opções terciárias

» **gemifloxacino**: peso corporal >45 kg: 320 mg por via oral em dose única

-e-

» **azitromicina**: peso corporal >45 kg: 2 g por via oral em dose única

OU

» **gentamicina**: peso corporal >45 kg: 240 mg por via intramuscular em dose única

-e-

» **azitromicina**: peso corporal >45 kg: 2 g por via oral em dose única

» O esquema terapêutico de primeira linha recomendado em pacientes com peso >45 kg é ceftriaxona associada a azitromicina. Se a ceftriaxona não estiver disponível, a cefixima oral pode ser administrada em seu lugar. Ceftriaxona pode ser usada como monoterapia sem azitromicina em pacientes que pesam ≤ 45 kg.[26]

» Em caso de alergia a cefalosporina, uma dose única de gemifloxacino ou gentamicina associada a uma dose mais alta de azitromicina é recomendada em pacientes >45 kg.[26]

» Pacientes com sintomas persistentes após uma semana de tratamento devem ser testados novamente por meio de cultura para que padrões de resistência possam ser detectados e relatados às autoridades de saúde locais. Falhas de tratamento devem ser discutidas em consulta com um infectologista.[26]

Agudo

■ com infecção por <i>Trichomonas vaginalis</i>	mais	<p>metronidazol ou tinidazol</p> <p>Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado</p> <p>Opções primárias</p> <p>» metronidazol: peso corporal <45 kg: 15 mg/kg por via oral três vezes ao dia por 7 dias, máximo de 2 g/dia; peso corporal ≥45 kg: 2 g por via oral em dose única</p> <p>OU</p> <p>» tinidazol: peso corporal ≥45 kg: 2 g por via oral em dose única</p> <p>Opções secundárias</p> <p>» metronidazol: peso corporal ≥45 kg: 500 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias</p> <p>Opções terciárias</p> <p>» metronidazol: peso corporal ≥45 kg: 2 g por via oral uma vez ao dia por 7 dias</p> <p>OU</p> <p>» tinidazol: peso corporal ≥45 kg: 2 g por via oral uma vez ao dia por 7 dias</p> <p>» O metronidazol é efetivo no tratamento de infecção por T vaginalis em todas as idades. Tinidazol também pode ser usado, mas somente em crianças ≥45 kg.</p> <p>» Regimes de doses diferentes são recomendados.[26]</p>
■ com papilomavírus humano (HPV) genital ou verrugas anogenitais	mais	<p>observação ± encaminhamento a um ginecologista pediátrico</p> <p>Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado</p> <p>» Agentes usados no tratamento de verrugas anogenitais (condiloma acuminado) de adultos ainda não foram testados com crianças. Se as verrugas genitais se tornarem sintomáticas ou problemáticas, a criança deve ser encaminhada a um ginecologista pediátrico.</p>
■ com infecção pelo vírus do herpes simples genital primário	mais	<p>terapia antiviral ± consulta com um especialista em doenças infecciosas</p> <p>Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado</p> <p>Opções primárias</p>

Agudo

■ com infecção primária por sífilis

mais

» **aciclovir**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Para surtos primários, a terapia oral com aciclovir, iniciada dentro de 6 dias, encurta a duração e a eliminação de partículas virais.

» Um infectologista deve ser consultado com relação a recomendações de dose.[26] [50]

penicilina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **benzilpenicilina benzatina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Uma consulta com um especialista em doenças infecciosas é recomendada.[50]

» Para pacientes alérgicos a penicilina, também é recomendada uma consulta com um especialista em doenças infecciosas já que informações que deem suporte às alternativas para penicilina no tratamento de sífilis precoce são limitadas.[26]

» Pacientes que correm o risco de infecção por sífilis necessitam de vários exames sorológicos administrados de acordo com o seguinte cronograma: no momento inicial, após 1 a 2 semanas, 6 semanas, 3 meses e 6 meses após a exposição mais recente.

>72 horas desde a agressão: adolescente ou adulto

1a

avaliação da segurança e aconselhamento psicológico

» Em todos os casos de abuso ou agressão sexual, a segurança do adolescente ou adulto deve ser garantida através de denúncia (que pode ser compulsória) e encaminhamento as agências adequadas (por exemplo, o Serviço de Proteção a Crianças ou autoridades legais). Lesões físicas devem ser tratadas conforme necessário. A terapia psicológica deve ser oferecida a todos os adolescentes sexualmente abusados e aos adultos sexualmente agredidos.

adjunto

vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Agudo

Opções primárias

» **vacinas contra a hepatite B**: administrar de acordo com o cronograma de vacinação atual

OU

» **vacinas contra a hepatite B**: administrar de acordo com o cronograma de vacinação atual

-e-
» **imunoglobulina anti-hepatite B**: 0.06 mL/kg por via intramuscular em dose única nas primeiras 24 horas após o contato

» Deve ser considerado para todos os pacientes que não foram previamente vacinados.

» Embora a vacinação seja mais efetiva quando administrada dentro de 24 horas após a exposição, ela pode ser considerada até 3 semanas após o contato sexual.[17] [50]

» Se o agressor for positivo para HBsAg, a imunoglobulina anti-hepatite B deve ser administrada.[50]

adjunto **vacina contra o papilomavírus humano**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **vacina contra o papilomavírus humano (recombinante)**: administrar de acordo com o cronograma de vacinação atual

» Deve ser considerada em mulheres com 9 a 26 anos de idade e homens com 9 a 21 anos de idade que são vítimas de abuso ou agressão sexual e não iniciaram ou concluíram a imunização. Vacinação também é recomendada em homens não vacinados anteriormente com 22 a 26 anos de idade se eles forem imunocomprometidos, estiverem infectados com HIV ou fizerem sexo com homens.[26] [54] [55]

» Embora a vacina não proteja contra a progressão da infecção já adquirida ou promova o desaparecimento da infecção, a vacina protege contra os tipos de vírus ainda não adquiridos.

» Administre no momento do exame inicial, com doses de acompanhamento 1 a 2 meses e 6 meses após a primeira dose, caso a vacinação seja iniciada na idade de 15 a 26 anos (cronograma de 3 doses). Caso a vacinação seja iniciada na idade de 9 a 14

Agudo

adjunto

anos, a dose de acompanhamento deve ser administrada de 6 a 12 meses após a primeira dose (cronograma de 2 doses).^[54]

contracepção de emergência

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ulipristal**: 30 mg por via oral em dose única até 120 horas após o contato sexual

OU

» **levonorgestrel**: 1.5 mg por via oral em dose única até 72 horas após o contato sexual

» O tratamento com a contracepção de emergência deve ser iniciado logo após a relação sexual desprotegida para maximizar a sua eficácia. Um teste de gravidez deve ser considerado se a menstruação estiver 1 semana ou mais atrasada. Nenhum teste de gravidez é necessário antes que a prescrição para contracepção de emergência seja providenciada.^{[17] [52] [53]}

mais

■ com infecção por *Chlamydia trachomatis*

macrolídeo ou doxiciclina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **azitromicina**: 1 g por via oral em dose única

OU

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

Opções secundárias

» **eritromicina base**: 500 mg por via oral quatro vezes ao dia por 7 dias

OU

» **levofloxacin**: 500 mg por via oral uma vez ao dia por 7 dias

OU

» **ofloxacin**: 300 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

Agudo

■ com infecção por *Neisseria gonorrhoeae*

mais

» Azitromicina e doxiciclina são as opções de tratamento de primeira linha recomendadas.[26]

» As opções de segunda linha incluem eritromicina, ofloxacino ou levofloxacino.[26]

antibioticoterapia dupla

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ceftriaxona**: 250 mg por via intramuscular em dose única

-e-

» **azitromicina**: 1 g por via oral em dose única

Opções secundárias

» **cefixima**: 400 mg por via oral em dose única

-e-

» **azitromicina**: 1 g por via oral em dose única

Opções terciárias

» **gemifloxacino**: 320 mg por via oral em dose única

-e-

» **azitromicina**: 2 g por via oral em dose única

OU

» **gentamicina**: 240 mg por via intramuscular em dose única

-e-

» **azitromicina**: 2 g por via oral em dose única

» A opção de tratamento de primeira linha recomendada é ceftriaxona associada a azitromicina. Se a ceftriaxona não estiver disponível, a cefixima oral pode ser administrada em seu lugar.[26]

» Em caso de alergia a cefalosporina, uma dose única de gemifloxacino ou gentamicina associada a uma dose mais alta de azitromicina é recomendada.[26]

» Pacientes com sintomas persistentes após uma semana de tratamento devem ser testados novamente por meio de cultura para que padrões de resistência possam ser detectados e relatados às autoridades de saúde locais. Falhas de tratamento devem ser discutidas em consulta com um infectologista.[26]

Agudo

■ com infecção por *Trichomonas vaginalis*

mais

metronidazol ou tinidazol

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **metronidazol**: 2 g por via oral em dose única

OU

» **tinidazol**: 2 g por via oral em dose única

Opções secundárias

» **metronidazol**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

Opções terciárias

» **metronidazol**: 2 g por via oral uma vez ao dia por 7 dias

OU

» **tinidazol**: 2 g por via oral uma vez ao dia por 7 dias

» O metronidazol e o tinidazol são efetivos no tratamento de T vaginalis.

» Regimes de doses diferentes são recomendados. A opção de primeira linha é um regime de dose única. Um esquema de duas vezes ao dia de metronidazol administrado por 7 dias é uma opção alternativa apropriada. Se esses esquemas falharem, um esquema de uma vez ao dia de metronidazol ou tinidazol administrado em uma dose mais alta por 7 dias pode ser usado.[26]

» Pacientes devem ser aconselhados a evitar o consumo de bebidas alcoólicas durante o tratamento e por 72 horas após o uso de metronidazol ou tinidazol.

■ com papilomavírus humano (HPV) genital ou verrugas anogenitais

mais

observação ou agentes tópicos ou remoção cirúrgica

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **podofilotoxina de uso tópico**: (0.5%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia por 3 dias, pode repetir após 4 dias sem tratamento, máximo de 0.5 mL/dia e 4 ciclos

Agudo

OU

» **imiquimode de uso tópico**: (5%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) três vezes por semana ao deitar, limpar a área após 6-10 horas, máximo de 16 semanas de tratamento

OU

» **sinecatequinas**: (15%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) três vezes ao dia até a melhora, máximo de 16 semanas de tratamento

Opções secundárias

» **crioterapia**: nitrogênio líquido ou criossonda, repetir a cada 1-2 semanas até a melhora

OU

» **resina de podofilina de uso tópico**: (25%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s), limpar a área 1-4 horas após a aplicação para reduzir a irritação, pode repetir semanalmente, máximo de 0.5 mL/dia

OU

» **solução de ácido tricloroacético de uso tópico**: (80%-90%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) uma vez por semana, o excesso pode ser removido com bicarbonato de sódio ou sabonete líquido

OU

» **ácido dicloroacético de uso tópico**: (80%-90%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) uma vez por semana, o excesso pode ser removido com bicarbonato de sódio ou sabonete líquido

Opções terciárias

» **interferona intralesional**

OU

» **cirurgia a laser**

» Adolescentes talvez prefiram o acompanhamento clínico sem tratamento já que os sintomas podem desaparecer espontaneamente.[26]

Agudo

■ com infecção pelo vírus do herpes simples genital primário

mais

» Para aqueles que preferirem tratamento, agentes tópicos aplicados pelo próprio paciente, como a podofilotoxina tópica, a imiquimode tópica e sinecatequinas, são as opções de tratamento de primeira linha.

» Agentes tópicos aplicados por um profissional da saúde são opções de segunda linha se os agentes tópicos aplicados pelo próprio paciente não forem possíveis.

» O encaminhamento para um ginecologista pediátrico (para adolescentes) ou adulto deve ser considerado.[26]

» Uma opção de terceira linha para adolescentes é a remoção cirúrgica das verrugas genitais causadas pelo HPV e inclui interferona intralesional ou cirurgia à laser.[26]

» Mulheres adolescentes devem ser aconselhadas a fazerem esfregaços de Papanicolau regularmente como adultas, de acordo com as diretrizes locais.

terapia antiviral ± consulta com um especialista em doenças infecciosas

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **aciclovir**: 200 mg por via oral cinco vezes ao dia por 7-10 dias; ou 400 mg por via oral três vezes ao dia por 7-10 dias

OU

» **fanciclovir**: 250 mg por via oral três vezes ao dia por 7-10 dias

OU

» **valaciclovir**: 1 g por via oral duas vezes ao dia por 7-10 dias

» Para surtos primários, a terapia oral com aciclovir, iniciada dentro de 6 dias, encurta a duração e a eliminação de partículas virais.[26][50]

■ com infecção primária por sífilis

mais

penicilina ou tetraciclina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Agudo

» **benzilpenicilina benzatina**: 1.8 g por via intramuscular em dose única

Opções secundárias

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia por 14 dias

OU

» **tetraciclina**: 500 mg por via oral quatro vezes ao dia por 14 dias

» Uma consulta com um especialista em doenças infecciosas é recomendada.[50]

» Para pacientes alérgicos a penicilina, também é recomendada uma consulta com um especialista em doenças infecciosas já que informações que deem suporte às alternativas para penicilina no tratamento de sífilis precoce são limitadas.[26]

» Pacientes que correm o risco de infecção por sífilis necessitam de vários exames sorológicos administrados de acordo com o seguinte cronograma: no momento inicial, e após 1 a 2 semanas, 6 semanas, 3 meses e 6 meses após a exposição mais recente.

Recomendações

Monitoramento

Crianças pré-adolescentes avaliadas devido a agressão sexual aguda devem ser submetidas a teste quanto a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) com base na história do abuso e manifestações clínicas de uma infecção. Uma segunda avaliação clínica é necessária em 2 semanas após a agressão para avaliar se há desenvolvimento temporário de lesões anogenitais e verificar a presença de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, sífilis e HIV.[33]

É importante avaliar a adesão e a tolerância aos medicamentos de pacientes recebendo profilaxia pós-exposição ao HIV dentro de 3 a 5 dias do início dos medicamentos. Testes da função hepática e renal e parâmetros hematológicos devem ser realizados na avaliação inicial e durante a terapia profilática, com o acompanhamento de um especialista em doenças infecciosas. Os medicamentos profiláticos têm efeitos adversos significativos, inclusive a redução da efetividade da contracepção hormonal. Esses pacientes devem ser encaminhados a um especialista em doenças infecciosas.

Pacientes que correm o risco de infecção por HIV e sífilis necessitam de vários exames sorológicos administrados de acordo com o seguinte cronograma: no momento inicial, e após 1 a 2 semanas, 6 semanas, 3 meses e 6 meses após a exposição mais recente.

Todas as crianças e adultos sexualmente abusados devem ser cuidadosamente acompanhados por um profissional de saúde mental para a prevenção de possíveis complicações, como depressão e transtorno do estresse pós-traumático.[60] Tratamento psicológico focado em trauma (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental) deve ser oferecido a pessoas sofrendo com o transtorno do estresse pós-traumático.[61]

Teste para confirmar a cura é recomendado 14 dias após o tratamento de gonorreia faríngea se um tratamento alternativo foi usado. Por outro lado, nenhum teste para confirmar a cura é recomendado para *N gonorrhoeae* ou *C trachomatis* a menos que a adesão terapêutica esteja em questão, os sintomas persistam ou haja suspeita de reinfecção. Para evitar mais transmissão da infecção ou reinfecção de pacientes índice, os parceiros sexuais devem ser encaminhados para avaliação e tratamento.[26]

Instruções ao paciente

Um resumo do tratamento de vítimas de abuso sexual pode ser oferecido em forma de um folheto para pacientes.

Folheto ou Comunicado de Exame de Agressão Sexual de Paciente

Paciente _____ Data do Exame _____

Examinador(a) _____ Número de contato
do(a) examinador(a) _____

Hospital _____

Os exames a seguir foram realizados hoje. Poderá ser importante comparar os resultados dos exames de hoje com os resultados dos exames de acompanhamento realizados no futuro próximo.

- ☐ Espécimes para serem utilizados como evidência em procedimentos legais se o caso for a julgamento
- ☐ Exame de sangue para a infecção por sífilis
- ☐ Exame(s) para a infecção por gonorreia
- ☐ Exame(s) para a infecção por clamídia
- ☐ Exame(s) para anticorpos anti-HIV
- ☐ Exame(s) para gestação preexistente
- ☐ Outros exames _____

Você recebeu os medicamentos abaixo para a prevenção de infecções:

- ☐ Medicamento: _____ Posologia: _____
- ☐ Medicamento: _____ Posologia: _____
- ☐ Medicamento: _____ Posologia: _____
- ☐ Medicamento: _____ Posologia: _____
- ☐ Medicamento: _____ Posologia: _____
- ☐ Medicamento: _____ Posologia: _____

- ☐ Você recebeu um contraceptivo de emergência para a prevenção da gestação

☐ Medicamento: _____ Posologia: _____

Você poderá apresentar os seguintes efeitos colaterais:

- ☐ Você não recebeu um contraceptivo de emergência pelo seguinte motivo:

- ☐ não há risco de gestação
- ☐ gestação preexistente
- ☐ você não o quis
- ☐ um período de tempo muito longo se passou
- ☐ outras razões: _____

- ☐ Você tem uma consulta marcada, ou deve marcar uma consulta, para o seguinte:

- ☐ Exame de acompanhamento médico

Local: _____ Data: _____

- ☐ Exame(s) de acompanhamento de gravidez

Local: _____ Data: _____

- ☐ Aconselhamento de acompanhamento

Local: _____ Data: _____

- ☐ Outros _____

Local: _____ Data: _____

*Folheto educacional para pacientes vítimas de agressão sexual
Do acervo pessoal de RG Girardet*

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
gestação	curto prazo	alta
<p>Muitas vezes, as vítimas do abuso sexual infantil não buscarão cuidados médicos básicos (inclusive os cuidados pré-natais) por vergonha ou sentimento de culpa.</p> <p>A relação sexual desprotegida com uma menina com idade reprodutiva a colocará em risco de gravidez. Meninas vítimas de abuso sexual infantil também apresentam um risco elevado de ficarem grávidas durante a adolescência.^[56]</p>		
infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)	curto prazo	baixa
<p>Embora a profilaxia previna a maioria das ISTs após uma agressão sexual, os pacientes devem ser instruídos a seguirem o tratamento com o profissional da saúde que os atende habitualmente.^{[52] [59]}</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
transtorno do estresse pós-traumático (TEPT)	longo prazo	alta
<p>Cerca de 20% a 30% das vítimas apresentarão sintomas de TEPT.</p> <p>Os sintomas do TEPT variam e incluem depressão, comportamentos de autolesão, fracassos escolares ou ocupacionais, queixas somáticas (cefaleias, dores torácicas) e comportamentos sexualizados. Estes sintomas ocorrem com frequência variada.[58]</p>		
vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS)	longo prazo	baixa
<p>A infecção por HIV pode ser transmitida para a vítima no momento do abuso sexual.</p> <p>Além disso, as vítimas de abuso sexual infantil apresentam um risco maior de adotarem comportamentos arriscados para contrair o HIV.</p>		
hepatite B	longo prazo	baixa
<p>Em algumas áreas, a hepatite B é uma das infecções sexualmente transmissíveis mais comuns.</p> <p>O contato sexual desprotegido coloca a vítima em risco de infecção por hepatite B.</p>		

Prognóstico

Em torno de 20% a 30% das vítimas de abuso sexual apresentarão sintomas do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). Todas as crianças abusadas sexualmente devem ser cuidadosamente acompanhadas por um profissional da saúde mental para a prevenção de possíveis complicações, como o TEPT e a depressão. As vítimas de abuso sexual infantil apresentam aumento do risco de adotarem comportamentos de alto risco. Meninas sexualmente abusadas também apresentam um risco elevado de engravidar durante a adolescência.[56]

Após uma agressão sexual, cerca de metade dos adultos se recuperam dos efeitos psicológicos agudos dentro de 12 semanas mas os sintomas persistem em muitos desses pacientes.[57] Sequelas psicológicas de longo prazo incluem o transtorno do estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, problemas sexuais, uso inadequado de substâncias e tentativas de suicídio ou suicídio completo.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects

Publicado por: Faculty of Forensic and Legal Medicine, Royal College of Physicians

Última publicação em: 2018

The physical signs of child sexual abuse: an evidence-based review and guidance for best practice

Publicado por: Royal College of Paediatrics and Child Health

Última publicação em: 2015

Sexually transmitted infections in primary care

Publicado por: Royal College of General Practitioners; British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em: 2013

Guidelines on paediatric forensic examinations in relation to possible child sexual abuse

Publicado por: Royal College of Paediatrics and Child Health; Faculty of Forensic and Legal Medicine

Última publicação em: 2012

UK national guidelines on the management of adult and adolescent complainants of sexual assault 2011

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em: 2012

United Kingdom national guideline on the management of sexually transmitted infections and related conditions in children and young people

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em: 2010

Internacional

Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons

Publicado por: World Health Organization

Última publicação em: 2004

América do Norte

Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused

Publicado por: North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology

Última publicação em: 2016

América do Norte

Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015: sexual assault and STDs

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em:
2015

Clinical report: the evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected

Publicado por: American Academy of Pediatrics

Última publicação em:
2013

Protocol for the acute care of the adult patient reporting sexual assault

Publicado por: New York State Department of Health

Última publicação em:
2008

Diretrizes de tratamento

Europa

Domestic violence and abuse: multi-agency working

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2014

Safeguarding children and young people: every nurse's responsibility

Publicado por: Royal College of Nursing

Última publicação em:
2014

Sexually transmitted infections in primary care

Publicado por: Royal College of General Practitioners; British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em:
2013

UK national guidelines on the management of adult and adolescent complainants of sexual assault 2011

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em:
2012

United Kingdom national guideline on the management of sexually transmitted infections and related conditions in children and young people

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em:
2010

Internacional

Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook

Publicado por: World Health Organization

Última publicação em:
2014

Responding to intimate partner violence and sexual violence against women

Publicado por: World Health Organization

Última publicação em:
2013

Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons

Publicado por: World Health Organization

Última publicação em:
2004

América do Norte

Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused

Publicado por: North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology

Última publicação em:
2016

Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em:
2015

Protocol for the acute care of the adult patient reporting sexual assault

Publicado por: New York State Department of Health

Última publicação em:
2008

Recursos online

1. [National Health Service \(UK\): care and evidence](#) (*external link*)
2. [CDC: Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Prevenção da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV): há evidências de baixa qualidade que sugerem que a profilaxia pós-exposição do HIV pode ser efetiva para redução da infecção por HIV.[\[49\]](#)

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- Jenny C, Crawford-Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*. 2013 Aug;132(2):e558-67. [Texto completo](#)
- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Texto completo](#)
- American Academy of Pediatrics. Red book: 2012 report of the Committee on Infectious Diseases. 29th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2012: 181-5, 369-90, 690-703, 841-7.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 112: emergency contraception. *Obstet Gynecol*. 2010 May;115(5):1100-9.

Referências

1. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women: sexual violence. 2012 [internet publication]. [Texto completo](#)
2. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*. 2013 Aug;132(2):e558-67. [Texto completo](#)
3. United Nations General Assembly, 61st session. Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children. 2006: A/61/299. [Texto completo](#)
4. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*. 2006 Sep;118(3):933-42.
5. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, et al. Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatr*. 2015 Aug;169(8):746-54.
6. National Society for the Prevention of Cruelty to Children. How safe are our children? 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
7. Finkelhor D, Dzuiba-Leatherman J. Children as victims of violence: a national survey. *Pediatrics*. 1994 Oct;94(4 Pt 1):413-20.
8. Feldman W, Feldman E, Goodman JT, et al. Is childhood sexual abuse really increasing in prevalence? An analysis of the evidence. *Pediatrics*. 1991 Jul;88(1):29-33.
9. Finkelhor D. Improving research, policy, and practice to understand child sexual abuse. *JAMA*. 1998 Dec 2;280(21):1864-5.

10. Hay T, Jones L. Societal interventions to prevent child abuse and neglect. *Child Welfare*. 1994 Sep-Oct;73(5):379-403.
11. Leventhal JM. Have there been changes in the epidemiology of sexual abuse of children during the 20th century? *Pediatrics*. 1988 Nov;82(5):766-73.
12. Chen LP, Murad MH, Paras ML, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2010 Jul;85(7):618-29.
13. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
14. Connor J, You R, Casswell S. Alcohol-related harm to others: a survey of physical and sexual assault in New Zealand. *N Z Med J*. 2009 Sep 25;122(1303):10-20.
15. Littleton H, Grills-Tauechel A, Axsom D. Impaired and incapacitated rape victims: assault characteristics and post-assault experiences. *Violence Vict*. 2009;24(4):439-57.
16. Marc B. Current clinical aspects of drug-facilitated sexual assaults in sexually abused victims examined in a forensic emergency unit. *Ther Drug Monit*. 2008 Apr;30(2):218-24.
17. Jina R, Jewkes R, Munjanja SP, et al; FIGO Working Group. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010 May;109(2):85-92.
18. World Health Organization. Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. 2004. <http://www.who.int> (last accessed 18 September 2016). [Texto completo](#)
19. Davis MK, Gidycz CA. Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis. *J Clin Child Psychol*. 2000 Jun;29(2):257-65.
20. Bolan RM. Child sexual abuse: prevention or promotion. *Social Work*. 2003;48:174-85.
21. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bull World Health Organ*. 2009 May;87(5):353-61. [Texto completo](#)
22. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, et al. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 16;(4):CD004380. [Texto completo](#)
23. Finkelhor D. The prevention of childhood sexual abuse. *Future Child*. 2009 Fall;19(2):169-94.
24. Wacker J, Macy R, Barger E, et al. Sexual assault prevention for women with intellectual disabilities: a critical review of the evidence. *Intellect Dev Disabil*. 2009 Aug;47(4):249-62.
25. Bair-Merritt MH, Jennings JM, Chen R, et al. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010 Jan;164(1):16-23. [Texto completo](#)

26. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Texto completo](#)
27. Kellogg ND, Menard SW, Santos A. Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" doesn't mean "nothing happened". Pediatrics. 2004 Jan;113(1 Pt 1):e67-9. [Texto completo](#)
28. Adams JA, Harper K, Knudson S, et al. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. Pediatrics. 1994 Sep;94(3):310-7.
29. Heger AH, Ticson L, Guerra L, et al. Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: review of hymenal morphology and nonspecific findings. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2002 Feb;15(1):27-35.
30. White C, McLean I. Adolescent complainants of sexual assault; injury patterns in virgin and non-virgin groups. J Clin Forensic Med. 2006 May;13(4):172-80.
31. Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: findings of a large case series. Am J Obstet Gynecol. 2004 Jan;190(1):71-6.
32. Muram D, Miller K, Cutler A. Sexual assault of the elderly victim. J Interpers Violence. 1992;7:70-6.
33. Rogstad K, Thomas A, Williams O, et al. United Kingdom national guideline on the management of sexually transmitted infections and related conditions in children and young people. 2010 [internet publication]. [Texto completo](#)
34. New York State Department of Health. Protocol for the acute care of the adult patient reporting sexual assault. October 2008 [internet publication]. [Texto completo](#)
35. Faculty of Forensic and Legal Medicine. Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects. January 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
36. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, et al. Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016 Apr;29(2):81-7. [Texto completo](#)
37. Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. Curr Opin Obstet Gynecol. 2008 Oct;20(5):435-41.
38. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, et al. Has this prepubertal girl been sexually abused? JAMA. 2008 Dec 17;300(23):2779-92.
39. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child. 1969 Jun;44(235):291-303. [Texto completo](#)
40. Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. Arch Dis Child. 1970 Feb;45(239):13-23. [Texto completo](#)
41. World Health Organization. WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. Geneva: WHO; 2007. [Texto completo](#)

42. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR Recomm Rep. 1992 Dec 18;41(RR-17):1-19. [Texto completo](#)
43. Fischer GO. Vulval disease in pre-pubertal girls. Australas J Dermatol. 2001 Nov;42(4):225-34.
44. Brown MR, Cartwright PC, Snow BW. Common office problems in pediatric urology and gynecology. Pediatr Clin North Am. 1997 Oct;44(5):1091-115.
45. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vaginal foreign bodies. J Paediatr Child Health. 2004 Apr;40(4):205-7.
46. Zolotor AJ, Runyan DK, Dunne MP, et al. ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. Child Abuse Negl. 2009 Nov;33(11):833-41.
47. Runyan DK, Dunne MP, Zolotor AJ, et al. The development and piloting of the ISPCAN Child Abuse Screening Tool-Parent version (ICAST-P). Child Abuse Negl. 2009 Nov;33(11):826-32.
48. Royal College of General Practitioners; British Association for Sexual Health and HIV. Sexually transmitted infections in primary care. 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
49. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV: United States, 2016. April 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
50. American Academy of Pediatrics. Red book: 2012 report of the Committee on Infectious Diseases. 29th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2012: 181-5, 369-90, 690-703, 841-7.
51. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, et al. Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Recomm Rep. 2014 Aug 29;63(RR-05):1-30. [Texto completo](#)
52. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 112: emergency contraception. Obstet Gynecol. 2010 May;115(5):1100-9.
53. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
54. Meites E, Kempe A, Markowitz LE. Use of a 2-dose schedule for human papillomavirus vaccination: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016 Dec 16;65(49):1405-8. [Texto completo](#)
55. Petrosky E, Bocchini JA Jr, Hariri S, et al. Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015 Mar 27;64(11):300-4. [Texto completo](#)
56. Stock JL, Bell MA, Boyer DK, et al. Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. Fam Plann Perspect. 1997 Sep-Oct;29(5):200-3, 227. [Texto completo](#)

57. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. BMJ. 2007 Jun 2;334(7604):1154-8. [Texto completo](#)
58. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. Psychol Bull. 1993 Jan;113(1):164-80.
59. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical guidance: emergency contraception. December 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
60. Taylor JE, Harvey ST. Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: a meta-analysis. Aggress Violent Behav. 2009;14(5):273-85.
61. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. March 2005 [internet publication]. [Texto completo](#)

Imagens



IMAGES

Figura 1: Hímen ausente da posição de 120 a 210 graus em uma menina sexualmente ativa de 14 anos de idade

Girardet RG, et al. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2002;32:211-246. Usado com permissão



Figura 2: Trauma vaginal agudo em uma vítima de sequestro e estupro de 11 anos de idade

Girardet RG, et al. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2002;32:211-246. Usado com permissão



Figura 3: Posição supina "perna de rã" para o exame de meninas pré-púberes

Girardet RG, et al. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2002;32:211-246. Usado com permissão

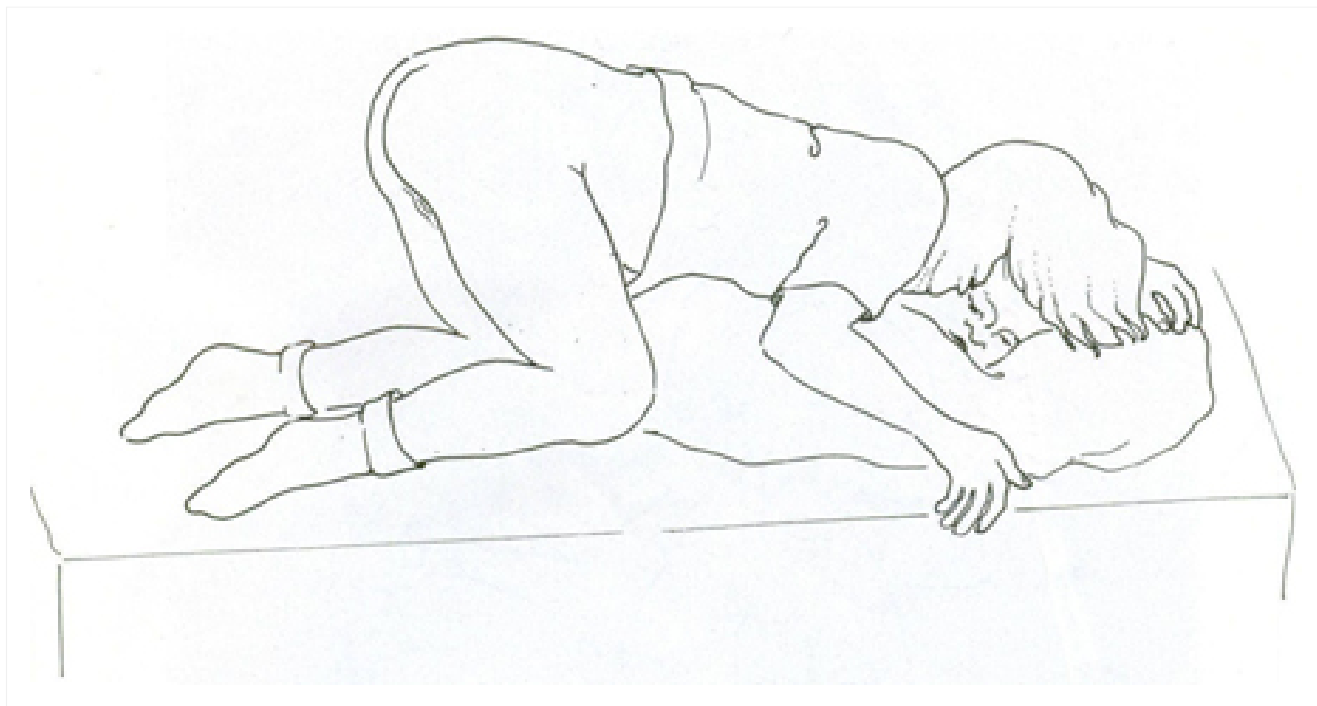


Figura 4: Posição genupeitoral para o exame de meninas pré-púberes

Girardet RG, et al. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2002;32:211-246. Usado com permissão

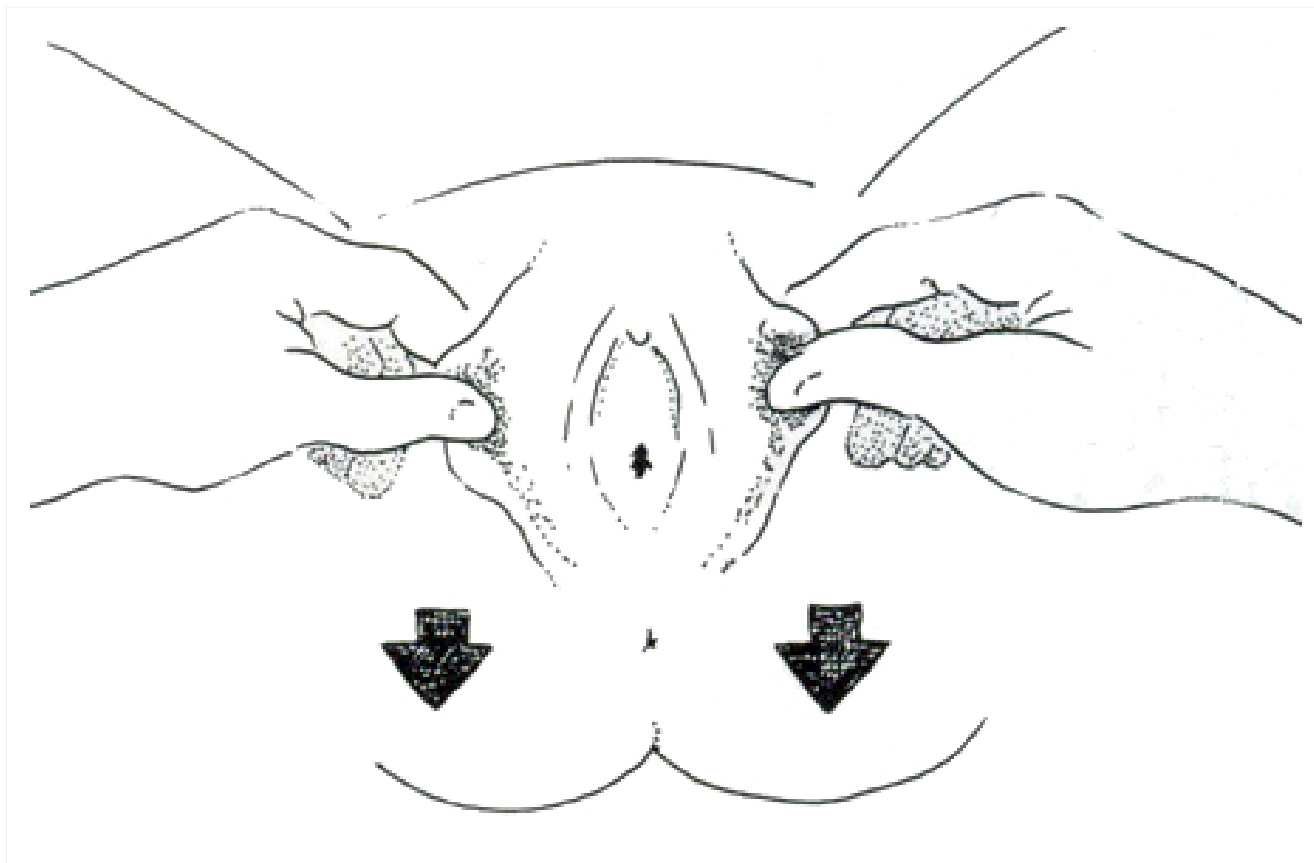


Figura 5: Técnica de tração labial

Girardet RG, et al. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2002;32:211-246. Usado com permissão



Figura 6: Hímen anular normal

Girardet RG, et al. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2002;32:211-246. Usado com permissão

Nome do paciente: Cliente A.

Nome do médico: Dr. Bloggs

Número da clínica: 1234

Espécime número: XB1

Data: 01/05/2007

12 cm do acrômio:
ferimento
avermelhado de
2.5 x 0.2 cm
sangramento
(sem casca de
ferida ou crosta)

10 cm abaixo
do olécrano na
borda ulnar:
hematoma
amarelado
de 2 x 1 cm

Face medial da coxa, a
23 cm acima do joelho:
hematoma
avermelhado/azulado
de 4 x 2.5 cm

Figura 7: Exemplo do uso de um diagrama corporal para o registro de lesões

Welch J, Mason F. *BMJ* 2007;334:1154-1158

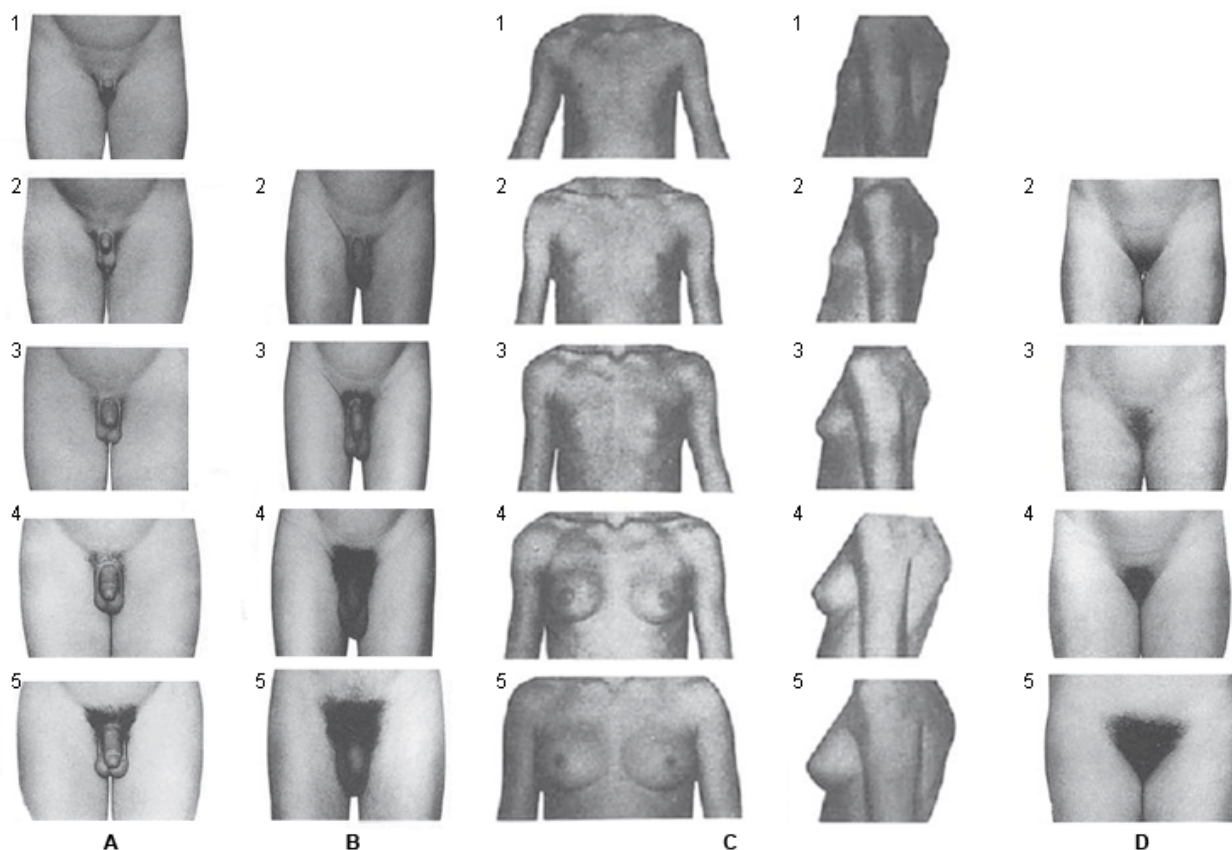


Figura 8: Estágios de Tanner: A, padrões de classificação genital em meninos; B, padrões de classificação de pelos púbicos em meninos; C, padrões de classificação mamária em meninas; D, padrões de classificação de pelos púbicos em meninas

Adaptado de Marshall WA, Tanner JM. *Arch Dis Child*. 1970;45:13-23; Marshall WA, Tanner JM. *Arch Dis Child*. 1969;44:291-303

Folheto ou Comunicado de Exame de Agressão Sexual de Paciente

Paciente _____ Data do Exame _____

Examinador(a) _____ Número de contato
do(a) examinador(a) _____

Hospital _____

Os exames a seguir foram realizados hoje. Poderá ser importante comparar os resultados dos exames de hoje com os resultados dos exames de acompanhamento realizados no futuro próximo.

- ☐ Espécimes para serem utilizados como evidência em procedimentos legais se o caso for a julgamento
- ☐ Exame de sangue para a infecção por sífilis
- ☐ Exame(s) para a infecção por gonorreia
- ☐ Exame(s) para a infecção por clamídia
- ☐ Exame(s) para anticorpos anti-HIV
- ☐ Exame(s) para gestação preexistente
- ☐ Outros exames _____

Você recebeu os medicamentos abaixo para a prevenção de infecções:

- | | |
|--|------------------|
| <input type="radio"/> Medicamento: _____ | Posologia: _____ |
| <input type="radio"/> Medicamento: _____ | Posologia: _____ |
| <input type="radio"/> Medicamento: _____ | Posologia: _____ |
| <input type="radio"/> Medicamento: _____ | Posologia: _____ |
| <input type="radio"/> Medicamento: _____ | Posologia: _____ |
| <input type="radio"/> Medicamento: _____ | Posologia: _____ |

- ☐ Você recebeu um contraceptivo de emergência para a prevenção da gestação

☐ Medicamento: _____ Posologia: _____

Você poderá apresentar os seguintes efeitos colaterais: _____

- ☐ Você não recebeu um contraceptivo de emergência pelo seguinte motivo:

- ☐ não há risco de gestação
- ☐ gestação preexistente
- ☐ você não o quis
- ☐ um período de tempo muito longo se passou
- ☐ outras razões: _____

- ☐ Você tem uma consulta marcada, ou deve marcar uma consulta, para o seguinte:

- ☐ Exame de acompanhamento médico
Local: _____ Data: _____
- ☐ Exame(s) de acompanhamento de gravidez
Local: _____ Data: _____
- ☐ Aconselhamento de acompanhamento
Local: _____ Data: _____
- ☐ Outros _____
Local: _____ Data: _____

Figura 9: Folheto educacional para pacientes vítimas de agressão sexual

Do acervo pessoal de RG Girardet

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

Colaboradores:

// Autores:

Sheela Lahoti, MD

Associate Professor

Department of Pediatrics, Division of Child Protection Pediatrics, University of Texas Medical School at Houston, Houston, TX

DIVULGAÇÕES: SL declares that she has no competing interests.

Rebecca Girardet, MD

Professor

Department of Pediatrics, Division of Child Protection Pediatrics, University of Texas Medical School at Houston, Houston, TX

DIVULGAÇÕES: RG declares that she has no competing interests.

Shaina Groisberg, MD

Child Abuse Pediatrics Fellow

Department of Pediatrics, Division of Child Protection Pediatrics, University of Texas Medical School at Houston, Houston, TX

DIVULGAÇÕES: SG declares that she has no competing interests.

Michelle Ruda, MD

Child Abuse Pediatrics Fellow

Department of Pediatrics, Division of Child Protection Pediatrics, University of Texas Medical School at Houston, Houston, TX

DIVULGAÇÕES: MR declares that she has no competing interests.

Margaret McNeese, MD

Professor

Department of Pediatrics, Division of Community and General Medicine, University of Texas Medical School at Houston, Houston, TX

DIVULGAÇÕES: MM declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Sheela Lahoti, Dr Rebecca Girardet, Dr Shaina Groisberg, Dr Michelle Ruda, and Dr Margaret McNeese would like to gratefully acknowledge Dr Zoe O'Connor, paediatric resident from Niklaus Children's Hospital in Miami, Florida, for her contribution to this topic, and Dr Christopher Greeley and Dr Jan Welch, previous contributors to this topic. CG and JW declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

James Lukefahr, MD

Professor of Pediatrics

Child Abuse Division, Department of Pediatrics, University of Texas Health Science Center, San Antonio, TX

DIVULGAÇÕES: JL declares that he has no competing interests.

Colaboradores:

Suzanne Starling, MD

Medical Director

CHKD-CAP, Professor of Pediatrics, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, VA

DIVULGAÇÕES: SS is an author of a reference cited in this topic. SS declares that she has no other competing interests.

Angelo P. Giardino, MD, PhD

Clinical Associate Professor

Pediatrics, Baylor College of Medicine, Medical Director, Texas Children's Health Plan, Houston, TX

DIVULGAÇÕES: APG declares that he has no competing interests.

Ruth Gilbert, MD, MSc, MB ChB

Professor of Clinical Epidemiology

UCL-Institute of Child Health, London, UK

DIVULGAÇÕES: RG declares that she has no competing interests.