

BMJ Best Practice

Abuso e agressão sexual

Direto ao local de atendimento



Última atualização: Oct 17, 2023

Índice

Visão geral	3
Resumo	3
Definição	3
Teoria	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Caso clínico	5
Diagnóstico	6
Abordagem	6
História e exame físico	16
Fatores de risco	20
Investigações	22
Diagnósticos diferenciais	25
Critérios	25
Rastreamento	27
Tratamento	28
Abordagem	28
Visão geral do algoritmo de tratamento	30
Algoritmo de tratamento	32
Prevenção primária	39
Discussões com os pacientes	39
Acompanhamento	41
Monitoramento	41
Complicações	42
Prognóstico	42
Diretrizes	44
Diretrizes diagnósticas	44
Diretrizes de tratamento	46
Recursos online	48
Tabelas de evidência	49
Referências	58
Imagens	66
Aviso legal	73

Resumo

O abuso e a agressão sexual são comuns e podem afetar pessoas de qualquer idade. Mulheres jovens e meninas correm maior risco, mas homens também são abusados e agredidos sexualmente.

O diagnóstico é complexo e tem grandes ramificações; portanto, é importante seguir as diretrizes de diagnóstico.

A cicatrização rápida dos tecidos genitais e outros fatores podem resultar em achados normais no exame após o abuso sexual. Isso é particularmente verdadeiro para crianças, entre as quais a maioria apresenta exames físicos normais.

As infecções sexualmente transmissíveis não são comuns em crianças pré-púberes que sofreram abuso sexual.

A estratégia de manejo apropriada é determinada pelo tempo decorrido desde a agressão sexual e o estado puberal do paciente.

Definição

A Organização Mundial da Saúde (OMS) 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. A OMS define abuso sexual infantil como "o envolvimento de uma criança em atividade sexual que ela não compreende totalmente, é incapaz de dar consentimento informado ou para a qual a criança não está preparada em termos de desenvolvimento e não pode dar consentimento, ou que violam as leis ou tabus sociais da sociedade. O abuso sexual infantil é evidenciado por esta atividade entre uma criança e um adulto ou outra criança que por idade ou desenvolvimento está em uma relação de responsabilidade, confiança ou poder, sendo a atividade destinada a gratificar ou satisfazer as necessidades da outra pessoa".[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

A violência sexual é um problema global que atinge indivíduos de todas as idades. 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 foram vítimas 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.

Estima-se que 4.5% das crianças nos EUA tenham sofrido abuso sexual na infância, mas isso provavelmente é subestimado porque os dados são limitados a casos relatados.[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] Não está claro 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 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]

Estimativas globais indicam que 30% das mulheres com 15 anos ou mais sofreram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo ou violência por não parceiro em sua vida.[12] Os seguintes grupos correm maior risco de abuso sexual: adolescentes e mulheres jovens, pessoas com deficiência intelectual e outras, pessoas de baixa renda, sem-teto, profissionais do sexo, mulheres encarceradas e pessoas que vivem em instituições ou áreas de conflito.[13] [14] [15][16]

Etiologia

As causas de agressão e abuso sexual são complexas e estão fora do escopo deste artigo.

Fisiopatologia

Os efeitos da agressão e abuso sexual 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.

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. A mãe da paciente diz que sua filha recentemente se tornou mais desafiadora e emocionalmente instável, e seu desempenho escolar piorou. 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 histórias" 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 consumiu 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

O diagnóstico de abuso sexual e agressão sexual é complexo e tem grandes ramificações; portanto, é importante seguir as diretrizes de diagnóstico.

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.

Pacientes 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 médicos pós-agressão devem incluir o atendimento das necessidades de saúde e, em casos agudos, a coleta de evidências para fins médico-legais, se o paciente consentir. Uma boa documentação é crucial, e a disponibilidade de formulários padronizados para o registro de ocorrências ajuda este processo de documentação.[31] 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

Uma criança pode apresentar mudanças em seu comportamento típico. O estresse do abuso sexual pode se manifestar como sintomas depressivos, comportamento agressivo ou queixas clínicas crônicas. Os comportamentos abaixo podem ser sinais de abuso sexual, embora sejam inespecíficos e a força da associação com o abuso infantil não seja quantificada.

- Problemas de comportamento sexual: muitos comportamentos sexualizados são normais no desenvolvimento. Exemplos de comportamentos que podem estar associados ao abuso sexual incluem comportamentos sexuais coercivos, persistentemente intrusivos, anormais de desenvolvimento ou abusivos.[32] [33]
- Sintomas de depressão e transtorno do estresse pós-traumático: a ideação suicida também deve ser avaliada.[34]
- 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.

As crianças que estão sendo exploradas sexualmente podem apresentar achados adicionais, como: lesões ou tatuagens inexplicadas ou padronizadas; uma história de fuga de casa; um histórico falso ou variável, incluindo a falta de documentos de identificação ou endereço residencial; uma história de múltiplas ISTs ou gestações; ou posse de grandes quantias em dinheiro. A suspeita também deve ser levantada se houver uma diferença significativa de idade entre o paciente e o parceiro sexual, ou se outra pessoa, que não o paciente, insistir em fornecer a história.[35]

Adultos que foram sexualmente abusados (quando crianças ou mais recentemente) podem apresentar problemas emocionais e psicológicos, como depressão ou uso indevido de substâncias, ou sintomas físicos, como dor pélvica crônica.[36] Após a agressão sexual, os primeiros sintomas incluem estresse, ansiedade, autorrecriação e culpa. Problemas de longo prazo incluem depressão, transtornos alimentares, distúrbios do sono, transtorno do estresse pós-traumático, uso indevido de substâncias e pensamentos ou atos de autoagressão ou tentativa de suicídio.[37] [38]

Entrevistas

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 à 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.[34] Os entrevistadores devem manter reações profissionais e não emocionais às respostas da criança.[39] [40]

Exame físico quando há suspeita de abuso e agressão sexual

Se houver suspeita de abuso e agressão sexual infantil, um encaminhamento para um hospital com uma clínica especializada em avaliação de abuso deve ser considerado.[34] A American Academy of Pediatrics estabeleceu orientações detalhadas para pediatras que realizam exames anogenitais.[34] Os achados do exame físico de crianças vítimas de abuso sexual são muitas vezes normais.[41] [42] [43]

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.



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

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. Por exemplo, exames especulares não devem ser usados em crianças pré-púberes no consultório.[34]

Em mulheres adultas que foram agredidas sexualmente, as lesões são encontradas em aproximadamente metade dos casos e são mais frequentemente observadas em vítimas mais velhas.[44]

[45] [46] Lesões não genitais são mais comuns que genitais. A ausência de lesões não implica consentimento ou descarta 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:

- Exame físico completo para avaliar possíveis lesões ou outras condições clínicas. Crianças que foram abusadas e agredidas sexualmente podem estar em risco de outros tipos de abuso e negligência. Portanto, recomenda-se que um exame físico geral completo seja realizado após o exame anogenital.[34]
- Coleta de amostras para evidência forense. As amostras, como um swab bucal para obter o 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 de testes da função hepática, hemograma completo, ureia sérica e creatinina sérica devem ser realizados antes do início da profilaxia pós-exposição para 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.[47]
- 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.[48] O tratamento profilático geralmente não é oferecido a crianças pré-púberes devido à diminuição das taxas de transmissão de ISTs e ao valor probatório de um teste positivo em uma criança que não pode consentir legalmente.[31]
- Os exames devem incluir o seguinte: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, sífilis, hepatite C e HIV.[48] Se úlceras ou vesículas estiverem presentes, também é preciso coletar amostras para 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 C, sífilis e HIV podem não ser positivos até 3 a 6 meses após a infecção.

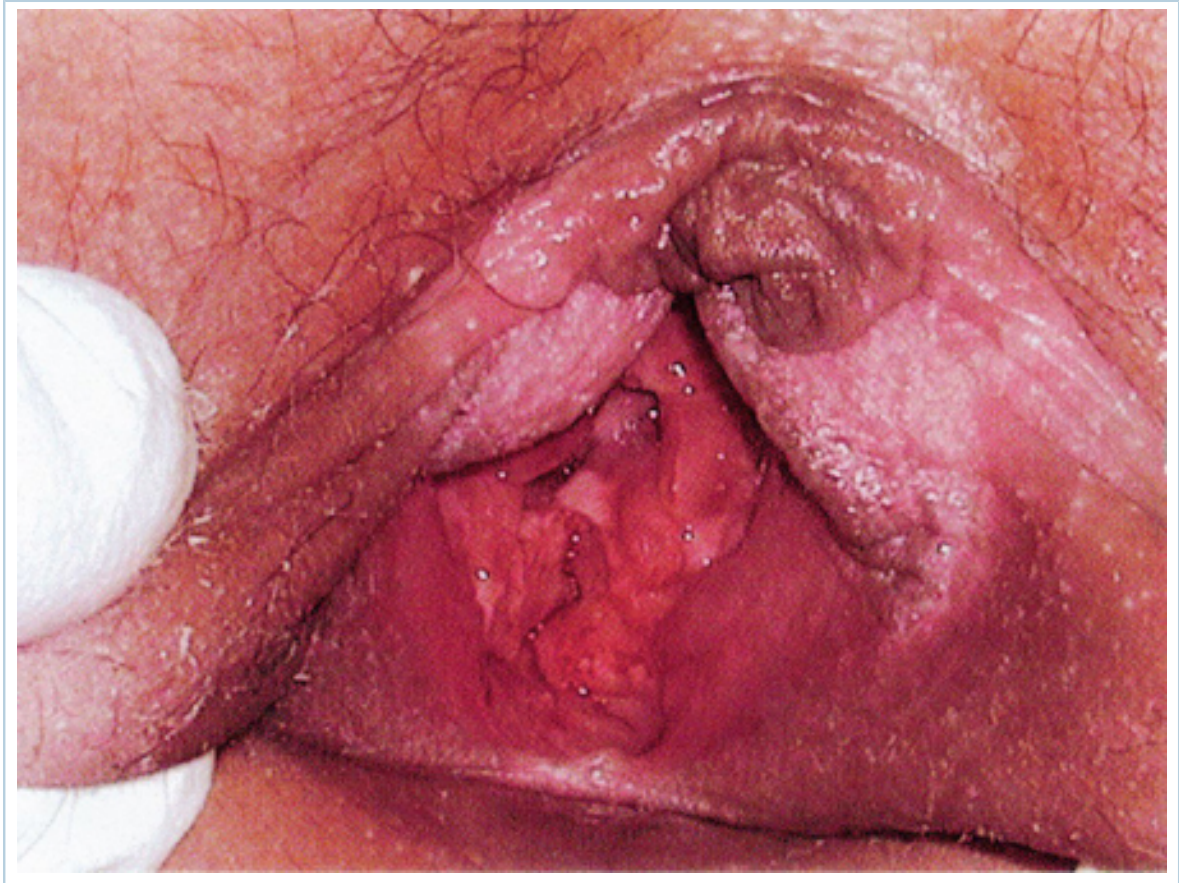
Hepatite B

- Para crianças e adolescentes em países com vacinação universal para hepatite B, o teste de anticorpos contra hepatite B geralmente não é necessário. 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 possui um período de incubação longo.[31] 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

- Um exame forense deve ser fortemente considerado para qualquer criança, adolescente ou adulto, e realizado o mais rápido possível. O tempo recomendado do exame depende do tipo de amostra e das jurisdições locais; os pediatras devem se familiarizar com a política relevante. A maioria dos protocolos recomenda que as evidências forenses sejam coletadas se menos de 72 horas se passaram desde o ataque, mas alguns chegam a 168 horas.[34] [38] [49]
- 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.



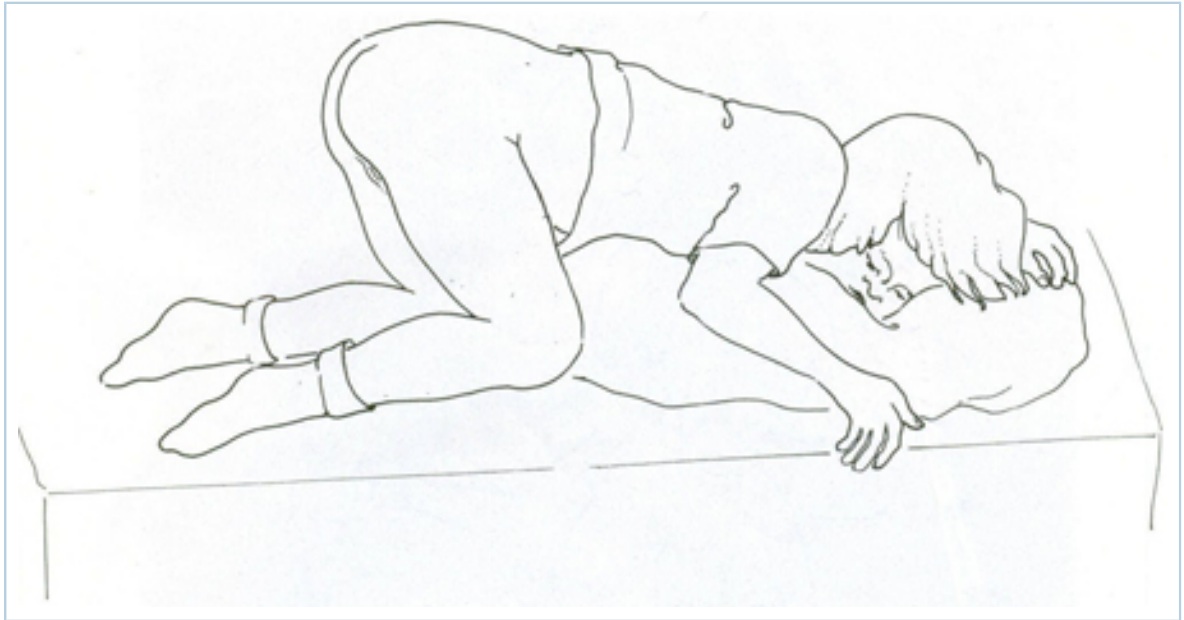
Trauma vaginal agudo em uma vítima de sequestro e estupro de 11 anos de idade

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



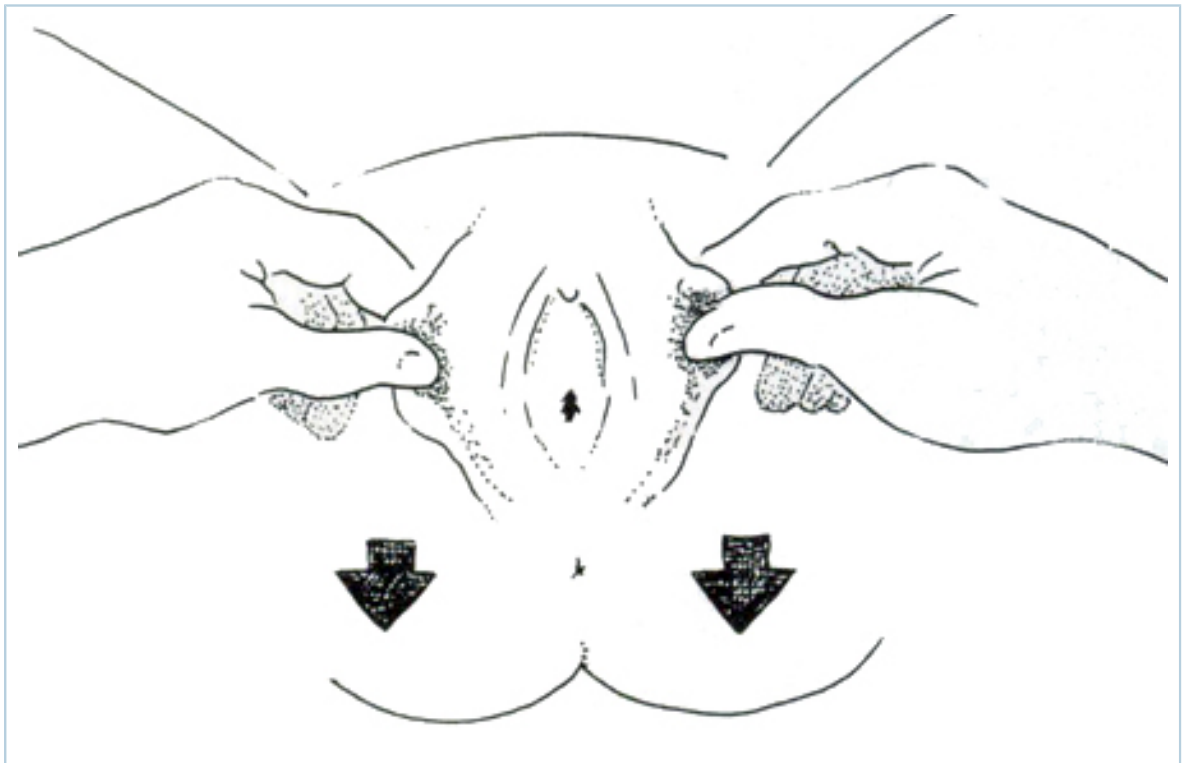
Posição supina "perna de rã" para o exame de meninas pré-púberes

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



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



Técnica de tração labial

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



Hímen anular normal

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

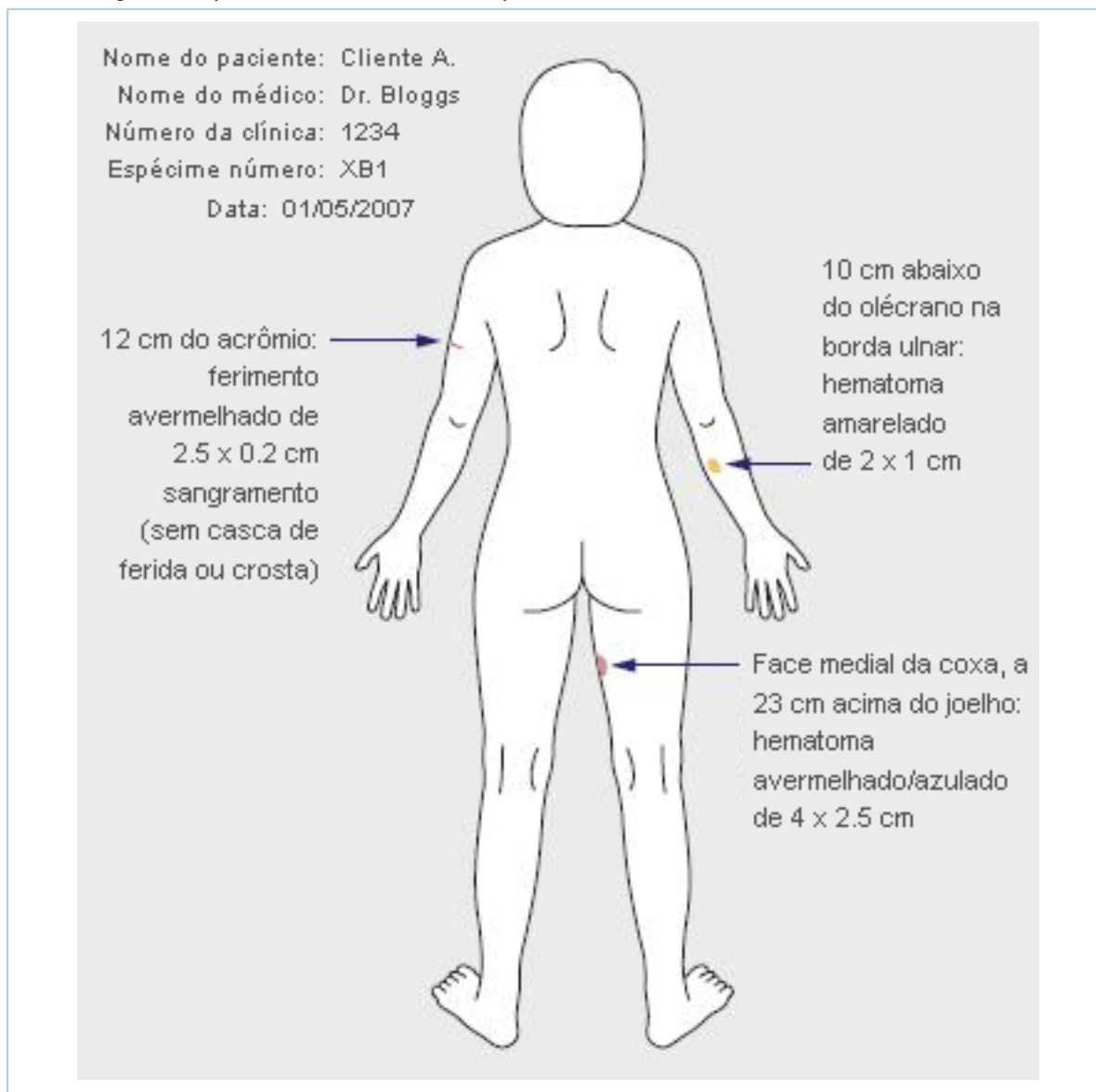
- Kits de coleta de evidências forenses estão disponíveis na maioria dos pronto-socorros de hospitais e incluem embalagens para espécimes de sangue, fios de cabelo e pelos, e swabs das unhas, faringe, genitália e ânus para que estes sejam enviados a um laboratório forense. Em alguns países, o exame forense 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.[31]

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:

- Exame físico completo para avaliar possíveis lesões ou outras condições clínicas.
- Um exame forense, se indicado por protocolos regionais ou nacionais. 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. A maioria dos protocolos recomenda que as evidências forenses sejam coletadas se menos de 72 horas se passaram desde o ataque, mas alguns chegam a 168 horas.[34] [38] [49] 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 gonorreia.
- 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

O esquema de classificação proposto por Joyce Adams et al pode ser usado para determinar o significado dos achados físicos.^{[50] [51] [52]}

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:

- 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 incluem:

- 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.

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:

- 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.
- 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.^[47]
- Confirmação de infecção por *Trichomonas vaginalis* em uma criança com mais de 1 ano de idade.
- Confirmação de sífilis se transmissão perinatal for excluída.
- 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:

- 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.[44] [45] [46] Lesões não genitais são mais comuns que genitais. A ausência de lesões não indica consentimento ou descarta 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

- [Canadian Paediatric Society: the medical evaluation of pre-pubertal children with suspected sexual abuse] (<https://cps.ca/en/documents/position/the-medical-evaluation-of-pre-pubertal-children-with-suspected-sexual-abuse>) : declaração de posição fornecendo uma abordagem baseada em evidências e baseada em trauma para a avaliação clínica de crianças pré-púberes com suspeita ou confirmação de abuso sexual.

História e exame físico

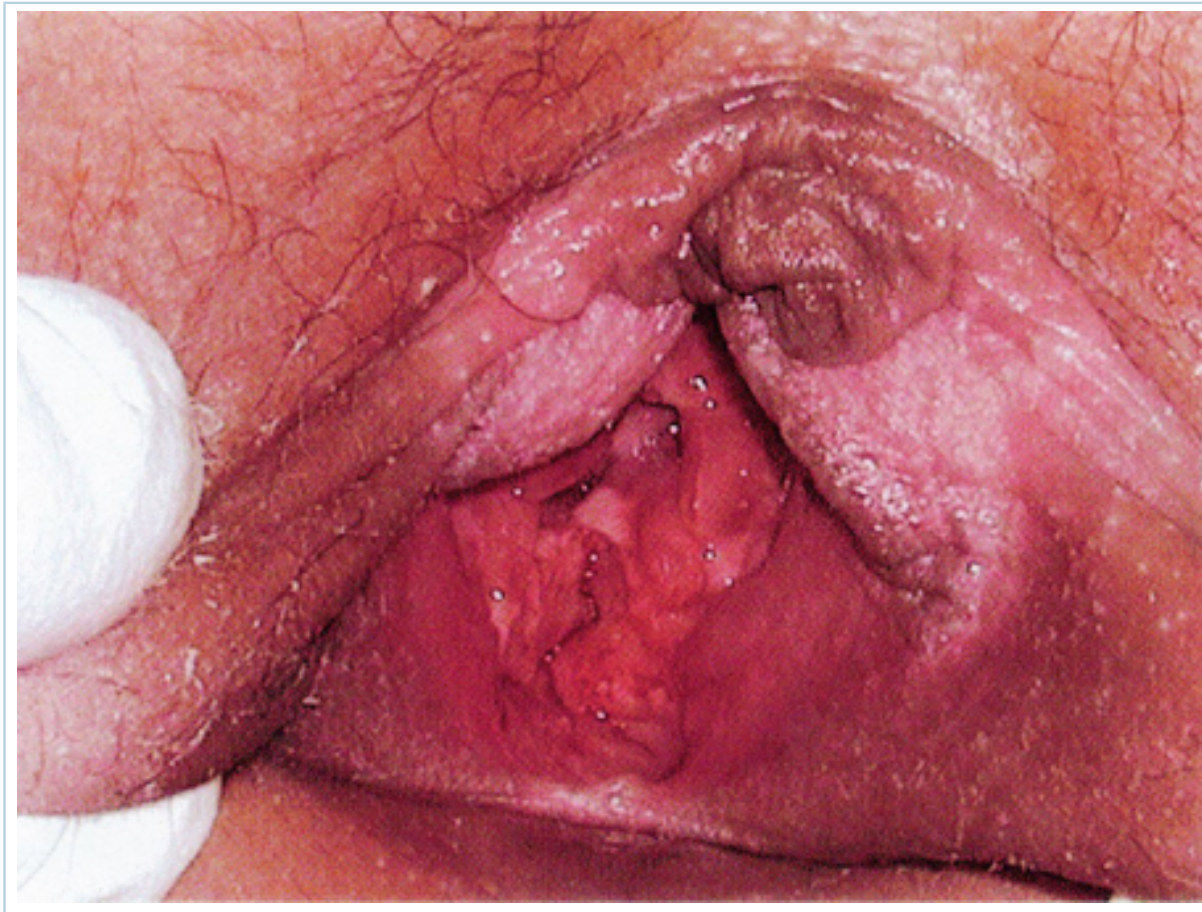
Principais fatores diagnósticos

declaração de contato inapropriado (comuns)

- 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.[34]

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

- Transecções (rupturas completas do hímen) e ausência de hímen são indicativos de trauma nesta área.



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



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

- 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.[41]

infecções sexualmente transmissíveis (incomuns)

- Em crianças, a confirmação de certas infecções (HIV, sífilis, gonorreia, clamídia, trichomonas) é diagnóstico de contato sexual, uma vez que a transmissão perinatal (e percutânea, no caso do HIV) é descartada, enquanto outras (vírus do herpes simples, condiloma acuminado anogenital) são suspeitos de contato sexual.[34] [47] 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.

Outros fatores diagnósticos

achados genitais normais (comuns)

- 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.[41]

transtornos emocionais e psicológicos (comuns)

- Após a agressão sexual, os primeiros sintomas incluem estresse, ansiedade, autorrecriminação e culpa. Problemas em longo prazo incluem depressão, transtornos alimentares, distúrbios do sono e transtorno do estresse pós-traumático.[37] [38]

lesões anogenitais (incomuns)

- Verrugas, úlceras e hematomas ou petéquias podem ser indicativas de contato ou trauma sexual e merecem investigação adicional.[34]
- 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.[34] 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.[34]

lesão dos lábios e períneo (incomuns)

- 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.[34]

lesões não genitais (incomuns)

- Podem estar associadas ao abuso ou agressão sexual. Uma história completa e um exame físico completo podem ajudar a determinar a etiologia.

corrimento vaginal ou peniano (incomuns)

- 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.[34] A vaginose bacteriana não confirma o contato sexual.[34]
- A confirmação de infecção por gonorréia ou clamídia indica o diagnóstico de contato sexual se a transmissão perinatal for excluída.[34]

comportamentos nocivos (incomuns)

- Comportamentos nocivos podem incluir uso indevido de substâncias e pensamentos ou atos de autoagressão ou tentativa de suicídio.[38]

problemas de comportamento sexual em crianças (incomuns)

- Muitos comportamentos sexualizados são normais no desenvolvimento. Exemplos de comportamentos que podem estar associados ao abuso sexual incluem comportamentos sexuais coercivos, persistentemente intrusivos, anormais de desenvolvimento ou abusivos.[32] [33]

queixas médicas crônicas de crianças (incomuns)

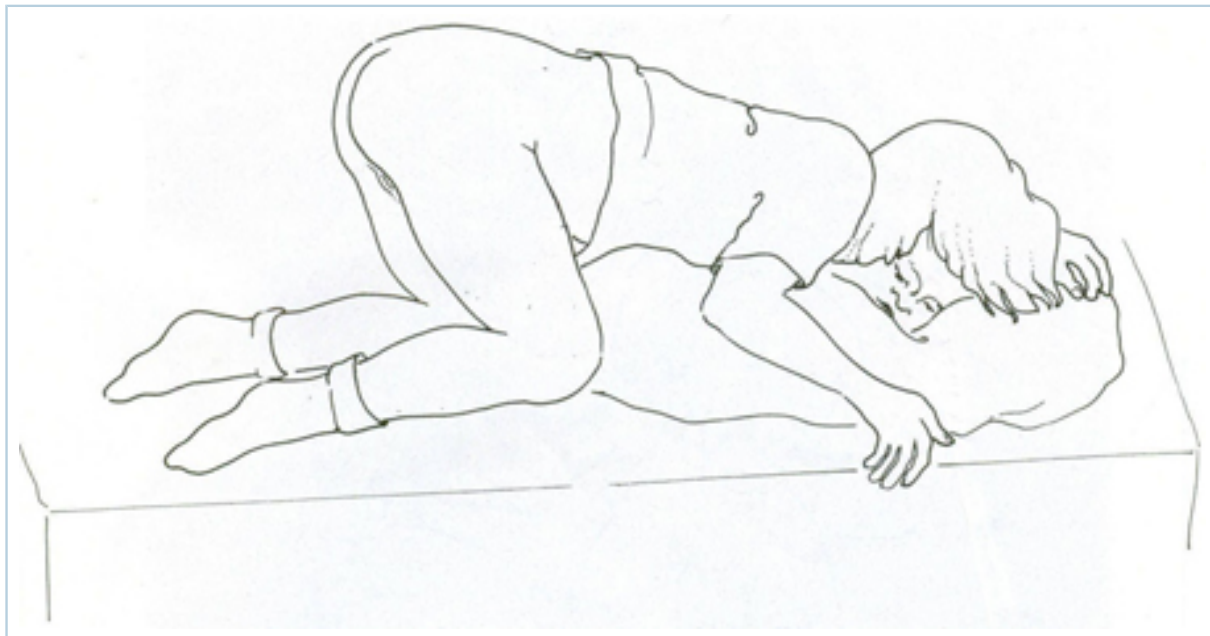
- Podem ser indicativas do estresse psicológico infantil.

queixas geniturinárias frequentes ou persistentes (incomuns)

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

lacerações no hímen (incomuns)

- 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.



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

- 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.

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.^[17]

exposição na infância a violência de parceiro íntimo

- Uma subanálise do estudo original Adverse Childhood Experiences constatou que adultos que foram expostos a violência por parte de parceiro íntimo quando crianças tiveram probabilidade 2.6 vezes maior de sofrer abuso sexual que aqueles não expostos a violência de parceiro íntimo.^{[18] [19]}

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.^{[13] [14]}

pobreza ou falta de moradia

- Pessoas com baixa renda e sem-teto correm maior risco de agressão sexual.^[15]

profissionais do sexo

- Indivíduos que são profissionais do sexo possuem um risco maior de sofrer agressão sexual.[15]

vivendo em instituições ou áreas de conflito

- Pessoas vivendo em instituições ou áreas de conflito possuem um risco maior de sofrer agressão sexual. Uma história de agressão sexual é mais prevalente entre as mulheres encarceradas do que entre a população feminina em geral.[16]

uso de bebidas alcoólicas ou outras drogas

- O uso de álcool ou outras drogas pelo perpetrador ou pela vítima aumenta o risco de agressão sexual.[20] [21] [22]
-

Investigações

Primeiro exame a ser solicitado

Exame	Resultado
espécimes forenses - 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. - Um exame forense deve ser fortemente considerado para qualquer criança, adolescente ou adulto, e realizado o mais rápido possível. O tempo recomendado do exame depende do tipo de amostra e das jurisdições locais; os pediatras devem se familiarizar com a política relevante. A maioria dos protocolos recomenda que as evidências forenses sejam coletadas se menos de 72 horas se passaram desde o ataque, mas alguns chegam a 168 horas.[34] [38] [49]	espécimes podem identificar o agressor
testes para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - Cultura e teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) são recomendados para detecção de infecção geniturinária por <i>N. gonorrhoeae</i> em adultos e adolescentes.[47] Os NAATs são sensíveis e menos invasivos e podem ser realizados em um swab vulvovaginal autocoletado ou em uma amostra de primeira coleta de urina. - Embora as evidências do uso de NAATs em crianças sejam limitadas, eles podem ser usados para testar <i>N. gonorrhoeae</i> em amostras vaginais e de urina em crianças.[47] [48] A confirmação de resultados positivos de NAAT deve ser realizada usando um NAAT diferente.[48] A cultura pode ser usada para testar locais urogenitais e extragenitais para crianças.[47]	positivo para infecção por gonorrhoae
testes para <i>Chlamydia trachomatis</i> - Os testes de amplificação de ácido nucleico (NAATs) para <i>C. trachomatis</i> são os testes mais sensíveis para amostras vaginais, cervicais ou uretrais e são o teste de escolha para adultos, adolescentes e crianças.[47] [48] Os NAATs são os testes mais sensíveis para esses espécimes e podem ser realizados em um swab vulvovaginal autocoletado ou em um espécime de primeira coleta de urina - Um resultado positivo indica o diagnóstico de contato sexual se a transmissão perinatal for excluída.	positivo para infecção por chlamydia
exames sorológicos para sífilis Um resultado positivo indica o diagnóstico de contato sexual se a transmissão perinatal for excluída.	positivo para sífilis
testes sorológicos para hepatite B Para crianças e adolescentes em países com vacinação universal para hepatite B, o teste de anticorpos contra hepatite B geralmente não é necessário. Em países sem vacinação universal, ou se não houver registro de vacinação contra hepatite B, é necessário um teste de anticorpos contra hepatite para determinar a necessidade de imunoglobulina ou vacina contra hepatite B.	HBsAg positivo

Exame	Resultado
sorologia do HIV - 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 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 Um resultado positivo do teste de gravidez de uma mulher adolescente indica contato sexual.	teste de gravidez positivo
exame para tricomonas Um resultado positivo é diagnóstico de contato sexual.	positivo para tricomoniase
cultura anogenital: reação em cadeia da polimerase para vírus do herpes simples Um resultado positivo é indicativo de contato sexual.	positivo para infecções pelo vírus do herpes simples
testes da função hepática 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
creatinina 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 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 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

Outros exames a serem considerados

Exame	Resultado
exame confirmatório para o HIV 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 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 Um resultado positivo confirma a infecção e o diagnóstico de contato sexual se a transmissão perinatal for excluída.	positivo para sífilis
reagina plasmática sérica rápida para sífilis - 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

Diagnósticos diferenciais

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Líquen escleroso	Configuração em formato de ampolheta; condição crônica; hipopigmentação.[53]	- É um diagnóstico clínico feito por um especialista. - Os sintomas são aliviados com o tratamento por corticosteroide.
Prolapso uretral	Uma massa uretral circular com hematúria.[54]	Diagnóstico clínico.
Nevo	Achados persistentes de pápulas marrons ou pretas ou máculas em um segundo exame.	Diagnóstico clínico.
Hemangioma	Achados persistentes de nódulos avermelhados em um segundo exame.	Diagnóstico clínico.
Molusco contagioso	Lesões lisas e umbilicadas.	Diagnóstico clínico.
Vaginite inespecífica	História de uso de produtos potencialmente irritantes (por exemplo, espumas para banho); higiene precária. A irritação vaginal pode causar friabilidade e sangramento.	Diagnóstico clínico.
Corpo estranho vaginal	Pode apresentar corrimento vaginal, vaginite ou sangramento vaginal em crianças escolares e pré-escolares. O papel higiênico é o corpo estranho mais comum.[55]	Diagnóstico clínico.

Crítérios

Achados clínicos do trauma anogenital em crianças[50] [51] [52]

O esquema de classificação proposto por Joyce Adams et al pode ser usado para determinar o significado dos achados físicos.

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:

- 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 incluem:

- 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.

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.

As lesões residuais (em cicatrização) incluem:

- Cicatriz perianal ou cicatriz da forqueta ou fossa posterior.

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

- 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.
- 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.[47]
- Confirmação de infecção por *Trichomonas vaginalis* em uma criança com mais de 1 ano de idade.
- Confirmação de sífilis se transmissão perinatal for excluída.

- 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:

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

Rastreamento

A Organização Mundial da Saúde desaconselha o rastreamento universal para violência de mulheres atendidas em serviços de saúde, mas incentiva os profissionais da saúde a conversar sobre isso com uma mulher que apresenta lesões ou condições que possam estar relacionadas à violência.[56] A US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomenda que os médicos realizem rastreamento de violência de parceiro íntimo nas mulheres em idade fértil e forneçam ou encaminhem as mulheres com resultado positivo para serviços de suporte continuado.[57] A USPSTF identifica vários instrumentos de rastreamento breves e validados que podem ser incorporados à prática: Humiliation, Afraid, Rape, Kick (HARK); Hurt, Insult, Threaten, Scream (HITS); Extended-Hurt, Insult, Threaten, Scream (E-HITS); Partner Violence Screen (PVS); e Woman Abuse Screening Tool (WAST).[57]

Uma abordagem alternativa à identificação e manejo iniciais da violência por parte do parceiro íntimo em adultos é a "educação universal", que difere de uma abordagem mais tradicional ao rastreamento. O foco é fornecer educação e informação sobre a violência do parceiro íntimo, acompanhadas de suporte e encaminhamento aos serviços adequados após a revelação.[58] Um exemplo é o modelo PEARR (Provide Privacy, Educate, Ask, Respect, and Respond).[59] A educação universal e o oferecimento de recursos podem ocorrer em vários cenários médicos diferentes (por exemplo, durante hospitalização para o parto, na atenção primária, em um pronto-socorro ou durante uma consulta com a paciente hospitalizada ou em ambulatório).[58]

Nas crianças, podem ser realizados exames genitais de rotina durante as consultas de puericultura. 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.[60]

Abordagem

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.[31]

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). A terapia psicológica deve ser oferecida.[61] As lesões físicas devem ser tratadas conforme necessário. O tratamento presuntivo das infecções sexualmente transmissíveis depende das circunstâncias. Os protocolos locais devem ser consultados para a denúncia e o tratamento das suspeitas de abuso sexual, profilaxia e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e contracepção de emergência, já que eles podem ser diferentes para cada região.

Agressão sexual aguda: ≤72 horas desde a agressão sexual

Pacientes que relatam agressão sexual com penetração devem receber aconselhamento quanto à profilaxia pós-exposição (PPE) ao HIV. Quando indicado, a PPE deve ser iniciada o mais rápido possível para maximizar a chance de eficácia.[62] [63] Uma consulta com um especialista em doenças infecciosas é recomendada para crianças que estejam recebendo PPE.

Outros tratamentos incluem:

- Profilaxia de IST para crianças: como o risco de uma criança adquirir uma IST é geralmente baixo, a decisão de administrar a profilaxia antibiótica depende do tipo de abuso e de outras circunstâncias, como se houve violência e a prevalência local de IST.[48]
- Profilaxia de IST para adultos: as mulheres devem receber um esquema terapêutico antimicrobiano empírico para clamídia, gonorreia e tricomoníase; os homens devem receber um esquema terapêutico antimicrobiano empírico para clamídia e gonorreia.[47]
- Vacinação contra hepatite B: deve ser considerada em todos os pacientes não vacinados contra o vírus da hepatite B.[47] [48] A vacinação é mais efetiva quando administrada dentro de 24 horas após a exposição. Há evidências limitadas para orientar o intervalo máximo de vacinação após a exposição, mas é improvável que a vacina seja eficaz >14 dias após a exposição sexual.[64] Se o agressor tiver sorologia positiva para antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg), uma dose de imunoglobulina anti-hepatite B deve ser administrada, de preferência em até 24 horas após o contato.[64]
- Vacinação contra o papilomavírus humano: a vacinação deve ser considerada em homens e mulheres com 9 a 26 anos de idade que sejam vítimas de abuso ou agressão sexual e não iniciaram ou concluíram a imunização.[47] 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.[65]
- Contracepção de emergência: a contracepção de emergência deve ser oferecida a mulheres em idade reprodutiva dentro de 120 horas após a agressão sexual.[31]

Agressão sexual não aguda: >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.[31] A PPE não é recomendada se a agressão ocorreu há mais de 72 horas.[47]

Tratamento de ISTs

O tratamento depende do organismo causador. Ver infecção do trato genital por clamídia (abordagem de tratamento) , Infecção por gonorreia (abordagem de tratamento) , Vaginite (abordagem de tratamento) , Verrugas genitais (abordagem de tratamento) , Infecção pelo vírus do herpes simples (abordagem de tratamento) , Infecção por sífilis (abordagem de tratamento) , e Infecção por HIV (abordagem de tratamento) .

Contracepção de emergência

Contracepção de emergência por via oral também deve ser oferecida a mulheres em idade reprodutiva se elas se apresentarem em até 120 horas após a agressão sexual. O tratamento por via oral com a contracepção de emergência deve ser iniciado logo após a relação sexual desprotegida para maximizar a sua eficácia.[66] O levonorgestrel pode ser usado até 72 horas após o contato sexual, enquanto o ulipristal pode ser usado até 120 horas após o contato sexual.[67] Nenhum teste de gravidez é necessário antes que a prescrição para contracepção de emergência seja providenciada.[31] [66][68]

O dispositivo intrauterino (DIU) de cobre é o contraceptivo de emergência mais eficaz e pode ser inserido até 120 horas após a agressão. Ele mantém sua eficácia elevada ao longo da totalidade da janela de 120 horas.[66] O DIU não deve ser considerado uma opção se a paciente estiver grávida. Ver Contracepção .

Um teste de gravidez deve ser realizado se a menstruação estiver 1 semana ou mais atrasada.[38]

Visão geral do algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: [consulte o aviso legal](#)

Aguda (Resumo)	
≤72 horas desde a agressão: pré-adolescente	
1a.	avaliação da segurança e aconselhamento psicológico
adjunta	Profilaxia pós-exposição ao HIV
adjunta	vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B
adjunta	vacina contra o papilomavírus humano
adjunta	Profilaxia ou tratamento de IST
≤72 horas desde a agressão: adolescente ou adulto	
1a.	avaliação da segurança e aconselhamento psicológico
associado a	profilaxia da infecção sexualmente transmissível (IST; clamídia, gonorreia, tricomonas)
adjunta	Profilaxia pós-exposição ao HIV
adjunta	vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B
adjunta	vacina contra o papilomavírus humano
adjunta	contracepção de emergência
adjunta	Tratamento de IST
>72 horas desde a agressão: pré-adolescente	
1a.	avaliação da segurança e aconselhamento psicológico
adjunta	vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B
adjunta	vacina contra o papilomavírus humano
adjunta	Tratamento de IST
>72 horas desde a agressão: adolescente ou adulto	
1a.	avaliação da segurança e aconselhamento psicológico

Aguda		(Resumo)
	adjunta	vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B
	adjunta	vacina contra o papilomavírus humano
	adjunta	contracepção de emergência
	adjunta	Tratamento de IST

Algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: [consulte o aviso legal](#)

Aguda

≤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.[61]

adjunta Profilaxia pós-exposição ao HIV

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A profilaxia pós-exposição (PPE) ao HIV deve ser considerada para todos os pacientes.

» Uma consulta com um especialista em doenças infecciosas é recomendada para crianças que estejam recebendo PPE.

» Ver Profilaxia pós-exposição ao HIV (Abordagem de tratamento) .

adjunta vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Vacinação contra hepatite B: deve ser considerada em todos os pacientes não vacinados contra o vírus da hepatite B.[47] [48]
Consulte os cronogramas de imunização locais para obter orientação sobre doses e datas.

» A vacinação é mais efetiva quando administrada em até 24 horas após a exposição. Há evidências limitadas para orientar o intervalo máximo de vacinação após a exposição, mas é improvável que a vacina seja eficaz >14 dias após a exposição sexual.[64]

» Se o agressor for positivo para HBsAg, a imunoglobulina anti-hepatite B deve ser administrada.[64]

Aguda

adjunta **vacina contra o papilomavírus humano**

Tratamento recomendado para **ALGUNS** pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Deve ser considerada em homens e mulheres com 9 a 26 anos de idade que sejam vítimas de abuso ou agressão sexual e não iniciaram ou concluíram a imunização.[\[47\]](#) Consulte os cronogramas de imunização locais para obter orientação sobre doses e datas.

» 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.[\[65\]](#)

adjunta **Profilaxia ou tratamento de IST**

Tratamento recomendado para **ALGUNS** pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Como o risco de uma criança adquirir uma IST é geralmente baixo, a decisão de administrar a profilaxia antibiótica para clamídia, gonorreia ou trichomonas depende do tipo de abuso e de outras circunstâncias, como se houve violência e a prevalência local da IST.[\[48\]](#) A coleta de amostras deve ser feita antes do tratamento.[\[47\]](#)

» O tratamento da IST depende do organismo causador. Ver infecção do trato genital por clamídia (abordagem de tratamento) , Infecção por gonorreia (abordagem de tratamento) , Vaginite (abordagem de tratamento) , Verrugas genitais (abordagem de tratamento) , Infecção pelo vírus do herpes simples (abordagem de tratamento) , Infecção por sífilis (abordagem de tratamento).

≤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.[\[61\]](#)

Aguda

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

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» As mulheres devem receber um esquema terapêutico antimicrobiano empírico para clamídia, gonorreia e tricomoníase; os homens devem receber um esquema terapêutico antimicrobiano empírico para clamídia e gonorreia.[47] Ver Infecção do trato genital por clamídia , Infecção por gonorreia , e Vaginite .

adjunta Profilaxia pós-exposição ao HIV

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A profilaxia pós-exposição (PPE) ao HIV deve ser considerada para todos os pacientes. Ver Profilaxia pós-exposição ao HIV (Abordagem de tratamento) .

adjunta vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Vacinação contra hepatite B: deve ser considerada em todos os pacientes não vacinados contra o vírus da hepatite B.[47] [48] Consulte os cronogramas de imunização locais para obter orientação sobre doses e datas.

» A vacinação é mais efetiva quando administrada em até 24 horas após a exposição. Há evidências limitadas para orientar o intervalo máximo de vacinação após a exposição, mas é improvável que a vacina seja eficaz >14 dias após a exposição sexual.[64]

» Se o agressor for positivo para HBsAg, a imunoglobulina anti-hepatite B deve ser administrada.[64]

adjunta vacina contra o papilomavírus humano

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Deve ser considerada em homens e mulheres com 9 a 26 anos de idade que sejam vítimas de abuso ou agressão sexual e não iniciaram ou concluíram a imunização.[47] Consulte os cronogramas de imunização locais para obter orientação sobre doses e datas.

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

Aguda

adjunta

o desaparecimento da infecção, a vacina protege contra os tipos de vírus ainda não adquiridos.[65]

contracepção de emergência

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no 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

» As mulheres devem ser avaliadas quanto a uma possível gravidez e receber contracepção de emergência. O tratamento por via oral com a contracepção de emergência deve ser iniciado o mais breve possível para maximizar a sua eficácia.[66] O levonorgestrel pode ser usado até 72 horas após o contato sexual, enquanto o ulipristal pode ser usado até 120 horas após o contato sexual.[67] Nenhum teste de gravidez é necessário antes que a prescrição para contracepção de emergência seja providenciada.[31] [66][68] É improvável que a contracepção oral seja eficaz se tomada após a ovulação.

» O dispositivo intrauterino (DIU) de cobre é o contraceptivo de emergência mais eficaz e pode ser inserido até 120 horas após a agressão. Ele mantém sua eficácia elevada ao longo da totalidade da janela de 120 horas.[66] O DIU não deve ser considerado uma opção se a paciente estiver grávida. Ver Contracepção .

» Um teste de gravidez deve ser realizado se a menstruação estiver 1 semana ou mais atrasada.[38]

adjunta

Tratamento de IST

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» O tratamento depende do organismo causador. Ver infecção do trato genital por clamídia (abordagem de tratamento) , Infecção por gonorreia (abordagem de tratamento) , Vaginite (abordagem de tratamento) , Verrugas genitais (abordagem de tratamento) , Infecção pelo vírus do herpes simples (abordagem de tratamento) , e Infecção por sífilis (abordagem de tratamento).

Aguda

>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.[61]

adjunta vacina contra a hepatite B ± imunoglobulina anti-hepatite B

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Vacinação contra hepatite B: deve ser considerada em todos os pacientes não vacinados contra o vírus da hepatite B.[47] [48]
Consulte os cronogramas de imunização locais para obter orientação sobre doses e datas.

» Há evidências limitadas para orientar o intervalo máximo de vacinação após a exposição, mas é improvável que a vacina seja eficaz >14 dias após a exposição sexual.[64]

» Se o agressor for positivo para HBsAg, a imunoglobulina anti-hepatite B deve ser administrada.[64]

adjunta vacina contra o papilomavírus humano

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Deve ser considerada em homens e mulheres com 9 a 26 anos de idade que sejam vítimas de abuso ou agressão sexual e não iniciaram ou concluíram a imunização.[47] Consulte os cronogramas de imunização locais para obter orientação sobre doses e datas.

» 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.[65]

adjunta Tratamento de IST

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Aguda

» O tratamento depende do organismo causador. Ver infecção do trato genital por clamídia (abordagem de tratamento) , Infecção por gonorreia (abordagem de tratamento) , Vaginite (abordagem de tratamento) , Verrugas genitais (abordagem de tratamento) , Infecção pelo vírus do herpes simples (abordagem de tratamento) , Infecção por sífilis (abordagem de tratamento) , e Infecção por HIV (abordagem de tratamento) .

>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.[61]

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

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Vacinação contra hepatite B: deve ser considerada em todos os pacientes não vacinados contra o vírus da hepatite B.[47] [48]
Consulte os cronogramas de imunização locais para obter orientação sobre doses e datas.

» Há evidências limitadas para orientar o intervalo máximo de vacinação após a exposição, mas é improvável que a vacina seja eficaz >14 dias após a exposição sexual.[64]

» Se o agressor for positivo para HBsAg, a imunoglobulina anti-hepatite B deve ser administrada.[64]

adjunta **vacina contra o papilomavírus humano**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Deve ser considerada em homens e mulheres com 9 a 26 anos de idade que sejam vítimas de abuso ou agressão sexual e não iniciaram ou concluíram a imunização.[47] Consulte os cronogramas de imunização locais para obter orientação sobre doses e datas.

Aguda

adjunta

» 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.[65]

contracepção de emergência

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no 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

» Contracepção de emergência por via oral também deve ser oferecida a mulheres em idade reprodutiva se elas se apresentarem em até 120 horas após a agressão sexual. O tratamento por via oral com a contracepção de emergência deve ser iniciado o mais breve possível para maximizar a sua eficácia.[66] O levonorgestrel pode ser usado até 72 horas após o contato sexual, enquanto o ulipristal pode ser usado até 120 horas após o contato sexual.[67] Nenhum teste de gravidez é necessário antes que a prescrição para contracepção de emergência seja providenciada.[31] [66][68] É improvável que a contracepção oral seja eficaz se tomada após a ovulação.

» O dispositivo intrauterino (DIU) de cobre é o contraceptivo de emergência mais eficaz e pode ser inserido até 120 horas após a agressão. Ele mantém sua eficácia elevada ao longo da totalidade da janela de 120 horas.[66] O DIU não deve ser considerado uma opção se a paciente estiver grávida. Ver Contracepção .

» Um teste de gravidez deve ser realizado se a menstruação estiver 1 semana ou mais atrasada.[38]

adjunta

Tratamento de IST

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» O tratamento depende do organismo causador. Ver infecção do trato genital por clamídia (abordagem de tratamento) , Infecção por gonorreia (abordagem de tratamento) , Vaginite (abordagem de tratamento) , Verrugas genitais (abordagem de tratamento) , Infecção

Aguda

pelo vírus do herpes simples (abordagem de tratamento) , Infecção por sífilis (abordagem de tratamento) , e Infecção por HIV (abordagem de tratamento) .

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.[23] [24] [25] [26] [27]

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 e novas mães.[28] [29] Campanhas de educação para incentivar reportagens e o desenvolvimento de serviços acessíveis e sensíveis para vítimas de agressão sexual capacitam intervenções precoces que previnem morbidade a longo prazo.[28] Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA desenvolveram um programa educacional destinado a reduzir a violência sexual, promovendo normas sociais que protegem contra a violência, ensinando habilidades para prevenir a violência sexual e promovendo a criação de ambientes protetores.[30]

Discussões com os pacientes

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

Monitoramento

Monitoramento

Uma visita de acompanhamento em menos de 1 semana deve ser marcada se o teste foi realizado no exame inicial.[47] Uma segunda avaliação clínica é necessária em 1 a 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. Pacientes que correm o risco de infecção por HIV e sífilis necessitam de vários exames sorológicos administrados de acordo com o seguinte cronograma: 4 a 6 semanas e 3 meses (sífilis) e 6 semanas e 3 meses (HIV).[47]

É importante avaliar a adesão e a tolerância aos medicamentos de pacientes recebendo profilaxia pós-exposição ao HIV em até 3 a 5 dias após o início da administração dos medicamentos. Os medicamentos profiláticos têm efeitos adversos significativos, inclusive a redução da efetividade da contracepção hormonal. Os pacientes que tomam PPE devem ser encaminhados a um especialista em doenças infecciosas para obter orientações sobre os exames de acompanhamento.

Todos os pacientes devem ser cuidadosamente acompanhados por um profissional de saúde mental para a prevenção de possíveis complicações, como depressão e transtorno do estresse pós-traumático.[76] Tratamento psicológico focado em trauma (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental) deve ser oferecido a pessoas sofrendo com o transtorno do estresse pós-traumático.[72] [Evidence B] [Evidence C]

Teste para confirmar a cura é recomendado em 7 a 14 dias após o tratamento de gonorreia faríngea, embora o teste aos 7 dias possa resultar em uma maior probabilidade de resultados falso-positivos.[47] 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.[47]

Complicações

Complicações	Período de ocorrência	Probabilidade
gestação	curto prazo	alta
Muitas vezes, as vítimas do abuso sexual infantil não buscarão cuidados médicos básicos (inclusive os cuidados pré-natais) por vergonha ou sentimento de culpa. 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.[70]		
infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)	curto prazo	baixa
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.		
transtorno do estresse pós-traumático (TEPT)	longo prazo	alta
O abuso sexual está associado a um diagnóstico vitalício de TEPT.[37] Os sintomas do TEPT variam e incluem depressão, comportamentos de autolesão, fracassos escolares ou ocupacionais, queixas somáticas (cefaleias, dores torácicas) e comportamentos sexualizados.[72] Estes sintomas ocorrem com frequência variada.[73]		
Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	longo prazo	baixa
A infecção por HIV pode ser transmitida para a vítima no momento do abuso sexual. Além disso, as vítimas de abuso sexual infantil apresentam um risco maior de adotarem comportamentos arriscados para contrair o HIV.[74] [75]		
hepatite B	longo prazo	baixa
Em algumas áreas, a hepatite B é uma das infecções sexualmente transmissíveis mais comuns. O contato sexual desprotegido coloca a vítima em risco de infecção por hepatite B.		

Prognóstico

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.[37] 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, como o uso indevido de substâncias, lesão autoprovocada e envolvimento em trabalho sexual.[69] Meninas sexualmente abusadas também apresentam um risco elevado de engravidar durante a adolescência.[70]

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.^[71]

Diretrizes diagnósticas

Reino Unido

Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects (<https://fflm.ac.uk/resources/publications>)

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

Última publicação: 2023

FFLM quality standards for clinicians undertaking paediatric sexual offence medicine (<https://fflm.ac.uk/resources/publications>)

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

Última publicação: 2021

BASHH national guideline on the management of sexually transmitted infections and related conditions in children and young people (<https://www.bashh.org/guidelines>)

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação: 2021

The physical signs of child sexual abuse: an evidence-based review and guidance for best practice (<https://www.rcpch.ac.uk/resources/clinical-guidelines>)

Publicado por: Royal College of Paediatrics and Child Health

Última publicação: 2015

Internacional

Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331535>)

Publicado por: World Health Organization

Última publicação: 2020

América do Norte

Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021: sexual assault and STIs (<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/sexual-assault.htm>)

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação: 2021

Sexual assault (<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance>)

Publicado por: American College of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação: 2019

Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused (<https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188%2815%2900030-3/fulltext>)

Publicado por: North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology

Última publicação: 2016

The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected (<https://pediatrics.aappublications.org/content/132/2/e558>)

Publicado por: American Academy of Pediatrics

Última publicação: 2013

Adult manifestations of childhood sexual abuse (<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance>)

Publicado por: American College of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação: 2011 (reaffirmed 2022)

Diretrizes de tratamento

Reino Unido

BASHH national guideline on the management of sexually transmitted infections and related conditions in children and young people (<https://www.bashh.org/guidelines>)

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação: 2021

Post-traumatic stress disorder (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2018

Safeguarding children and young people: roles and competencies for healthcare staff (<https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/publications>)

Publicado por: Royal College of Nursing

Última publicação: 2019

Child abuse and neglect (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng76>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2017

Management of adult patients who attend emergency departments after sexual assault and /or rape (<https://rcem.ac.uk/clinical-guidelines>)

Publicado por: Royal College of Medicine

Última publicação: 2015

Domestic violence and abuse: multi-agency working (<https://www.nice.org.uk/guidance/ph50>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2014

Internacional

Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331535>)

Publicado por: World Health Organization

Última publicação: 2020

Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/136101>)

Publicado por: World Health Organization

Última publicação: 2014

Responding to intimate partner violence and sexual violence against women (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/85240>)

Publicado por: World Health Organization

Última publicação: 2013

América do Norte

Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021 (<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/sexual-assault.htm>)

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação: 2021

Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused (<https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188%2815%2900030-3/fulltext>)

Publicado por: North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology

Última publicação: 2016

Reproductive and sexual coercion (<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance>)

Publicado por: American College of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação: 2013
(reaffirmed 2022)

Intimate partner violence (<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance>)

Publicado por: American College of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação: 2012
(reaffirmed 2022)

Recursos online

1. Canadian Paediatric Society: the medical evaluation of pre-pubertal children with suspected sexual abuse (<https://cps.ca/en/documents/position/the-medical-evaluation-of-pre-pubertal-children-with-suspected-sexual-abuse>) (*external link*)

Tabelas de evidência

Quais são os efeitos do tratamento psicológico voltado para o trauma em crianças e jovens com transtorno do estresse pós-traumático (TEPT)?[72]

 Esta tabela é um sumário da análise reportada em uma diretriz (apoiada por uma revisão sistemática) que se foca na importante questão clínica acima.

Ver a diretriz fonte completa (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>)

Evidência B ^{*} A confiança nas evidências é moderada ou baixa a moderada quando GRADE foi realizado, e a intervenção pode ser mais eficaz/benéfica que a comparação para os desfechos principais.

População: Crianças e jovens (menos de 18 anos) com sintomas de estresse pós-traumático clinicamente importantes (mais de um mês após o evento traumático) ou TEPT clinicamente significativo

Intervenção: Terapia cognitivo-comportamental (TCC) focada no trauma

Comparação: Nenhum tratamento, tratamento usual, lista de espera, meditação ou aconselhamento ^a

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ) [†]	Confiança na evidência (GRADE) [‡]
TCC voltada para o trauma versus meditação para o tratamento inicial (1-3 meses) de sintomas clinicamente importantes/TEPT		
Sintomatologia do TEPT avaliada pelo médico no acompanhamento a 6 meses (alteração na pontuação do índice de reação de estresse pós-traumático infantil)	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Número de indivíduos que preenchem os critérios para o diagnóstico de TEPT a 6 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Descontinuação (média de acompanhamento de 1 mês; número de participantes perdidos ao acompanhamento)	Consultar nota ^b	Moderado
TCC voltada para trauma versus lista de espera, tratamento habitual ou ausência de tratamento para o tratamento tardio (>3 meses) de sintomas clinicamente importantes/TEPT		
Sintomatologia do TEPT autoavaliada no ponto	Intervenção favorável	Muito baixo

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ) [†]	Confiança na evidência (GRADE) [‡]
final de acompanhamento (acompanhamento de 0.4-13 semanas) ^c		
Sintomatologia do TEPT autoavaliada no acompanhamento a 6 meses (alteração de pontuação na escala Screen for Post-Traumatic Stress Symptoms [SPTSS])	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo
Sintomatologia do TEPT autoavaliada no acompanhamento a 12-18 meses (alteração na pontuação da escala de sintomas de TEPT infantil ou rastreamento de sintomas de estresse pós-traumático)	Intervenção favorável	Muito baixo
Sintomatologia do TEPT avaliada pelo médico no ponto final de acompanhamento (acompanhamento de 8-20 semanas) ^d	Intervenção favorável	Baixo
Sintomatologia do TEPT avaliada pelo médico no acompanhamento a 2 anos (alteração na pontuação do TEPT do Roteiro para Transtornos Afetivos e Esquizofrenia para Crianças [K-SADS-E])	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Remissão no acompanhamento a 1-3 meses	Intervenção favorável	Moderado
Remissão no acompanhamento a 12-18 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Moderado
Resposta ao ponto final de acompanhamento (acompanhamento de 10-13	Intervenção favorável	Muito baixo

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ) [†]	Confiança na evidência (GRADE) [‡]
semanas; número de pessoas apresentando melhora clinicamente significativa)		
Descontinuação (média de acompanhamento de 1 mês; perdas de acompanhamento)	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Moderado
TCC voltada para o trauma versus aconselhamento de suporte para o tratamento tardio (>3 meses) dos sintomas clinicamente importantes/TEPT		
Sintomatologia do TEPT autoavaliada ao acompanhamento de 12-17 meses (alteração da pontuação na Trauma Symptom Checklist for Children ou na CPSS)	Intervenção favorável	Baixo
Sintomatologia do TEPT avaliada pelo médico no ponto final de acompanhamento (acompanhamento de 8-14 semanas) ^e	Intervenção favorável	Moderado
Sintomatologia do TEPT avaliada pelo médico no acompanhamento a 6 meses (alteração na pontuação da CAPS)	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Moderado
Sintomatologia do TEPT avaliada pelo médico no acompanhamento a 12 meses (alteração da pontuação na CAPS/CPSS)	Intervenção favorável	Moderado
Remissão no acompanhamento a 12 meses	Intervenção favorável	Moderado
Resposta no acompanhamento a 12 meses (número de pessoas apresentando melhora clinicamente significativa)	Intervenção favorável	Moderado

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ) [†]	Confiança na evidência (GRADE) [‡]
Descontinuação (acompanhamento de 3-15 semanas; perdas de acompanhamento por qualquer motivo)	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Moderado

Recomendações conforme apresentadas na diretriz fonte

A diretriz de 2018 do National Institute of Health and Care Excellence (NICE) sobre transtorno do estresse pós-traumático faz as seguintes recomendações:

- Considere uma intervenção de TCC voltada para o trauma individual para crianças de 5 a 6 anos diagnosticadas com TEPT ou com sintomas clinicamente importantes de TEPT que tiverem se apresentado mais de 1 mês após o evento traumático.
- Considere uma intervenção de TCC individual voltada para o trauma para crianças e jovens de 7 a 17 anos diagnosticadas com TEPT ou com sintomas clinicamente importantes de TEPT que tiverem se apresentado entre 1 e 3 meses após o evento traumático.
- Ofereça uma intervenção de TCC individual voltada para o trauma para crianças e jovens de 7 a 17 anos diagnosticadas com TEPT ou com sintomas clinicamente importantes de TEPT que se tiverem se apresentado mais de 3 meses após o evento traumático.

Nota

Somente os desfechos que o NICE considera essenciais para a tomada de decisão foram incluídos nesta tabela. Além disso, quando a diretriz relatou >1 ponto no tempo, mas com a mesma eficácia, apenas o acompanhamento de maior duração foi incluído nesta tabela. Consulte a diretriz completa para obter mais informações sobre outros desfechos.

^a O NICE também incluiu outras comparações, embora só tenha encontrado mais evidências para o tratamento tardio. Consulte a diretriz completa para obter mais informações.

^b Nenhum evento ocorreu em nenhum grupo.

^c Treze estudos, medido com as alterações nos seguintes escores: Escala de Sintomas de TEPT Infantil (CPSS); Sintomas de Estresse Pós-Traumático Infantil - Índice de Reação (CPTS-RI); Escala de Impacto de Eventos Infantis Revisada (CRIES); Inventário de Resposta Infantil ao Trauma (CRTI); Rastreamento de Sintomas do Estresse Pós-traumático (SPTSS); e índice de reação ao TEPT da UCLA.

^d Sete estudos, medido com as alterações nos seguintes escores: Escala de Sintomas de TEPT Administrada pelo Clínico (CAPS); Roteiro para Transtornos Afetivos e Esquizofrenia para Crianças (K-SADS-E: TEPT); Roteiro de Entrevista de Transtornos de Ansiedade - versão infantil (ADIS-C:TEPT); e inventário de TEPT para crianças (CPTSDI).

^e Três estudos, medido com as alterações nos seguintes escores: K-SADS: TEPT; CPSS; e Sintomas da TEPT administrada pelo médico (CAPS).

Quais são os efeitos do tratamento psicológico voltado para o trauma em adultos com transtorno do estresse pós-traumático (TEPT)?[72]

 Esta tabela é um sumário da análise reportada em uma diretriz (apoiada por uma revisão sistemática) que se foca na importante questão clínica acima.

Ver a diretriz fonte completa (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>)

Evidência C ^{*} A confiança nas evidências é muito baixa ou baixa quando GRADE foi realizado e a intervenção pode ser mais eficaz/benéfica que a comparação para os desfechos principais. No entanto, isso é incerto, e novas evidências podem mudar esse cenário no futuro.

População: Adultos com TEPT
Intervenção: Terapia cognitivo-comportamental (TCC) focada no trauma
Comparação: Nenhum tratamento, tratamento usual, lista de espera ou aconselhamento ^a

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ) [†]	Confiança na evidência (GRADE) [‡]
TCC voltada para o trauma versus lista de espera ou ausência de tratamento para o tratamento precoce (1-3 meses) de sintomas clinicamente importantes/TEPT		
Sintomatologia do TEPT autoavaliada no ponto final de acompanhamento (média de acompanhamento de 4 semanas; alteração da pontuação na Impact of Event Scale [IES])	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Sintomatologia do TEPT autoavaliada no acompanhamento a 10 meses (alteração da pontuação na IES)	Intervenção favorável	Baixo
Sintomatologia do TEPT avaliada pelo médico no acompanhamento a 10 meses (ponto final de avaliação da Escala de TEPT Administrada pelo Clínico [CAPS])	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Moderado
Remissão no acompanhamento a 4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ) [†]	Confiança na evidência (GRADE) [‡]
Resposta autoavaliada no ponto final de acompanhamento (média de acompanhamento de 4 semanas; melhora de pelo menos 50% em relação à avaliação inicial na IES)	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo
Resposta autoavaliada ao acompanhamento de 10 meses (melhora de pelo menos 50% em relação à avaliação inicial na IES)	Intervenção favorável	Baixo
Descontinuação (perda do acompanhamento por qualquer motivo)	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo
TCC voltada para o trauma versus lista de espera para o tratamento tardio (>3 meses) de sintomas clinicamente importantes/TEPT		
Sintomatologia do TEPT autoavaliada no acompanhamento a 3 meses (alteração na pontuação do Questionário de Trauma de Harvard)	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Sintomatologia do TEPT autoavaliada no acompanhamento a 1 ano (alteração na pontuação da IES)	Intervenção favorável	Muito baixo
Sintomatologia do TEPT avaliada pelo médico ao ponto final do acompanhamento (acompanhamento de 2-20 semanas) ^b	Intervenção favorável	Muito baixo
Remissão no acompanhamento a 3-6 meses	Intervenção favorável	Muito baixo
Resposta autoavaliada no acompanhamento a 6 meses (melhora de pelo menos 50%	Intervenção favorável	Baixo

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ) [†]	Confiança na evidência (GRADE) [‡]
na Post-traumatic Diagnostic Scale)		
Resposta avaliada pelo médico (acompanhamento de 2-12 semanas; melhora na CAPS)	Intervenção favorável	Baixo
Descontinuação (perda do acompanhamento por qualquer motivo)	Favorece comparação	Baixo
TCC voltada para o trauma (+/- tratamento usual) versus aconselhamento (+/- tratamento usual) para o tratamento tardio (>3 meses) de sintomas clinicamente importantes/TEPT		
Sintomatologia do TEPT autoavaliada ao ponto final do acompanhamento (acompanhamento de 3-16 semanas) ^c	Intervenção favorável	Muito baixo
Sintomatologia do TEPT autoavaliada no acompanhamento a 2 anos (alteração da pontuação da checklist de TEPT)	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Sintomatologia do TEPT avaliada pelo médico no acompanhamento a 1 ano ^d	Intervenção favorável	Muito baixo
Sintomatologia do TEPT avaliada pelo médico no acompanhamento a 2 anos (alteração na pontuação da CAPS)	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Remissão no acompanhamento a 1 ano	Intervenção favorável	Baixo
Resposta avaliada pelo médico (mediana de acompanhamento de 5 semanas; melhora na Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT [PSS-I])	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ) [†]	Confiança na evidência (GRADE) [‡]
Descontinuação (perda do acompanhamento por qualquer motivo)	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo

Recomendações conforme apresentadas na diretriz fonte

A diretriz de 2018 do National Institute of Health and Care Excellence (NICE) sobre transtorno do estresse pós-traumático faz a seguinte recomendação:

Ofereça uma intervenção de TCC individual voltada para o trauma para adultos diagnosticados com TEPT ou com sintomas clinicamente importantes de TEPT que tenham se apresentado mais de 1 mês após o evento traumático.

Nota

- O comitê de diretrizes observou que nenhuma evidência foi identificada para o grupo da TCC.
- Somente os desfechos que o NICE considera essenciais para a tomada de decisão são relatados nesta tabela. Além disso, quando a diretriz relatou >1 ponto no tempo, mas com a mesma eficácia, apenas o acompanhamento de maior duração foi incluído nesta tabela. Consulte a diretriz completa para obter mais informações sobre outros desfechos.
- O comitê de diretrizes observou os benefícios da TCC voltada para trauma tanto sobre desfechos críticos (sintomatologia de TEPT autoavaliada ou avaliada pelo médico, taxa de remissão e resposta) como sobre desfechos importantes (depressão, ansiedade, sintomas dissociativos, funcionamento geral, comprometimento funcional e dificuldades de relacionamento); muitos desses benefícios foram potencialmente de longo prazo.
- O comitê também observou a abrangência da eficácia clínica da TCC voltada para o trauma, incluindo: variedade de tipos de trauma (incluindo abuso sexual na infância e agressão ou abuso sexual na vida adulta); traumas de incidentes índices múltiplos ou únicos; e em indivíduos com um diagnóstico de TEPT e naqueles sem diagnóstico mas que apresentam sintomas clinicamente importantes.

^a O NICE também incluiu outras comparações, embora só tenha encontrado mais evidências para o tratamento tardio. Consulte a diretriz completa para obter mais informações.

^b Doze estudos, medidos com os seguintes escores de alteração: escala de TEPT administrada pelo médico (CAPS); Questionário de Trauma de Harvard (HTQ); entrevista estruturada para TEPT (SI-PTSD); e entrevista da escala de sintomas de TEPT (PSS-I).

^c Seis estudos, medido com as alterações nos seguintes escores: checklist de TEPT (PCL); escala diagnóstica de TEPT (PDS); e escala de sintomas de TEPT - autorrelatada (PSS-SR).

^d Três estudos, medido com as alterações nos seguintes escores: CAPS; PSS-I; e Entrevista Diagnóstica Internacional Composta-TEPT (CIDI-TEPT).

* Níveis de evidência

O nível de Evidência é uma classificação interna aplicada pelo BMJ Best Practice. Consulte a seção [Kit de ferramentas em MBE \(https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-tables/\)](https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-tables/) para obter detalhes.

Confiança na evidência

A - Alta ou moderada a alta

B - Moderada ou baixa a moderada

C - Muito baixa ou baixa

† Eficácia (classificação do BMJ)

Baseada na significância estatística, a qual demonstra que os resultados têm pouca probabilidade de serem devidos ao acaso, mas a qual não necessariamente se traduz em uma significância clínica.

‡ Classificações de certeza da GRADE

Alto	Os autores estão muito confiantes de que o efeito real seja similar ao efeito estimado.
Moderado	Os autores estão moderadamente confiantes de que o efeito real seja próximo ao efeito estimado.
Baixo	Os autores têm confiança limitada na estimativa do efeito, e o efeito real pode ser substancialmente diferente.
Muito baixo	Os autores têm muito pouca confiança na estimativa do efeito, e o efeito real provavelmente é substancialmente diferente.

Kit de Ferramentas em MBE do BMJ Best Practice: O que é o GRADE? (<https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/>)

Principais artigos

- 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 \(https://pediatrics.aappublications.org/content/132/2/e558.full\)](https://pediatrics.aappublications.org/content/132/2/e558.full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23897912?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23897912?tool=bestpractice.bmj.com)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 777: sexual assault. *Obstet Gynecol*. 2019 Apr;133(4):e296-302. [Texto completo \(https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2019/04000/ACOG_Committee_Opinion_No__777__Sexual_Assault.62.aspx\)](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2019/04000/ACOG_Committee_Opinion_No__777__Sexual_Assault.62.aspx) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30913202?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30913202?tool=bestpractice.bmj.com)
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021 Jul 23;70(4):1-187. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344968\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344968) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34292926?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34292926?tool=bestpractice.bmj.com)
- 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 \(https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188%2815%2900030-3/fulltext\)](https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188%2815%2900030-3/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26220352?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26220352?tool=bestpractice.bmj.com)
- World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Nov 2014 [internet publication]. [Texto completo \(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf\)](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf)

Referências

- World Health Organization. Understanding and addressing violence against women: sexual violence. 2012 [internet publication]. [Texto completo \(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO_RHR_12.37_eng.pdf\)](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO_RHR_12.37_eng.pdf)
- World Health Organization. Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 Mar 1999, WHO, Geneva. 1999 [internet publication]. [Texto completo \(https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900\)](https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900)
- 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 \(https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/491/05/PDF/N0649105.pdf\)](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/491/05/PDF/N0649105.pdf)
- 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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16950983?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16950983?tool=bestpractice.bmj.com)

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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26121291?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26121291?tool=bestpractice.bmj.com)
6. National Society for the Prevention of Cruelty to Children. How safe are our children? 2017 [internet publication]. [Texto completo \(https://learning.nspcc.org.uk/media/1358/how-safe-children-2017-report.pdf\)](https://learning.nspcc.org.uk/media/1358/how-safe-children-2017-report.pdf)
7. Finkelhor D, Dzuiba-Leatherman J. Children as victims of violence: a national survey. *Pediatrics.* 1994 Oct;94(4 Pt 1):413-20. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7936846?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7936846?tool=bestpractice.bmj.com)
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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2057270?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2057270?tool=bestpractice.bmj.com)
9. Finkelhor D. Improving research, policy, and practice to understand child sexual abuse. *JAMA.* 1998 Dec 2;280(21):1864-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9846783?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9846783?tool=bestpractice.bmj.com)
10. Hay T, Jones L. Societal interventions to prevent child abuse and neglect. *Child Welfare.* 1994 Sep-Oct;73(5):379-403. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7924560?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7924560?tool=bestpractice.bmj.com)
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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3186358?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3186358?tool=bestpractice.bmj.com)
12. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: executive summary. Mar 2021 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.who.int/publications/i/item/9789240026681\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789240026681)
13. Mueller-Johnson K, Eisner MP, Obsuth I. Sexual victimization of youth with a physical disability: an examination of prevalence rates, and risk and protective factors. *J Interpers Violence.* 2014 Nov;29(17):3180-206. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24870960?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24870960?tool=bestpractice.bmj.com)
14. Christoffersen MN. Sexual crime against schoolchildren with disabilities: a nationwide prospective birth cohort study. *J Interpers Violence.* 2022 Feb;37(3-4):NP2177-205. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32608304?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32608304?tool=bestpractice.bmj.com)
15. Tyler KA, Whitbeck LB, Hoyt DR, et al. Risk factors for sexual victimization among male and female homeless and runaway youth. *J Interpers Violence.* 2004 May;19(5):503-20. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15104858?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15104858?tool=bestpractice.bmj.com)
16. Malloy LC, Sutherland JE, Cauffman E. Sexual abuse disclosure among incarcerated female adolescents and young adults. *Child Abuse Negl.* 2021 Jun;116(Pt 1):104147. [Texto completo](#)

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7056491>) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31495522?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31495522?tool=bestpractice.bmj.com)

17. Assink M, van der Put CE, Meeuwse MWCM, et al. Risk factors for child sexual abuse victimization: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2019 May;145(5):459-89. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30777768?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30777768?tool=bestpractice.bmj.com)
18. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998 May;14(4):245-58. [Texto completo \(https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/fulltext\)](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9635069?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9635069?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence Vict.* 2002 Feb;17(1):3-17. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11991154?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11991154?tool=bestpractice.bmj.com)
20. 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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19851416?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19851416?tool=bestpractice.bmj.com)
21. Littleton H, Grills-Tauchel A, Axsom D. Impaired and incapacitated rape victims: assault characteristics and post-assault experiences. *Violence Vict.* 2009;24(4):439-57. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19694350?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19694350?tool=bestpractice.bmj.com)
22. 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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18367984?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18367984?tool=bestpractice.bmj.com)
23. Davis MK, Gidycz CA. Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis. *J Clin Child Psychol.* 2000 Jun;29(2):257-65. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10802834?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10802834?tool=bestpractice.bmj.com)
24. Bolan RM. Child sexual abuse: prevention or promotion. *Social Work.* 2003 Apr;48(2):174-85.
25. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bull World Health Organ.* 2009 May;87(5):353-61. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2678770\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2678770) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19551253?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19551253?tool=bestpractice.bmj.com)
26. 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 \(https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004380.pub3/full\)](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004380.pub3/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25876919?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25876919?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Finkelhor D. The prevention of childhood sexual abuse. *Future Child.* 2009 Fall;19(2):169-94. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19719027?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19719027?tool=bestpractice.bmj.com)

28. 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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19650680?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19650680?tool=bestpractice.bmj.com)
29. 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 \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2825025\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2825025) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20048237?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20048237?tool=bestpractice.bmj.com)
30. Centers for Disease Control and Prevention. STOP SV: a technical package to prevent sexual violence. 2016 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/SV-Prevention-Technical-Package.pdf\)](https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/SV-Prevention-Technical-Package.pdf)
31. 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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20206349?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20206349?tool=bestpractice.bmj.com)
32. Kellogg ND; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. Clinical report: the evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*. 2009 Sep;124(3):992-8. [Texto completo \(https://publications.aap.org/pediatrics/article/124/3/992/71844\)](https://publications.aap.org/pediatrics/article/124/3/992/71844) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19720674?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19720674?tool=bestpractice.bmj.com)
33. National Institute for Health and Care Excellence. Child abuse and neglect. Oct 2017 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/ng76\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng76)
34. 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 \(https://pediatrics.aappublications.org/content/132/2/e558.full\)](https://pediatrics.aappublications.org/content/132/2/e558.full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23897912?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23897912?tool=bestpractice.bmj.com)
35. Greenbaum J, Crawford-Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect. Child sex trafficking and commercial sexual exploitation: health care needs of victims. *Pediatrics*. 2015 Mar;135(3):566-74. [Texto completo \(https://publications.aap.org/pediatrics/article/135/3/566/75479\)](https://publications.aap.org/pediatrics/article/135/3/566/75479) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25713283?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25713283?tool=bestpractice.bmj.com)
36. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 777: sexual assault. *Obstet Gynecol*. 2019 Apr;133(4):e296-302. [Texto completo \(https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2019/04000/ACOG_Committee_Opinion_No_777_Sexual_Assault.62.aspx\)](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2019/04000/ACOG_Committee_Opinion_No_777_Sexual_Assault.62.aspx) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30913202?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30913202?tool=bestpractice.bmj.com)
37. 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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20458101?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20458101?tool=bestpractice.bmj.com)

38. World Health Organization. Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. 2020 [internet publication]. [Texto completo \(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331535/9789240001411-eng.pdf\)](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331535/9789240001411-eng.pdf)
39. Marsac ML, Kassam-Adams N, Hildenbrand AK, et al. Implementing a trauma-informed approach in pediatric health care networks. JAMA Pediatr. 2016 Jan;170(1):70-7. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939592\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939592) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26571032?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26571032?tool=bestpractice.bmj.com)
40. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Jul 2014 [internet publication]. [Texto completo \(https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4884.pdf\)](https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4884.pdf)
41. 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 \(https://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/113/1/e67\)](https://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/113/1/e67) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14702498?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14702498?tool=bestpractice.bmj.com)
42. 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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8065856?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8065856?tool=bestpractice.bmj.com)
43. 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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11888807?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11888807?tool=bestpractice.bmj.com)
44. 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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16564196?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16564196?tool=bestpractice.bmj.com)
45. 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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14749638?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14749638?tool=bestpractice.bmj.com)
46. Muram D, Miller K, Cutler A. Sexual assault of the elderly victim. J Interpers Violence. 1992;7(1):70-6.
47. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1-187. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344968\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344968) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34292926?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34292926?tool=bestpractice.bmj.com)
48. British Association of Sexual Health and HIV; Ashby J, Browne R, Dwyer E, et al. BASHH national guideline on the management of sexually transmitted infections and related conditions in children and young people. 2021 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.bashhguidelines.org/media/1268/children-and-yp-2021.pdf\)](https://www.bashhguidelines.org/media/1268/children-and-yp-2021.pdf)
49. Faculty of Forensic and Legal Medicine. Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects. Jan 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://fflm.ac.uk/\)](https://fflm.ac.uk/)

- resources/publications/recommendations-for-the-collection-of-forensic-specimens-from-complainants-and-suspects)
50. 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 \(https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188%2815%2900030-3/fulltext\)](https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188%2815%2900030-3/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26220352?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26220352?tool=bestpractice.bmj.com)
 51. 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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18797265?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18797265?tool=bestpractice.bmj.com)
 52. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, et al. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA*. 2008 Dec 17;300(23):2779-92. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19088355?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19088355?tool=bestpractice.bmj.com)
 53. Fischer GO. Vulval disease in pre-pubertal girls. *Australas J Dermatol*. 2001 Nov;42(4):225-34. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11903151?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11903151?tool=bestpractice.bmj.com)
 54. Brown MR, Cartwright PC, Snow BW. Common office problems in pediatric urology and gynecology. *Pediatr Clin North Am*. 1997 Oct;44(5):1091-115. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9326954?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9326954?tool=bestpractice.bmj.com)
 55. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vaginal foreign bodies. *J Paediatr Child Health*. 2004 Apr;40(4):205-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15009550?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15009550?tool=bestpractice.bmj.com)
 56. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Nov 2014 [internet publication]. [Texto completo \(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf\)](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf)
 57. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, et al. Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: US Preventive Services Task Force final recommendation statement. *JAMA*. 2018 Oct 23;320(16):1678-87. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2708121\)](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2708121) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30357305?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30357305?tool=bestpractice.bmj.com)
 58. Thackeray J, Livingston N, Ragavan MI, et al. Intimate partner violence: role of the pediatrician. *Pediatrics*. 2023 Jul 1;152(1):e2023062509. [Texto completo \(https://publications.aap.org/pediatrics/article/152/1/e2023062509/191564/Intimate-Partner-Violence-Role-of-the-Pediatrician\)](https://publications.aap.org/pediatrics/article/152/1/e2023062509/191564/Intimate-Partner-Violence-Role-of-the-Pediatrician) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37337842?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37337842?tool=bestpractice.bmj.com)
 59. CommonSpirit Health, HEAL Trafficking, Pacific Survivor Center. PEARR tool: trauma-informed approach to victim assistance in health care settings. 2020 [internet publication]. [Texto completo \(https://medicine.uiowa.edu/emergencymedicine/sites/medicine.uiowa.edu/emergencymedicine/files/wysiwyg_uploads/PEARR-Tool-2020.pdf\)](https://medicine.uiowa.edu/emergencymedicine/sites/medicine.uiowa.edu/emergencymedicine/files/wysiwyg_uploads/PEARR-Tool-2020.pdf)

60. International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. Manual for administration: the ISPCAN child abuse screening tool (ICAST). Aug 2015 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.ispcan.org/wp-content/uploads/2019/08/ICAST-Combined-Manuals_V3.pdf\)](https://www.ispcan.org/wp-content/uploads/2019/08/ICAST-Combined-Manuals_V3.pdf)
61. Brown SJ, Carter GJ, Halliwell G, et al. Survivor, family and professional experiences of psychosocial interventions for sexual abuse and violence: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Oct 4;10(10):CD013648. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013648.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013648.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36194890?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36194890?tool=bestpractice.bmj.com)
62. 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. Apr 2016 [internet publication]. [Texto completo \(https://stacks.cdc.gov/view/cdc/38856\)](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/38856)
63. British HIV Association. UK guideline for the use of HIV post-exposure prophylaxis. 2021 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.bhiva.org/file/6183b6aa93a4e/PEP-guidelines.pdf\)](https://www.bhiva.org/file/6183b6aa93a4e/PEP-guidelines.pdf)
64. Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, et al. Prevention of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recomm Rep*. 2018 Jan 12;67(1):1-31. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5837403\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5837403) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29939980?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29939980?tool=bestpractice.bmj.com)
65. 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 \(https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6305a1.htm\)](https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6305a1.htm) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25167164?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25167164?tool=bestpractice.bmj.com)
66. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical guidance: emergency contraception. Dec 2017, amended December 2020 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017\)](https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017)
67. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 152: emergency contraception. *Obstet Gynecol*. 2015 Sep;126(3):e1-11. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26287787?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26287787?tool=bestpractice.bmj.com)
68. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. 2013 [internet publication]. [Texto completo \(https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf\)](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf)
69. Hailes HP, Yu R, Danese A, et al. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2019 Oct;6(10):830-9. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7015702\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7015702) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31519507?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31519507?tool=bestpractice.bmj.com)
70. 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 \(https://www.guttmacher.org/pubs/journals/2920097.html\)](https://www.guttmacher.org/pubs/journals/2920097.html) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9323495?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9323495?tool=bestpractice.bmj.com)

71. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. BMJ. 2007 Jun 2;334(7604):1154-8. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885326\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885326) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17540944?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17540944?tool=bestpractice.bmj.com)
72. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. Dec 2018 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/NG116\)](https://www.nice.org.uk/guidance/NG116)
73. 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. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8426874?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8426874?tool=bestpractice.bmj.com)
74. Lloyd S, Operario D. HIV risk among men who have sex with men who have experienced childhood sexual abuse: systematic review and meta-analysis. AIDS Educ Prev. 2012 Jun;24(3):228-41. [Texto completo \(https://guilfordjournals.com/doi/epdf/10.1521/aeap.2012.24.3.228\)](https://guilfordjournals.com/doi/epdf/10.1521/aeap.2012.24.3.228) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22676462?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22676462?tool=bestpractice.bmj.com)
75. Arriola KR, Loudon T, Doldren MA, et al. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. Child Abuse Negl. 2005 Jun;29(6):725-46. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15979712?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15979712?tool=bestpractice.bmj.com)
76. 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.

Imagens



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

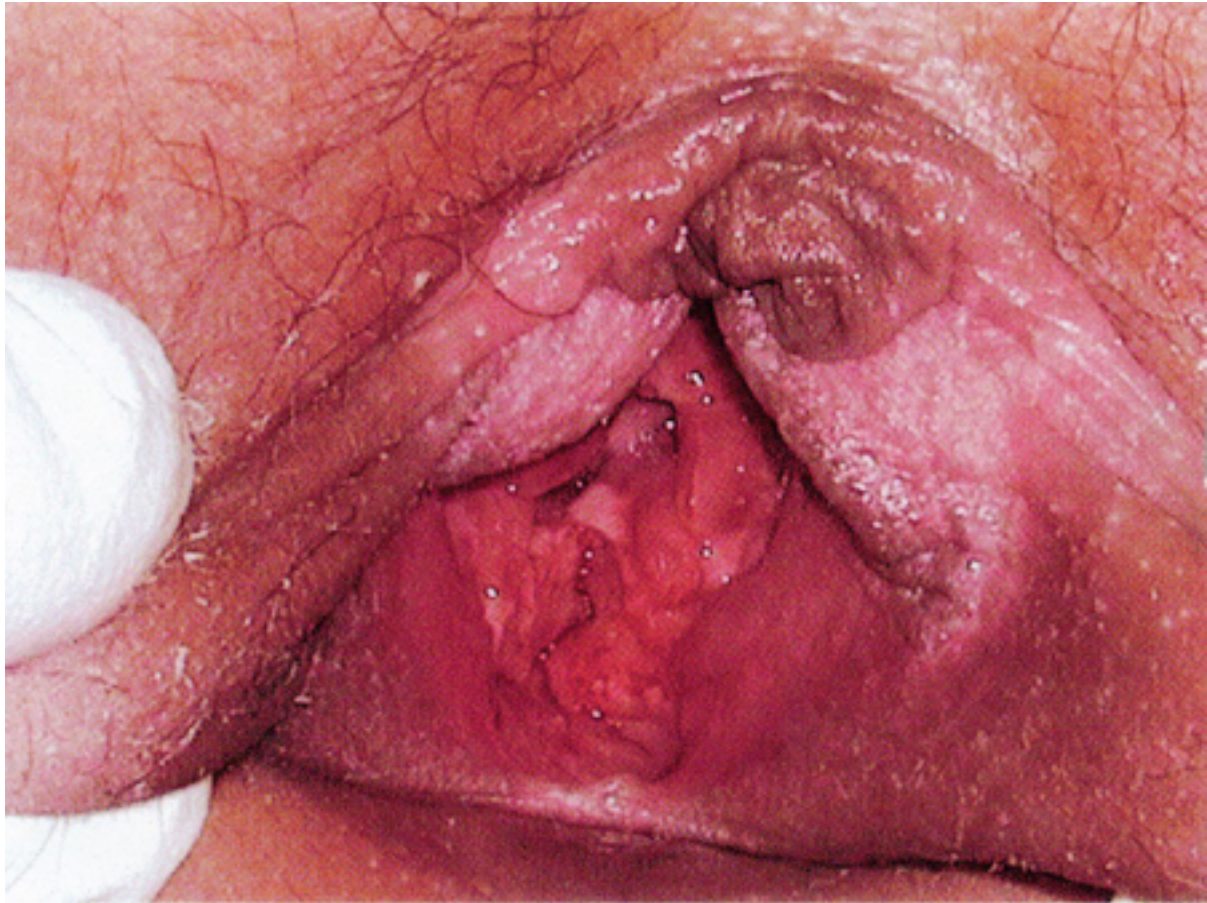


Figura 2: Trauma vaginal agudo em uma vítima de sequestro e estupro de 11 anos de idade

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

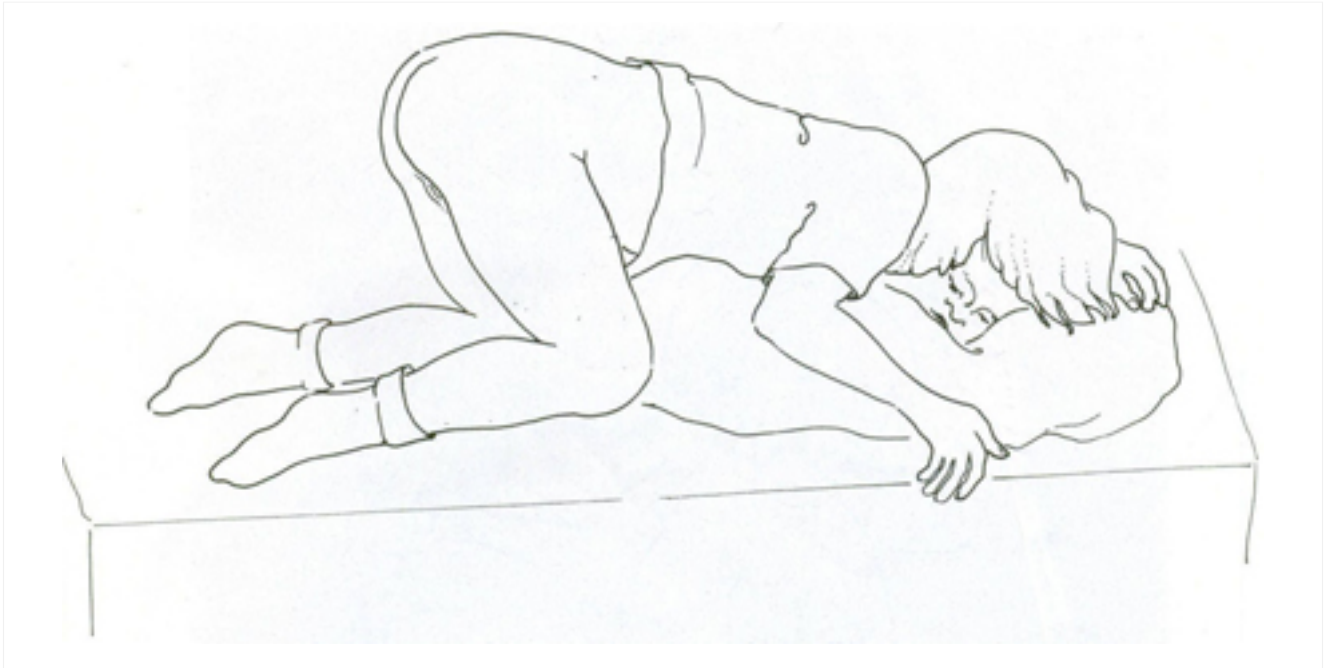


Figura 4: Posição genupeitoral para o exame de meninas pré-púberes

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

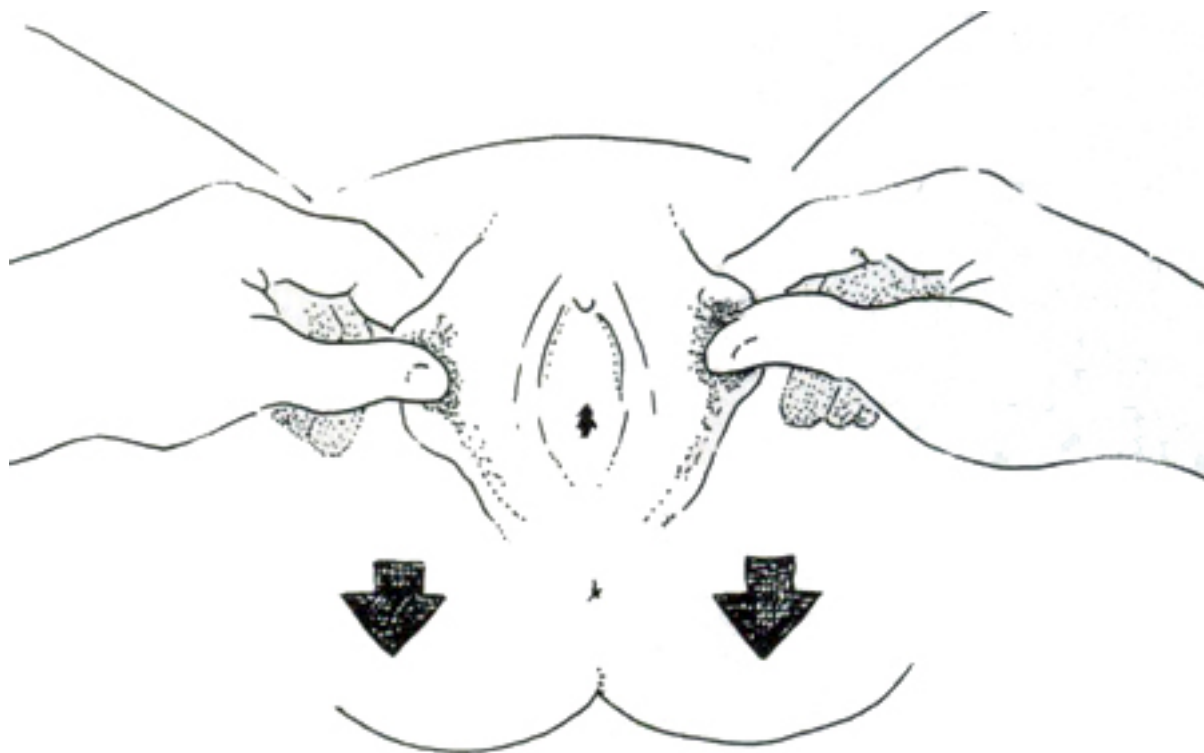


Figura 5: Técnica de tração labial

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

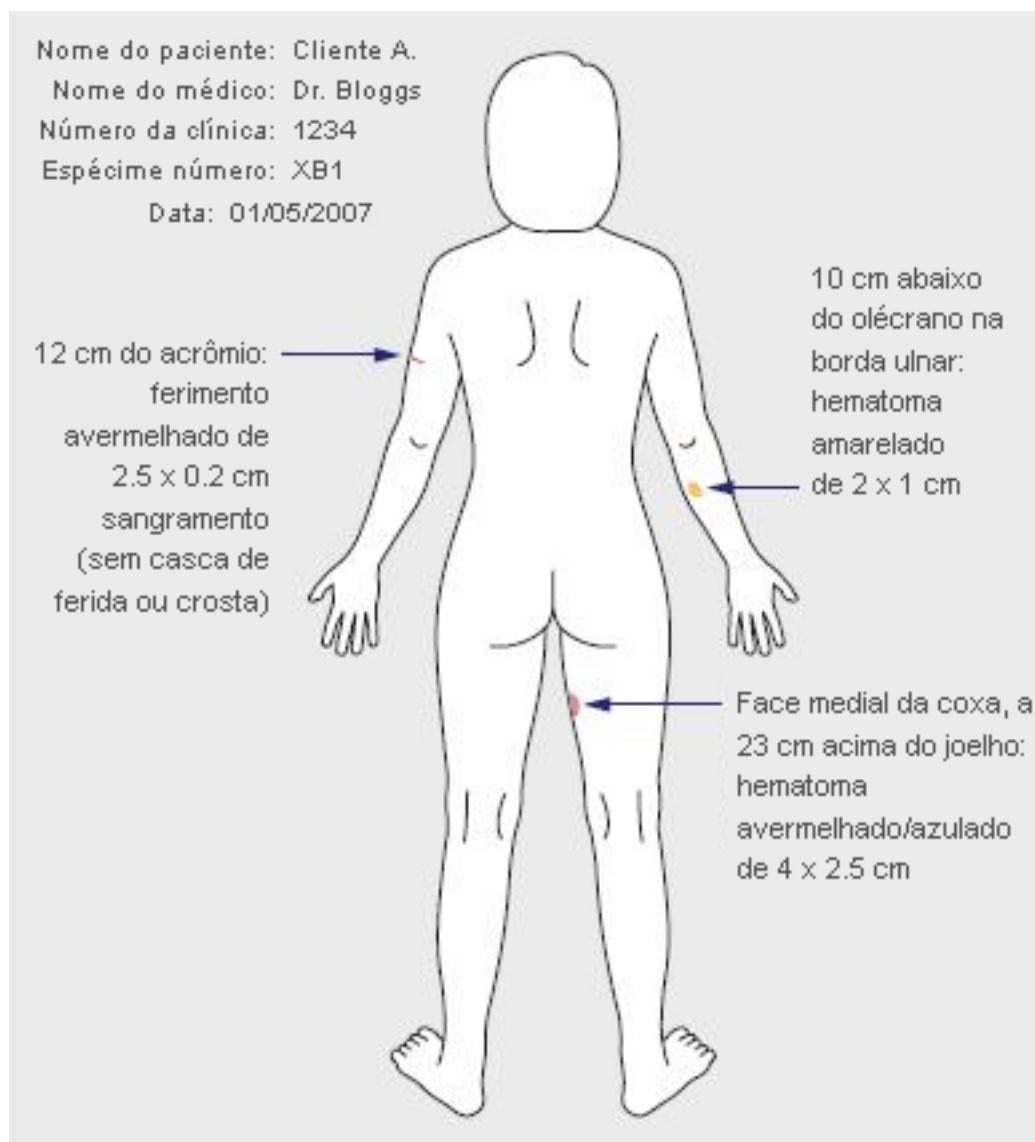


Figura 7: Exemplo do uso de um diagrama corporal para o registro de lesões

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

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: _____

Figura 8: Folheto educacional para pacientes vítimas de agressão sexual

Do acervo pessoal de RG Girardet

Aviso legal

O BMJ Best Practice destina-se a profissionais da área médica licenciados. A BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) não defende nem apoia o uso de qualquer medicamento ou terapia contidos nesta publicação, nem diagnóstica pacientes. Como profissional da área médica, são de sua inteira responsabilidade a assistência e o tratamento dos seus pacientes, e você deve usar seu próprio julgamento clínico e sua experiência ao utilizar este produto.

Este documento não tem a pretensão de cobrir todos os métodos diagnósticos, tratamentos, acompanhamentos, medicamentos e contraindicações ou efeitos colaterais possíveis. Além disso, como os padrões e práticas na medicina mudam à medida que são disponibilizados novos dados, você deve consultar várias fontes. Recomendamos que você verifique de maneira independente os diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos específicos para verificar se são a opção adequada para seu paciente em sua região. Além disso, em relação aos medicamentos que exijam prescrição médica, você deve consultar a bula do produto, que acompanha cada medicamento, para verificar as condições de uso e identificar quaisquer alterações na posologia ou contraindicações, principalmente se o medicamento administrado for novo, usado com pouca frequência ou tiver uma faixa terapêutica estrita. Você deve sempre verificar se os medicamentos referenciados estão licenciados para o uso especificado e às doses especificadas na sua região.

As informações incluídas no BMJ Best Practice são fornecidas "na maneira em que se encontram", sem nenhuma declaração, condição ou garantia de serem precisas ou atualizadas. A BMJ, suas licenciadoras ou licenciadas não assumem nenhuma responsabilidade por nenhum aspecto do tratamento administrado a qualquer paciente com o auxílio dessas informações. Nos limites da lei, a BMJ e suas licenciadoras e licenciadas não deverão incorrer em qualquer responsabilização, incluindo, mas não limitada a, responsabilização por eventuais danos decorrentes do conteúdo. São excluídas todas as condições, garantias e outros termos que possam estar implícitos por lei, incluindo, entre outros, garantias de qualidade satisfatória, adequação a um fim específico, uso de assistência e habilidade razoáveis e não violação de direitos de propriedade.

Caso o BMJ Best Practice tenha sido traduzido a outro idioma diferente do inglês, a BMJ não garante a precisão e a confiabilidade das traduções ou do conteúdo fornecido por terceiros (incluindo, mas não limitado a, regulamentos locais, diretrizes clínicas, terminologia, nomes de medicamentos e dosagens de medicamentos). A BMJ não se responsabiliza por erros e omissões decorrentes das traduções e adaptações ou de outras ações. Quando o BMJ Best Practice apresenta nomes de medicamentos, usa apenas a Denominação Comum Internacional (DCI) recomendada. É possível que alguns formulários de medicamentos possam referir-se ao mesmo medicamento com nomes diferentes.

Observe que as formulações e doses recomendadas podem ser diferentes entre os bancos de dados de medicamentos, nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. Deve-se sempre consultar o formulário de medicamentos local para obter informações completas sobre a prescrição.

As recomendações de tratamento presentes no BMJ Best Practice são específicas para cada grupo de pacientes. Recomenda-se cautela ao selecionar o formulário de medicamento, pois algumas recomendações de tratamento destinam-se apenas a adultos, e os links externos para formulários pediátricos não necessariamente recomendam o uso em crianças (e vice-versa). Sempre verifique se você selecionou o formulário de medicamento correto para o seu paciente.

Quando sua versão do BMJ Best Practice não estiver integrada a um formulário de medicamento local, você deve consultar um banco de dados farmacêutico local para obter informações completas sobre o medicamento, incluindo as contraindicações, interações medicamentosas e dosagens alternativas antes de fazer a prescrição.

Interpretação dos números

Independentemente do idioma do conteúdo, os numerais são exibidos de acordo com o padrão de separador numérico do documento original em inglês. Por exemplo, os números de 4 dígitos não devem incluir vírgula ou ponto; os números de 5 ou mais dígitos devem incluir vírgulas; e os números menores que 1 devem incluir pontos decimais. Consulte a Figura 1 abaixo para ver uma tabela explicativa.

A BMJ não se responsabiliza pela interpretação incorreta de números que estejam em conformidade com o padrão de separador numérico mencionado.

Esta abordagem está alinhada com a orientação do [Bureau Internacional de Pesos e Medidas](#).

Figura 1 – Padrão numérico do BMJ Best Practice

numerais de 5 dígitos: 10,000

numerais de 4 dígitos: 1000

numerais < 1: 0.25

Nosso site completo e os termos e condições de inscrição podem ser encontrados aqui: [Termos e Condições do site](#).

Fale conosco

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

Colaboradores:

// Autores:

Sheela Lahoti, MD

Professor

Division of Child Safety and Integrated Care, Department of Pediatrics, University of Texas Medical School at Houston, Houston, TX

Declarações: SL declares that she has no competing interests.

Rebecca Girardet, MD

Professor

Division of Child Safety and Integrated Care, Department of Pediatrics, University of Texas Medical School at Houston, Houston, TX

Declarações: RG is a Paediatric Co-Leader for the STI chapter for the Royal College of Paediatrics and Child Health 'Purple book'. This is an unpaid advisory position.

Simi Abraham, MD

Assistant Professor

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

Declarações: SA gives expert testimony in cases and delivers educational lectures on this subject.

Michelle Ruda, MD

Assistant Professor

Division of Child Safety and Integrated Care, Department of Pediatrics, University of Texas Medical School at Houston, Houston, TX

Declarações: MR declares that she has no competing interests.

Margaret McNeese, MD

Professor

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

Declarações: MM declares that she has no competing interests.

Ashley Gibson, MD

Assistant Professor

Department of Pediatrics, UT Health Houston, Houston, TX

Declarações: AG is employed by the University of Texas Health Science Center at Houston. She has given expert testimony in cases of child abuse and neglect. She has applied for an institutional grant related to screening for social determinants of health.

// Agradecimentos:

Dr Sheela Lahoti, Dr Rebecca Girardet, Dr Michelle Ruda, Dr Simi Abraham, Dr Margaret McNeese, and Dr Ashley Gibson would like to gratefully acknowledge Dr Zoe O'Connor for her contribution to this topic, and Dr Christopher Greeley, Dr Shaina Goldsmith, and Dr Jan Welch, previous contributors to this topic.

Declarações: CG, SG, and JW declare that they have no competing interests.

Colaboradores:

// Pares revisores:

James Lukefahr, MD

Professor of Pediatrics

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

Declarações: JL declares that he has no competing interests.

Suzanne Starling, MD

Medical Director

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

Declarações: 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

Declarações: 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

Declarações: RG declares that she has no competing interests.