

Secretaria de Saúde do Distrito Federal
Hospital Materno Infantil de Brasília
Programa de Residência Médica em Pediatria
Monografia de Conclusão de Curso

**PROPOSTA DE ROTINA PARA ATENDIMENTO INICIAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Autor: Thaís Mendonça Barbosa
Orientador: Ricardo Azevedo de Menezes

Brasília-DF
2017

Thaís Mendonça Barbosa

**PROPOSTA DE ROTINA PARA ATENDIMENTO INICIAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Monografia apresentada como requisito para a
conclusão de Residência Médica em Pediatria do
Hospital Materno Infantil de Brasília.

Orientador: Ricardo Azevedo de Menezes

Brasília-DF

2017

Monografia apresentada como requisito para conclusão do Programa de Residência Médica em Pediatria da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal pelo Hospital Materno Infantil de Brasília, iniciado em 01 de março de 2016 com término previsto para 28 de fevereiro de 2018. Trabalho entregue em 15 de dezembro de 2017. Monografia apresentada em 16 de janeiro de 2018.

Thaís Mendonça Barbosa - Médica Residente

Dr. Ricardo Azevedo de Menezes - Orientador

Dra. Mariana de Melo Gadelha - Avaliadora

Dra. Maristela Estevão Barbosa - Avaliadora

Dr. Eduardo Hecht - Coordenador do Programa de Residência Médica em Pediatria

Dr. Filipe Lacerda de Vasconcelos – Coordenador da Comissão de Residência Médica (COREME)

Resumo

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um problema complexo de escala global. Admite-se que os números hoje associados a esse crime representem apenas parte dos casos devido à subnotificação. A situação de violência está associada a lesões físicas, transmissão de doenças, risco de gravidez, além de sequelas psicológicas e emocionais com grande impacto na vida da vítima. A abordagem inicial de uma criança ou adolescente vítima de violência deve ser extremamente cuidadosa, tendo em vista a complexidade da situação, devendo envolver anamnese e exame físico cautelosos, coleta de exames, realização de profilaxias, contracepção de emergência quando indicado e notificação do caso, além de garantir o acompanhamento do mesmo. Diante de tal panorama, é de extrema importância que o profissional de saúde esteja preparado para o manejo adequado e para evitar a revitimização durante o atendimento. Este trabalho tem como objetivo propor uma rotina de atendimento inicial de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Abstract

Sexual violence against children and adolescents is a complex problem on a global scale. It is assumed that the numbers now associated to this crime represent only part of the cases due to underreporting. The situation of violence is associated to physical injuries, transmission of diseases, risk of pregnancy, psychological and emotional sequel with impact on the victim's life. The initial approach of a child or adolescent victim of violence should be extremely careful in view of the complexity of the situation, involving careful history and physical examination, collection of tests, prophylaxis, emergency contraception when indicated, and case notification, besides ensuring the follow-up. Faced with such a scenario, it is extremely important the health professional be prepared for the appropriate management to avoid revictimization during care. This study aims to propose a routine of initial care of children and adolescents victims of sexual violence.

CID 10:

T74.2: Abuso Sexual. Z61.4: Problemas relacionados com abuso sexual alegado de uma criança por uma pessoa de dentro de seu grupo. Z61.5: Problemas relacionados com abuso sexual alegado de uma criança por pessoa de fora de seu grupo

Sumário:

1. Introdução -----	5
2. Objetivo -----	6
3. Metodologia -----	7
4. Definição e Aspectos Legais -----	8
5. Aspectos Epidemiológicos -----	11
6. Sinais de Alerta -----	13
7. Atendimento Inicial -----	15
8. Exame Físico -----	19
9. Coleta de Provas Forenses -----	21
10. Solicitação e coleta de exames laboratoriais -----	23
11. Profilaxia Antirretroviral -----	25
12. Profilaxia de Hepatite B -----	30
13. Profilaxia de ISTs não Virais -----	32
14. Profilaxia de Emergência da Gestação -----	34
15. Orientações em caso de gravidez decorrente de violência sexual -----	36
16. Seguimento -----	38
17. Conclusão -----	41
18. Fluxograma de Atendimento -----	43
19. Anexos -----	46
19.1 Anexo 1- Ficha de notificação compulsória -----	46
19.2 Anexo 2 – Listagem PAVs -----	48
20. Bibliografia -----	50

Introdução

A violência sexual infantil é um problema que tem afetado milhares de crianças e adolescentes globalmente¹. A Organização Mundial da Saúde define violência sexual como “qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou tráfico sexual, usando coerção, ameaças de danos ou força física, por qualquer pessoa, independentemente do relacionamento com a vítima, em qualquer configuração, incluindo mas não limitado a casa e trabalho”².

Tal situação tem se tornado tema de grande preocupação e foco de muitas iniciativas legislativas e profissionais, tendo em vista o impacto profundo nos aspectos físicos, psicológicos e sociais das vítimas¹.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que violência sexual atinja cerca de 12 milhões de pessoas no mundo a cada ano³. No Brasil, estes dados permanecem vagos pela escassez de estudos sobre o tema, mas a taxa mínima de incidência estimada é de 7% na população em geral⁴. Entre os residentes no Distrito Federal, foram registrados 2377 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade, entre os anos de 2009 e 2014⁵.

O setor de saúde desempenha papel central na prestação de cuidados iniciais de vítimas de violência sexual, envolvendo identificação de casos, tratamento e prevenção¹. A observação da rotina diária de atendimento dos Hospitais e Unidades de Saúde permite inferir que as equipes, muitas vezes, não conseguem realizar o atendimento a esta demanda adequadamente, ou mesmo, comumente apresentam dúvidas quanto às medidas e encaminhamentos necessários aos casos³. Este panorama justifica a relevância de se estabelecer uma rotina de atendimento inicial para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, tendo em vista a complexidade da situação pois, além de lesões físicas por vezes graves e risco de aquisição de infecções com potencial de cronicidade, pode haver comprometimento emocional importante gerando sequelas devastadoras.

Objetivo

O presente estudo faz parte de um projeto de elaboração de rotinas de diagnóstico e manejo clínico na emergência pediátrica como monografias de conclusão de curso de residência médica em pediatria do Hospital Materno Infantil de Brasília (2016-2018). O projeto tem como objetivo disponibilizar rotinas de temas de relevância prática e de manejo atualizado, todos baseados nas evidências científicas, para o atendimento do paciente pediátrico na emergência do Hospital Materno Infantil de Brasília, no contexto do SUS, incluindo o diagnóstico e tratamento inicial das doenças e agravos mais frequentes.

O Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB atende grande parte da população pediátrica de Brasília, da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e também do centro-oeste no âmbito do SUS. O profissional de saúde que atende pacientes pediátricos na emergência se vê enfrentando múltiplas situações que o obrigam a uma tomada rápida de decisões. A disponibilidade de rotinas institucionais facilmente acessíveis, adaptadas ao contexto facilita o agir oportuno do profissional dentro dos princípios do SUS.

Metodologia

A rotina proposta foi elaborada utilizando os seguintes meios de investigação: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e análise de conteúdo de trabalhos científicos, documentos normativos e legais relacionados à questão principal da pesquisa. Para a busca na literatura foi utilizada a técnica PICO para formulação de perguntas de pesquisa, sendo utilizada a seguinte pergunta “Quais medidas são necessárias para a redução da incidência de ISTs e gestação em crianças e adolescentes vítimas de violência sexual?”, para qual utilizou-se “P”: crianças e adolescentes vítimas de violência sexual; “I”: profilaxia para IST e HIV e contracepção; “C”: não se aplica, e “O”: redução da incidência de IST, redução da incidência de gestação.

A pesquisa bibliográfica foi realizada mediante consulta direta à base de dados do Medline/Pubmed. Os descritores Mesh foram definidos de acordo com o tema proposto, restringindo-se a humanos e estudos de tipo meta-análise, revisão sistemática, ensaio clínico randomizado e guias de prática clínica em crianças e adolescentes, humanos, no período entre 2011 e 2017. Os termos foram então agrupados de forma a abranger o tema, lançando mão dos conectores AND, OR e NOT. O buscador utilizado foi "Child Abuse, Sexual"[Mesh] AND ("Post-Exposure Prophylaxis"[Mesh] OR "HIV Infections/prevention and control"[Mesh] OR hiv prophylaxis OR "Sexually Transmitted Diseases"[Mesh] OR "Hepatitis B"[Mesh] OR "contraception, postcoital"[Mesh])” com o filtro de tempo entre 2011 e 2017, sendo encontrados 106 artigos. Os resultados obtidos foram organizados em planilha do Microsoft Excel®, para facilitar a comparação, classificar as referências por subtema e excluir as duplicatas, como preparação para a etapa de análise de conteúdo propriamente dita e escolha dos artigos a serem utilizados no trabalho.

Em complementação à pesquisa bibliográfica, utilizou-se a ferramenta de busca “Google Scholar” na internet, que resultou na seleção de artigos, documentos normativos e rotinas de grande interesse para a pesquisa. Além disso, foi realizada uma busca de guias de prática clínica nos sites de grupos desenvolvedores e compiladores de guia e busca manual de literatura cinzenta relevante, protocolos estaduais e/ou federais e guias desenvolvidos pelas sociedades brasileiras correspondentes ao tema. Foram ainda contatados especialistas e organizações relevantes para obter informação sobre estudos não publicados.

Definição e Aspectos Legais

A violência sexual é um crime que ocorre indistintamente em várias regiões do mundo⁶. Os termos “abuso sexual”, “estupro”, “violência sexual” e “agressão sexual” são usualmente considerados sinônimos e utilizados de forma interligada. No entanto, estes termos podem ter diferentes significados e implicações dependendo da situação e localidade. Cada país conta com uma definição própria, legislação diferenciada e específica sobre o tema, bem como diferentes penalidades.

A Organização Mundial da Saúde define violência sexual como “qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou tráfico sexual, usando coerção, ameaças de danos ou força física, por qualquer pessoa, independentemente do relacionamento com a vítima, em qualquer configuração, incluindo mas não limitado a casa e trabalho”².

No Brasil, foi recentemente promulgada a lei número 13.431, em 04 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantias de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. O Art. 4º da referida lei define violência sexual:

[...]

III - Violência sexual, entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que compreenda:

- a) abuso sexual, entendido como toda ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, seja conjunção carnal ou outro ato libidinoso, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de terceiros;
- b) exploração sexual comercial, entendida como o uso da criança ou do adolescente em atividade sexual em troca de remuneração ou qualquer outra forma de compensação, de forma independente ou sob patrocínio, apoio ou incentivo de terceiro, seja de modo presencial ou por meio eletrônico;
- c) tráfico de pessoas, entendido como o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento da criança ou do adolescente, dentro do território nacional ou para o estrangeiro, com o fim de exploração sexual, mediante ameaça, uso de força ou outra forma de coação, rapto, fraude, engano, abuso de autoridade, aproveitamento de situação de vulnerabilidade ou entrega ou aceitação de pagamento, entre os casos previstos na legislação⁷.

O Código Penal Brasileiro (CPB) define como estupro, no Art. 213, a conduta de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” prevendo a pena de reclusão de 6 a 10 anos, sendo de 8 a 12 anos caso a vítima seja menor de 18 e maior de 14 anos. Em casos de vítimas menores de 14 anos, há um tipo penal próprio definido como estupro de vulnerável, previsto no Art. 217-A. O referido artigo prevê pena de reclusão de 8 a 15 anos para qualquer pessoa que tenha conjunção carnal ou pratique outro ato libidinoso com menor de 14 anos ou com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental não tenha o necessário discernimento para a prática do ato, ou que por qualquer outra causa não possa oferecer resistência⁸.

O ordenamento jurídico brasileiro apresenta diversas disposições legais e infralegais que versam sobre as diretrizes, condutas e procedimentos a serem tomados em casos de violência sexual em geral e, de forma específica, contra crianças e adolescente. A lei 12.845, promulgada em 2013, prescreve que os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando o controle e o tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social, estabelecendo, ainda, que todos esses serviços devem ser prestados de forma gratuita⁹.

A referida lei prevê, ainda, que o atendimento deve compreender: I) o diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas; II) o amparo médico psicológico e social imediatos; III) a facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas; IV) profilaxia da gravidez; V) profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST; VI) coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia; e VII) fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis⁹.

No âmbito específico da proteção à criança e ao adolescente, a lei 13.431 de 2017 normatiza e organiza o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, cria mecanismos para prevenir e coibir a violência e estabelece medidas de assistência e proteção à criança e ao adolescente em situação de violência. De acordo com o diploma legal, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios desenvolverão políticas integradas e coordenadas que visem a garantir os direitos humanos da criança e do adolescente no âmbito das relações domésticas, familiares e sociais, para resguardá-los de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, abuso, crueldade e opressão⁷.

Conforme previsto no art. 13 da lei supracitada, qualquer pessoa que tenha conhecimento ou presencie ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que constitua violência contra criança ou adolescente tem o dever de comunicar o fato imediatamente ao serviço de recebimento e monitoramento de denúncias, ao conselho tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, cientificarão imediatamente o Ministério Público⁷. No Art. 245, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define como infração administrativa a não comunicação de tais eventos, suspeitos ou confirmados, pelos médicos, professores ou responsáveis pelo estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escolar ou creche à autoridade competente, sujeita à multa de 3 a 20 salários referentes¹⁰.

A rede de atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência deve compreender delegacias especializadas, como a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) no Distrito Federal, serviços de saúde, perícia médico-legal, serviços socioassistenciais, varas especializadas, Ministério Público e Defensoria Pública, entre outros possíveis de integração, e deverão estabelecer parcerias em caso de indisponibilidade de serviços de atendimento⁷. No Distrito Federal, o Centro Integrado 18 de Maio, inaugurado em outubro de 2016, consiste em um equipamento público de atendimento integrado e humanizado a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, visando a proteção integral. Este serviço foi estruturado para atuação conjunta da rede, em um mesmo espaço de atendimento, com objetivo de aproximar a proteção e a responsabilização, evitando a revitimização das crianças e adolescentes nos diversos atendimentos até então ofertados pela rede de proteção existente¹¹.

Por fim, o ECA estabelece que “verificada a hipótese de maus tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum” ou outra medida emergencial para proteção da vítima¹⁰.

Aspectos Epidemiológicos

A violência contra crianças e adolescentes envolve diversos fatores, dentre eles causas socioeconômicas como mal distribuição de renda, pobreza e ineficácia de políticas sociais, além de causas históricas e culturais, onde a criança é vista como objeto de dominação do adulto, com ideia de fraqueza e inferioridade e a falta de fronteira entre as gerações, onde predomina o abuso de poder do mais forte e a cultura de coisificação da criança e do adolescente. Tais fatores aliados a pouca visibilidade e impunidade, tornam a violência contra crianças um fenômeno complexo¹².

Violência sexual é uma causa significativa de danos físicos e psicológicos e sofrimento para mulheres e crianças. Pesquisas indicam que a grande maioria das vítimas de violência sexual é do sexo feminino, a maioria dos agressores são homens e que a maioria das vítimas conhece o agressor². Embora afete mais mulheres e meninas, garotos também estão sujeitos ao abuso sexual¹³. No entanto, homens e garotos são menos propensos a relatar uma situação na qual são vítimas de violência sexual, o que limita a extensão dos dados desse tipo de violência sobre o gênero².

Acredita-se que a violência sexual seja um problema de amplitude crescente, porém de difícil mensuração, pois os dados estatísticos não refletem a realidade, por conta da subnotificação⁶. Outro fator que interfere no levantamento de dados são as variações de definições de abuso sexual infantil, enquanto uns autores consideram o abuso sexual contra menores como qualquer contato ou interação entre uma criança ou adolescente, onde a vítima é usada para estimulação sexual do abusador, outros restringem esta forma de violência às situações em que ocorre contato físico, por exemplo¹⁴. Ao avaliar as estatísticas, deve-se considerar que o abuso infantil está envolto em uma trama de silêncio, tendo em vista que boa parte dos casos não é notificada. A omissão, muitas vezes é uma escolha da família e/ou da vítima, pelo medo das consequências que podem advir da denúncia¹⁴.

O manual de indicadores básicos da Organização Mundial de Saúde de 2002 estima que 20% das mulheres sofreram abuso sexual em algum tempo de sua vida, e que a incidência desse tipo de agressão varia de 13 a 28%⁴. Nos Estados Unidos, há mais de 230 mil vítimas de abuso sexual por ano, sendo que adolescentes do sexo feminino entre 12 e 17 anos de idade representam 1 em cada 5 relatos de agressão sexual. Do total de vítimas de estupro, 50% são menores de 18 anos de idade, sendo que 16% são menores de 12 anos¹⁵. No Brasil, estes dados

permanecem vagos pela escassez de estudos sobre o tema, mas a taxa mínima de incidência estimada é de 7% na população em geral⁴.

Entre os anos de 2009 e 2014, foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET) 2377 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade residentes no Distrito Federal. Deste total, 80% (1918 casos) ocorreu contra meninas. Em relação a faixa etária, predominam as ocorrências entre 10 e 14 anos de idade, correspondendo a 34,8% dos casos, sendo 3,1% ocorreram em menores de 1 ano, 17,1% entre 1 e 4 anos, 25,1% de 5 a 9 anos e 19,7% dos 15 aos 19 anos. Tendo em vista o local de ocorrência da violência, a maioria ocorreu na própria residência da vítima, correspondendo a 58% dos casos⁵.

Uma história de abuso sexual na infância pode gerar efeitos deletérios sobre a saúde física e mental ao longo da vida. O abuso sexual aumenta o risco de desenvolver transtorno de estresse pós traumático, transtorno de ansiedade, depressão, baixa autoestima, fobias sócias, entre outras alterações de comportamento¹⁶. Vítimas de violência sexual podem ainda apresentar maiores índices de hospitalizações por doenças mentais, maior tendência a obesidade, fibromialgia, síndrome do intestino irritável e problemas sexuais, além de maior propensão ao uso de álcool e drogas na vida adulta¹⁶.

Sinais de Alerta

Toda criança ou adolescente quando está em sofrimento, demonstra sinais, mesmo não verbalizando¹⁷. É de extrema importância que profissionais de saúde tenham consciência e saibam reconhecer tais sinais para detecção de casos potenciais, não com o objetivo de criar um perfil de vítima e agressor, mas sim de reconhecer precocemente casos suspeitos. Situações de violência sexual podem acontecer em todas as classes sociais, estando ou não relacionadas a outros fatores (uso de álcool e outras drogas, fatores econômicos, culturais e escolaridade). Os sinais devem ser avaliados caso a caso e sempre considerando o contexto. Uma avaliação isolada e inadequada pode gerar consequências devastadoras.

Algumas crianças podem manifestar uma série de problemas de saúde inespecíficos sem causa aparente, como dores de cabeça, lipotimia, vômitos, distúrbios digestivos, com fundo emocional e/ou psicológico, sendo classificados como enfermidades psicossomáticas¹⁷. Vale ressaltar que este é um diagnóstico de exclusão, devendo ser realizado após investigação clínica e laboratorial quando necessária, levando em consideração o contexto que a criança está inserida.

Alguns indicadores físicos de violência sexual podem estar presentes como coceira genital, corrimentos e odores vaginais, infecções urinárias, além de edema, fissuras ou lesões em região genital podendo até mesmo causar dificuldade de andar ou sentar ou ainda incontinência fecal¹⁷. O diagnóstico de uma infecção sexualmente transmissível (IST) em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual e deve ser notificado e investigado¹⁸.

Alterações de comportamento podem ser as primeiras manifestações em casos de violência. Mudanças súbitas e inexplicáveis, oscilação de humor entre retraído e extrovertido, regressão a comportamentos mais infantilizados, vergonha excessiva, inclusive de mudar de roupa na frente de outras pessoas; isolamento social; fraco controle de impulsos e comportamentos agressivos; ansiedade generalizada, comportamento tenso, insônia, terror noturno, medo de ficar sozinho, entre outras modificações, que muitas vezes são relatadas pelos pais, cuidadores ou professores¹⁷. É importante ressaltar que tais alterações podem ser decorrentes de outras formas de violência, que até mesmo podem estar associadas à violência sexual e de sofrimento psíquico decorrente de outras questões.

Ambientes inseguros (negligência, violência ou repressão) levam o indivíduo a ter um desenvolvimento interpessoal pobre e pouca habilidade para regular emoções, o que pode levar a comportamentos mal adaptados, como a automutilação e experiências traumáticas parecem

contribuir para o surgimento de tal resposta. Um estudo realizado por Favazza e Conterio demonstrou que 62% das mulheres que se automutilavam tinha história de algum abuso sofrido durante a infância, físico e/ou sexual¹⁹. A violência sexual pode ser considerada fator de risco para a automutilação e deve ser suspeitada na presença da mesma¹⁹.

A criança vítima de violência sexual pode ainda manifestar interesse ou conhecimentos súbitos e não usuais sobre questões sexuais, desenvolver brincadeiras sexuais com amigos ou brinquedos, desenhar órgãos genitais com detalhes e características além de sua capacidade etária¹⁷.

Atendimento inicial

A abordagem inicial de uma criança ou adolescente vítima de violência deve ser extremamente cuidadosa, tendo em vista a complexidade da situação pois, além de lesões físicas por vezes graves, há aquelas condições na qual o comprometimento do estado emocional da vítima e/ou dos pais é muito importante e pode produzir sequelas importantes.

O atendimento às vítimas de violência sexual deve ser composto por políticas implementadas tanto no sistema de justiça, como de segurança pública, assistência social, educação e saúde, devendo adotar ações articuladas, coordenadas e efetivas, voltadas ao acolhimento e atendimento integral da vítima⁷.

As ações devem ser dotadas de abrangência e integralidade devendo comportar avaliação e atenção de todas as necessidades da vítima, sendo realizada, preferencialmente, por profissionais com capacitação interdisciplinar continuada e conjunta. Ainda, devem ser estabelecidos mecanismos de informação, referência, contrarreferência e monitoramento, com planejamento coordenado do atendimento e do acompanhamento. O atendimento deve ser priorizado em razão da idade ou de eventual prejuízo ao desenvolvimento psicossocial, sendo garantida a intervenção preventiva e a celeridade no atendimento, com mínima intervenção dos profissionais envolvidos⁷.

O decreto 7.958, de 13 de março de 2013, estabelece uma diretriz para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da rede de atendimento do Sistema único de Saúde (SUS), devendo ser observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade²⁰. O Encaminhamento deve ser realizado de modo claro e objetivo, informando o endereço e horário do atendimento e se possível feito contato prévio por telefone com um profissional do estabelecimento onde será realizado o atendimento.

Durante o atendimento, deve ser disponibilizado um espaço de escuta qualificado para propiciar ambiente de confiança e respeito à vítima, fornecendo a ela e/ou responsável informações prévias que assegurem sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do procedimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitando a sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento.

As vítimas e/ou seus responsáveis devem ser orientados sobre a existência de serviços de referência para atendimento nos casos de violência sexual, devendo ser, inclusive, disponibilizado seu transporte a estes serviços²⁰.

O Art. 4º do Decreto 7.958 de 2013 prevê que o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais da rede do SUS deve compreender os seguintes procedimentos: acolhimento, anamnese e realização de exames clínicos e laboratoriais; preenchimento do prontuário; coleta de vestígios para, assegurada a cadeia de custódia, encaminhamento à perícia oficial, com a cópia do Termo de Consentimento Informado; assistência farmacêutica e de outros insumos e acompanhamento multiprofissional, de acordo com a necessidade; preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências; e orientação à vítima ou ao seu responsável a respeito de seus direitos e sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência sexual²⁰. A recusa infundada do atendimento médico caracteriza, ética e legalmente, imperícia e omissão de socorro, com todas as suas consequências²¹.

O acolhimento representa a primeira etapa do atendimento, sendo fundamental ética, privacidade e sigilo. A vítima de violência sexual deve ser acolhida em ambiente reservado, assim que sinaliza o motivo de busca ao atendimento. Deve-se estar atento se existe a presença de alguma pessoa que possa coibir o relato, seja familiar ou não (muitas crianças podem estar sendo abusadas pelos próprios acompanhantes ou estes estarem sendo coniventes com a situação)²².

A investigação verbal e anamnese devem ser realizadas com bastante cautela, evitando repetidas entrevistas que podem agravar o estado emocional da criança. O profissional deve mostrar-se acolhedor, compreensivo e livre de julgamento moral sobre o exposto. É importante evitar a revitimização do paciente, que seria a repetição da lembrança de atos de violência sofridos quando o relato do trauma necessita ser repetido para vários profissionais; é uma forma comum de violência e que pode acarretar prejuízo também para a justiça, pois a vítima pode alterar os fatos por cansaço ou necessidade de atenção¹².

As informações devem ser registradas de forma fidedigna, evitando-se resumos ou abreviações²¹. O Decreto Presidencial nº 7.958, de 13 de março de 2013, dispõe sobre os registros que devem constar em prontuário: a) data e hora do atendimento; b) história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida; c) exame físico completo, inclusive o exame ginecológico, se for necessário; d) descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica; e) descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame; e f) identificação dos profissionais que atenderam a vítima²⁰. É importante relatar dados como uso de preservativo pelo agressor, tipo de agressão (com contato de fluidos ou não) e meio empregado (para verificação de uso de substância química que impossibilitasse a pessoa de resistir)²². Se a vítima for do sexo feminino, a anamnese clínica toco-ginecológica deve ser

realizada minuciosamente, a fim de averiguar se já houve menarca e se sim, dar ênfase na regularidade do ciclo, data da última menstruação (DUM) e uso de contraceptivo¹⁷. A privacidade do paciente, assim como em outras situações, deve ser sempre preservada, evitando-se expor a situação a outros pacientes^{13,21}.

A notificação de casos de violência sexual é considerada compulsória e imediata (em até 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência) podendo ser realizada por médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação do caso, segundo a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 do Ministério da Saúde²³. Os casos de violências devem ser notificados, registrados e alimentados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET), obedecendo às normas e às rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS²⁴.

A Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências (Anexo 1)²⁵ deve ser preenchida e encaminhada ao o Serviço Social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência (PAV) para sua intervenção e posterior encaminhamento ao Conselho Tutelar e Sistema de Informação da SES/DF¹² ou entregues ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).²⁶ Deve-se ainda comunicar o caso ao Conselho Tutelar de forma mais rápida possível (por telefone, ou pessoalmente, ou com uma via da ficha de notificação)²⁷. Uma cópia deve ser encaminhada junto com a criança/adolescente ao plantão policial do hospital, que a encaminhará à Delegacia de Polícia mais próxima ou à Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente – DPCA. Se possível, a criança/adolescente deve ser acompanhada pelo Técnico de Enfermagem ou Agente de Serviço Social ou outro profissional disponível. A Delegacia de Polícia encaminhará o paciente para o exame pericial no Instituto Médico Legal (IML)²⁷. No Hospital Materno Infantil de Brasília, a ficha de Notificação Compulsória deve ser preenchida em uma via e entregue ao Projeto Violeta, o qual realizará a comunicação ao Conselho Tutelar e encaminhamento à DPCA.

É importante esclarecer a diferença entre notificação, comunicação ao Conselho Tutelar e denúncia. A notificação é o registro de dados que alimenta o sistema de informação, SINAN, para fins de evidências epidemiológicas e de subsídios para a elaboração de políticas públicas. A comunicação é o ato de oficiar o caso ao Conselho Tutelar e às autoridades competentes, devendo ser feita de forma imediata. A comunicação não isenta o serviço de saúde ou o profissional de realizar a notificação nos instrumentos estabelecidos. Já a denúncia é o ato de dar conhecimento de suspeita ou de confirmação de violência a autoridades policiais

ou a outras competentes, a fim de ter início inquérito para averiguação dos fatos relatados. A denúncia pode ser realizada por qualquer cidadão, mesmo sem relação direta com o caso, podendo ser feita de forma sigilosa²⁴.

O Boletim de Ocorrência (BO) é o documento que registra o fato para as autoridades policiais e determina a investigação por meio de inquérito policial. Os pais ou responsáveis tem obrigação legal de registrar o BO²⁴. Após o atendimento médico, o responsável pela criança ou adolescente deverá ser orientado a realizar o BO em uma delegacia, de preferência especializada no atendimento de crianças e adolescentes, como a DPCA²⁸. Se os mesmos forem os suspeitos da violência, o Conselho Tutelar assume a responsabilidade da denúncia. Com a realização do BO, a vítima será encaminhada ao Instituto Médico Legal (IML) para realização do corpo de delito e coleta de material, a qual também pode ser realizada pelo médico no atendimento inicial no serviço de saúde²⁴.

Exame físico

O exame físico deve ser realizado de maneira cuidadosa e abrangente. Todo o corpo da vítima deve ser examinado para a identificação de lesões indicativas de violência física. Embora seja obrigatório, o exame físico não deve se constituir em nova experiência traumática para a criança. Se necessário, o exame deverá ser realizado sob sedação, em centro cirúrgico²⁸. Em adolescentes, os achados do exame físico podem ser sutis. Um exame físico normal não exclui a possibilidade de abuso sexual ou de penetração prévia. A maioria das vítimas dessa modalidade de abuso apresenta exame da região anogenital normal²¹.

Vítimas de violência sexual podem apresentar edema ou lesões em área genital, sem outras doenças que os justifiquem (como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis); sangramento vaginal, rotura himenal²⁷. A gravidade das lesões internas nem sempre está correlacionada às lesões externamente visíveis. Pacientes com pequenas roturas perineais podem apresentar grandes lacerações em fundo de saco vaginal, com conseqüente hemorragia para a cavidade abdominal. Sinais de irritação peritoneal nem sempre são claros em crianças pequenas, sendo por vezes necessária a complementação com exame de imagem²⁸.

Durante a infância, a vagina está posicionada de forma mais horizontalizada que na mulher adulta, o que facilita as lesões de parede vaginal anterior em situações de trauma. A anatomia genital da criança torna mais provável as lesões de trato urinário, pela proximidade da vagina com as estruturas do trato urinário inferior, sendo assim, é imprescindível observar a diurese em casos confirmados ou suspeitos de violência sexual, e o paciente não deve ser liberado até que se tenha descartado a presença de hematúria²⁸.

A avaliação himenal deve ser feita com cautela, tendo importância apenas do ponto de vista médico-legal. Hímen de diâmetro alargado ou de bordas finas não tem significado diagnóstico, já que existem consideráveis anormalidades na população geral²¹. Mesmo para as roturas himenais ou lacerações perineais recentes, deve ser feito o diagnóstico diferencial com traumatismos acidentais²⁸. Dados como sangramento genital, dor e secreções devem sempre ser valorizados²¹.

As lesões da região anal são mais frequentes em pré-adolescentes de ambos os sexos. Após um episódio agudo de abuso, podem ser vistas alterações de tônus do esfíncter anal, abrasões, fissuras, lacerações ou hematomas. Pode haver ainda dilatação ou flacidez do esfíncter anal, sem presença de doença que os justifiquem (como constipação intestinal grave e crônica)²⁷. Alterações laterais à linha média estão mais associadas a traumas, enquanto as

localizadas na própria linha média costumam ser associadas a variações normais. As lesões decorrentes deste tipo de abuso podem levar a processos inflamatórios perianais, doença inflamatória da região retal e infecções bacterianas, mas também podem evoluir sem deixar cicatrizes ou alterações do padrão das pregas anais. Mesmo com repetidas penetrações anais, 50-70% das crianças agredidas terão um exame clínico normal²¹.

O exame geral deve procurar por sinais de violência física, com atenção especial para cabeça e pescoço; procura de lesões como hematomas e mordidas²¹. A cavidade oral deve também ser avaliada com cuidado, podendo ser encontradas ainda lesões de palato ou de dentes anteriores, decorrentes de sexo oral forçado²⁷.

Independente do status do processo de investigação policial, os procedimentos médicos necessários devem ser realizados. As lacerações devem ser suturadas com fio fino absorvível e os sangramentos submetidos à hemostasia rigorosa. O tamponamento de sangramentos vaginais deve ser evitado, pois os tampões vaginais tendem a aumentar de tamanho à medida que acumulam o sangue, e sua retirada pode ser bastante traumática para pessoa submetida à violência sexual²⁸.

Se as lesões forem graves ou se o retorno do paciente para sua moradia puder resultar em risco, deve-se interná-lo, mantendo-o sob a proteção da instituição hospitalar e notificar a Vara da infância e da Juventude. Nesse caso, a alta do paciente ficará condicionada à decisão judicial²⁸.

É importante que as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual sejam reavaliadas e reexaminadas no seguimento, investigando novas lesões ou aparecimento de infecções sexualmente transmissíveis.

Coleta de Provas Forenses

Em casos de abuso sexual, é necessária, para fins judiciais, a coleta de material para provas forenses²⁸. O objetivo principal de um exame forense é coletar evidências que possam ajudar a provar ou refutar uma ligação entre indivíduos (vítima e agressor), objetos ou lugares. Tais evidências podem estar presentes em materiais biológicos encontrados na vítima após o contato sexual, como pelos, sangue, sêmen, fragmentos de pele e outros². A norma técnica do Ministério da Saúde, de 2005, preconiza a coleta de material para identificação forense de possíveis autores do delito. O material deve ser colhido em papel-filtro e guardado sob refrigeração, para eventual uso pela autoridade judicial²⁸. Crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual devem ser encaminhados para a coleta dessas provas imediatamente. A recomendação é que o material seja coletado em até 72h do evento¹⁶.

O ideal é que a vítima seja encaminhada ao Instituto Médico Legal (IML) e o médico perito faça a avaliação e a coleta do material antes de qualquer procedimento²⁸. Aqui vale ressaltar a necessidade de integração dos procedimentos relacionados à assistência médica e jurídica criando-se centros de referência para atendimento às vítimas de abuso sexual, evitando-se assim se a necessidade constrangedora de repetidos relatos da agressão, bem como a submissão do paciente a repetidos exames realizados por profissionais diferentes.

Nos casos em que houver demandas médicas urgentes ou emergenciais, ou se, por qualquer motivo, não houver a possibilidade de realização dos exames periciais diretamente pelo IML, as provas forenses devem ser colhidas nos locais de atendimento²⁸. Em alguns locais, é possível que um perito do IML vá à unidade de saúde fazer o exame. Essas diferentes situações dependem da articulação que foi realizada na rede de saúde e de proteção social para evitar a revitimização das crianças e dos adolescentes no deslocamento para outros serviços²⁴.

A coleta de materiais para provas forenses inclui: esfregaço de secreção vaginal (colher em até 72 horas) ou anal (colher em até 6 horas) em 3 lâminas de vidro (deixar secar em ar ambiente e proteger em embalagem própria para lâminas); coleta de secreção vaginal, oral ou anal por meio de swab ou similar e acondicionar em papel-filtro estéril (deixar secar em ar ambiente por pelo menos 6 horas); e coleta de pelos ou cabelos, se encontrados com bulbo, permitem a identificação do DNA²⁸.

O material coletado, após secar, deve ser guardado em envelope de papel lacrado, com a identificação da criança ou adolescente, e mantido em ambiente climatizado; quando possível, deve ser congelado. Não utilizar sacos plásticos, pelo risco de transpiração e contaminação do

material. Todo o material deve ser arquivado em condições adequadas, para que permaneça à disposição do Poder Judiciário, e o local de guarda deve estar clara e precisamente anotado no prontuário. Vale lembrar que o prontuário pertence ao paciente e está sujeito a sigilo profissional, que só pode ser revelado por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente e/ou responsável²⁸.

Solicitação e coleta de exames laboratoriais

Em casos de violência sexual, é importante verificar o status sorológico da vítima em relação a infecções como HIV e hepatite B para avaliar a realização de profilaxia pós exposição (PEP), além de hepatite C e sífilis²². Nos casos em que o agressor é localizado e devidamente identificado, deverão ser feitos esforços no sentido de viabilizar a realização dos exames, o mais rapidamente possível, uma vez que conhecer as sorologias do mesmo pode evitar o uso desnecessário da quimioprofilaxia para HIV e hepatite B pela vítima¹⁷.

Dentre os exames laboratoriais iniciais, deve-se verificar o status sorológico quanto ao HIV do paciente por meio da realização de um teste rápido (TR) para HIV²⁷. O TR é um dispositivo de teste de uso único, que não depende de infraestrutura laboratorial e que produz resultado em tempo igual ou inferior a 30 minutos. Para o teste ser considerado válido é necessária a presença visual de uma linha ou ponto na região controle do teste. Caso inválido, deve-se repetir o teste. Persistindo o resultado inválido, uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e encaminhada para ser testada laboratorialmente²⁹. Tal medida não deve retardar o início da profilaxia. Se um TR não estiver disponível e a profilaxia estiver indicada, esta deve ser iniciada sem atraso e uma amostra de sangue pode ser colhida para posterior análise laboratorial convencional, podendo a profilaxia ser descontinuada se posteriormente for detectada a infecção pelo HIV³⁰. Devem ser coletados ainda exames laboratoriais para início da profilaxia específica antirretroviral, que servirão de parâmetros no seguimento do paciente. Tais exames são hemograma completo, ureia, creatinina, glicemia, amilase, transaminase glutâmico-oxalacética (TGO) e transaminase glutâmico-pirúvica (TGP)²⁷.

A triagem da infecção pelo vírus da Hepatite B (HBV) deve ser realizada por meio de testes de detecção do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg). Os TR são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou digital, sendo o teste mais indicado em situações de violência pela rapidez e segurança do resultado²⁷. Um Teste Rápido HBV (HBsAg) não reagente demonstra que a pessoa exposta não tem, no momento da testagem, evidências de infecção atual pelo HBV. Quando o TR for reagente, a infecção pelo HBV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e o paciente deve ser encaminhado para a confirmação laboratorial da infecção. A sorologia convencional pode ser solicitada, incluindo o Anti-HBs para averiguação posterior do status de imunidade para hepatite B^{22,27}.

A transmissão de Hepatite C está mais relacionada a via percutânea, no entanto, a transmissão sexual desse vírus é possível, principalmente em se tratando de práticas sexuais traumáticas, presença de doença ulcerativa genital e associada a outras ISTs. Mesmo não existindo medida específica eficaz para a redução do risco de infecção pelo HCV após a exposição, a testagem da pessoa-fonte e da pessoa exposta é recomendada para permitir o diagnóstico precoce de uma possível infecção. A pesquisa por anticorpos contra o vírus (anti-HCV) por meio de TR ou testes convencionais. No entanto, a detecção do anti-HCV isoladamente indica apenas exposição ao HCV, havendo necessidade de detecção da CV-HCV para a definição de um caso de infecção ativa²⁷.

Para a triagem de sífilis, considerando a epidemia no Brasil e a sensibilidades dos testes, recomenda-se a investigação por meio de testes treponêmicos (teste rápido FTA-Abs, Elisa, entre outros). Os TR treponêmicos não necessitam de estrutura laboratorial e são de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou por punção digital, além de soro e plasma. Em casos de violência sexual, a presença de um teste reagente já indica o tratamento, sem que haja necessidade de um segundo teste confirmatório (treponêmico ou não)²⁷.

Para adolescentes em idade fértil é importante documentar a data da última menstruação e realizar um teste de gravidez sensível, sendo urinário ou sanguíneo (BHCG), no momento da primeira avaliação, para avaliar uma possível gravidez antes do evento¹⁵.

É importante que seja realizado no atendimento inicial um exame de sumário de urina (EAS) para investigação de hematúria, tendo em vista a possibilidade de lesão de trato urinário pelo trauma²⁸.

Segue abaixo a lista dos exames a serem realizados no atendimento inicial:

Exames a serem realizados no atendimento inicial	
Hemograma completo	TR HIV
Ureia	TR HBV
Creatinina	Anti HCV
TGO	TR Sífilis
TGP	BHCG
Amilase	EAS
Glicemia	

Profilaxia Antirretroviral

O risco de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) por meio de uma situação de violência sexual aparenta ser baixo (<0.01% a 3%, dependendo do tipo de exposição)³¹. No entanto, o abuso sexual de menores é muitas vezes repetido e/ou violento e a maior fragilidade do epitélio na criança resulta em lesão da mucosa com maior risco de transmissão do vírus³¹.

O novo protocolo clínico do Ministério da Saúde para profilaxia pós-exposição de risco (PEP), publicado em setembro de 2017, orienta a realização de quatro perguntas para a avaliação da necessidade de se realizar a profilaxia após uma exposição, se todas as respostas forem sim, a PEP deve ser realizada. Tais perguntas são: 1) O tipo de material biológico é de risco para a transmissão do HIV? 2) O tipo de exposição é de risco para a transmissão do HIV? 3) O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas? 4) A pessoa exposta é não reagente ao HIV?²⁷.

São considerados materiais biológicos com risco de transmissão do HIV sangue, sêmen, e fluidos vaginais, além de líquidos de serosas (peritoneal, pleural e pericárdico), líquido amniótico, líquor, líquido articular e leite materno. Saliva, suor, fezes e urinas não são considerados de risco, exceto quando misturados ao sangue. Quanto ao tipo de exposição, a violência sexual envolvendo membranas mucosas é considerada de risco para transmissão do HIV²⁷.

As situações de exposição ao HIV constituem atendimento de urgência, devido a necessidade de início precoce da profilaxia para maior eficácia²⁷. Segundo o Ministério da saúde a PEP deve ser iniciada idealmente nas primeiras 2 horas após a exposição²⁹. Não há benefício da profilaxia antirretroviral após 72 horas do evento, não estando indicada nestas situações³⁰. Nestes casos, recomenda-se o acompanhamento sorológico, sendo realizado no momento inicial do atendimento, 30 e 90 dias após o evento²⁷.

A verificação do status sorológico do paciente vítima de violência sexual deve ser realizada no momento do atendimento inicial por meio de teste rápido (TR) para HIV. Se o TR for positivo, deve ser realizado um segundo TR diferente do primeiro, se este também for positivo está firmado o diagnóstico de infecção pelo HIV e a profilaxia não está indicada, deve se então iniciar a terapia antirretroviral e encaminhada para acompanhamento. Em caso de TR negativo ou duvidoso, preenchendo os demais critérios, a profilaxia está indicada e deve ser iniciada imediatamente, respeitando a janela de até 72h do evento. O status sorológico do

agressor não é critério obrigatório para a PEP, não deve atrasar nem condicionar o atendimento da vítima. No entanto, quando possível, o autor de violência pode ser submetido a testagem e estando negativa, a PEP com antirretrovirais não está indicada. Contudo, se a pessoa-fonte tiver história de exposição de risco nos últimos 30 dias, a PEP se mantém indicada devido a possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos de diagnóstico (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica. No caso de utilização de testes de fluido oral, a janela imunológica de 90 dias²⁷.

O esquema profilático preferencial recomendado pelo Ministério da Saúde deve envolver três antirretrovirais sendo dois Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRN) associados a outra classe (ITRNN, IP/r ou INI)²⁷. Os esquemas variam de acordo com a faixa etária, sendo apresentados na tabela abaixo:

Faixa Etária	Esquema Preferencial	Medicações alternativas
0 a 14 dias	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Nevirapina (NVP)	-
14 dias a 2 anos de idade	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	Impossibilidade do uso de LPV/r: NVP
2 aos 12 anos	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL)	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/r
Acima de 12 anos	Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG)	Impossibilidade de TDF: AZT + 3TC + DTG Impossibilidade de DTG: TDF + 3TC + ATV/r Impossibilidade de ATV/r: TDF + 3TC + DRV/r

Ministério da Saúde, 2017²⁷

Em pacientes abaixo dos 2 anos em impossibilidade de uso do LPV/r, como em casos de intolerância gastrointestinal importante, pode se utilizar a Nevirapina (NVP). Após os 2 anos de idade, o uso da NVP é contraindicado pelo risco de reação de hipersensibilidade grave. Para crianças acima de 2 anos, como alternativa ao RAL, pode se utilizar o LPV/r. Esquemas alternativos para adolescentes acima de 12 anos podem envolver AZT + 3TC + DTG ou TDF + 3TC + ATV/r ou ainda TDF + 3TC + DRV/r²⁷. Em casos de adolescentes gestantes vítimas

de violência sexual, o esquema preferencial deve ser composto com Raltegravir a partir da 14ª semana de gestação. Os critérios para indicação de PEP para essa população são os mesmos aplicados a qualquer outra pessoa que tenha sido exposta ao HIV²⁷.

O DTG não está recomendado em pessoas que façam uso de fenitoína, fenobarbital, oxycarbamazepina, carbamazepina, dofetilida e pilsicainida. Nesses casos, o ATV/r é a medicação alternativa. O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina, cabendo especial atenção a pacientes diabéticos²⁷. No caso de uso de inibidores de bomba de prótons (por exemplo, omeprazol), o uso do ATV/r está contraindicado. Já em caso de uso concomitante de antagonista de receptores de H2 (por exemplo, ranitidina, cimetidina), espera-se uma redução da concentração plasmática de ATV/r. Assim, para minimizar esse efeito, o ATV/r e os antagonistas de receptores de H2 devem ser administrados com o maior intervalo possível, preferencialmente 12 horas.

Novos estudos têm proposto o uso da Emtricitabina (FTC) no lugar da Lamivudina. Em comparação com a Lamivudina, a Emtricitabina possui meia vida maior, maior biodisponibilidade oral e uma potência ligeiramente maior in vitro. Estudos indicam que a FTC é eficaz em combinação com outros anti-retrovirais na redução das cargas virais do HIV, tanto em pacientes virgens de tratamento com naqueles que receberam outros tratamentos³². O Guideline de profilaxia antirretroviral dos Estado Unidos publicado em 2016 sugere o uso da Emtricitabina como esquema preferencial para adultos e adolescentes acima de 13 anos de idade com função renal normal, na dose de 200mg uma vez ao dia, associado ao Tenofovir (300mg uma vez ao dia) com Raltegravir (400mg duas vezes ao dia) ou Dolutegravir (50mg uma vez ao dia)³⁰. Até o momento, no Brasil, a Emtricitabina só é disponibilizada pelo SUS para os casos de profilaxia pré-exposição, em dose fixa combinada com o Tenofovir²⁷.

O tempo de duração da profilaxia pós exposição é de 28 dias e é de extrema importância a orientação quanto a necessidade e uso correto das medicações aos responsáveis para maior adesão ao tratamento. Os medicamentos devem ser tomados preferencialmente juntos, sendo que o LPV/r e o ATV (Atazanavir) devem ser ingerido junto com a alimentação³¹. As doses variam conforme faixa etária e/ou peso, conforme apresentadas na tabela a seguir:

Raltegravir (RAL)	Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
<p>Apresentação: comprimidos 100mg e 400mg</p> <p>14kg a <20kg: 100mg 12/12h</p> <p>20kg a <28kg: 150mg 12/12h</p> <p>28 a <40kg: 200mg 12/12h</p> <p>≥40kg: 300mg 12/12h</p>	<p>Solução oral: 80/20mg/mL</p> <p>≥14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m² 12/12h</p> <p>1 mês a 6 meses: 1mL 12/12h</p> <p>6 a 12 meses: 1,5mL 12/12h</p> <p>1 a 3 anos: 2mL 12/12h</p> <p>3 a 6 anos: 2,5mL 12/12h</p> <p>6 a 9 anos: 3mL 12/12h</p> <p>9 a 14 anos: 4mL 12/12h</p> <p>Comprimido: 100mg/25mg e 200mg/50mg</p> <p>10kg a 13,9kg: 2cp de manhã e 1 à noite</p> <p>14 kg a 19,9kg: 2cp de manhã e 2 à noite</p> <p>20 kg a 24,5kg: 3cp de manhã e 2 à noite</p> <p>25 kg a 29,5kg: 3cp de manhã e 3 à noite</p> <p>>35kg: 400mg/100mg de 12/12h</p>
Zidovudina (AZT)	
<p>Solução oral: 10mg/mL, comprimido: 100mg</p> <p>Até 4kg: 4mg/kg/dose 12/12h</p> <p>4kg a 9kg: 12mg/kg 12/12h</p> <p>9kg a 30kg: 9mg/kg 12/12h (dose máxima: 150mg 12/12h)</p> <p>≥30kg: 300mg 12/12h</p>	
Lamivudina (3TC)	Nevirapina (NVP)
<p>Solução oral: 10mg/ml</p> <p>Comprimido: 150mg</p> <p>RN: 2mg/kg 12/12h</p> <p>4mg/kg de 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)</p>	<p>Solução oral: 10mg/ml</p> <p>14 dias a 8 anos: 200mg/m² 1x/dia por 14 dias, depois: 200mg/m² 12/12h</p> <p>Peso de nascimento 1,5 a 2kg: 8mg (0,8mL) /dose 12/12h</p> <p>Peso de nascimento >2kg: 12mg (1,2mL) /dose 12/12h</p>

Ministério da Saúde, 2017²⁷

*Apresentações combinadas: AZT+3TC-300/150mg e TDF+3TC-300/300mg.

A oferta de PEP pode acontecer na rede pública e privada, com dispensação da medicação exclusiva pela rede pública. Cabe à rede privada adequar sua referência pública de dispensação de ARV para que a orientação à pessoa seja efetiva²⁷. Os profissionais das farmácias hospitalares da rede pública do DF têm a orientação de produzirem “kits” com medicação suficiente para, pelo menos sete dias de PEP. O restante da medicação deve ser

prescrita por médico de unidade de referência em HIV/Aids. No Distrito Federal, as crianças em uso de PEP devem ser encaminhadas para o Hospital Dia para atendimento às terças-feiras à tarde. Adolescentes em esquema de PEP semelhante ao do adulto, podem ser encaminhados para qualquer um dos centros de referência em HIV/AIDS do DF.

A profilaxia para o HIV não é totalmente eficaz e tem efeitos secundários que devem ser explicados ao paciente, de acordo com a capacidade de entendimento, e aos cuidadores. Os principais efeitos secundários são mal estar geral, náuseas, vômitos e alterações do trânsito intestinal. Em casos de insegurança quanto a administração das medicações, o paciente deve ser reavaliado 24h após o início da PEP³¹. Se a PEP falhar, podem aparecer sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV durante a realização da profilaxia, ainda dentro dos 28 dias. Os cuidadores devem ser instruídos quanto a estes sinais e sintomas associados a infecção aguda, sendo os principais febre e rash, além de fadiga, cefaleia e linfadenopatia cervical; e orientados a realizar uma reavaliação em caso de aparecimento dos mesmos³⁰. Vale ainda ressaltar a importância do acompanhamento clínico-laboratorial dos pacientes em uso de profilaxia.

O acompanhamento de pacientes em uso da PEP deve ser realizado de forma rigorosa, tendo em vista a toxicidade das medicações. Cerca de 50% apresentam algum efeito adverso a profilaxia, a maioria inespecíficos, como cefaleia, fadiga e efeitos gastrointestinais²⁷. A reavaliação deve ser feita após 2 semanas do início da PEP, sendo recomendada a coleta de exames laboratoriais como hemograma, TGO, TGP, ureia, creatinina, amilase e glicemia. As alterações laboratoriais costumam ser discretas. Em casos de intolerância, deve-se avaliar a troca para um esquema alternativo²⁷. A testagem para o HIV deve ser realizada com 30 e 90 dias após a exposição, mesmo depois de completada a profilaxia de forma adequada por meio do TR ou sorologia convencional^{27,30}.

Profilaxia de Hepatite B

A Hepatite B é uma infecção de transmissão parenteral, sexual e vertical. A relação sexual desprotegida é o principal mecanismo de transmissão desta infecção no país. Os líquidos orgânicos, como sangue, sêmen, secreção vaginal e leite materno podem conter o vírus e representam importantes fontes de infecção²⁷. O risco de transmissão depende do estado sorológico da fonte, tipo de abuso (maior no abuso anal ou traumático repetido), exposição a sangue e estado vacinal da vítima³¹.

Todo paciente com exposição de risco para o HIV deve também ser avaliado para um eventual episódio de infecção aguda pelo vírus da hepatite B e necessidade de profilaxia. Recomenda-se realizar a testagem para hepatite B da pessoa exposta e, quando possível, da fonte^{17,27}. A testagem é realizada por meio do teste rápido para HBV (HBsAg), com resultado em poucos minutos. Um resultado não reagente evidencia que a pessoa não tem, no momento, infecção pelo HBV podendo ou não estar susceptível, dependendo do estado vacinal. Três doses de vacina contra a hepatite B induzem títulos protetores de anticorpos (anti-HBs maior ou igual a 10UI/mL) em mais de 90% dos adultos e dos jovens saudáveis, e em mais de 95% dos lactentes, das crianças e dos adolescentes²⁷.

A imunoprofilaxia contra a hepatite B deve ser considerada nos casos em que haja suspeita ou confirmação de exposição da vítima ao sêmen, sangue ou outros fluídos corpóreos do agressor; levando em consideração o status sorológico e vacinal da vítima²². Pacientes com TR HBV positivo devem ser encaminhados para a confirmação laboratorial da infecção pois a infecção pelo vírus da hepatite B ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento²⁷. Pacientes previamente imunizados contra a hepatite B e com resposta vacinal sorológica antiantígeno HBS (anti-HBsAg) > 10UI/L não requerem profilaxia com gamaglobulina nem vacinação^{17,21}, no entanto este dado raramente é conhecido, apesar de a vacina contra hepatite B constar no calendário vacinal do Programa Nacional de Imunização (PNI)²¹.

O início da profilaxia está indicado nos casos de dúvida, desconhecimento do estado vacinal ou esquema vacinal incompleto e não deve estar condicionada a coleta e análise de exames²². Se a vítima não for vacinada ou estiver com vacinação incompleta contra hepatite B, deve-se vacinar ou completar a vacinação²⁷. A primeira dose da vacina contra hepatite B deve ser administrada na ocasião do atendimento e as doses posteriores realizadas nas unidades de atenção primária à saúde, após análise dos exames de primeira consulta²².

Segundo o novo protocolo do Ministério da Saúde publicado em setembro de 2017, o uso da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e da vacina contra hepatite B é recomendado como profilaxia para pessoas susceptíveis (não imunização, esquema vacinal desconhecido ou incompleto das vítimas), expostas a portadores conhecidos ou potenciais do vírus da hepatite B por violência sexual²⁷. Quando indicada, a IGHAHB deve ser aplicada o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras 48h após a violência, podendo ser utilizada até, no máximo, 14 dias após a exposição^{17,21,27}. Para exposições percutâneas, o benefício é comprovado no máximo até sete dias da exposição²⁷. A dose recomendada da imunoglobulina anti-hepatite B é de 0,06ml/ kg, IM, em dose única²⁸ em extremidade diferente da que recebeu a vacina para HBV, e se a dose da vacina ultrapassar 5mL, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes²⁷. A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para imunobiológicos especiais – Cries^{17,27}.

Profilaxia de ISTs não virais

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são encontradas com alguma frequência em pacientes que sofreram abuso sexual, principalmente quando há história de recorrência²¹. Estudos têm mostrado que as IST são encontradas em 4% a 14% dos adolescentes e adultos que foram vítimas de violência sexual. Em crianças, o risco de IST é pouco estabelecido, entretanto, em um estudo multicêntrico com 485 meninas de 0 a 13 anos de idade avaliadas por violência sexual, 8% (40/485) foram diagnosticadas com alguma IST¹⁵. O risco de infecção depende de diversas variáveis, como tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral), o número de agressores, a ocorrência de traumatismos genitais, idade, recorrência do evento, entre outros^{15,21}. Toda exposição de risco ao HIV também deve ser avaliada como de risco para outras ISTs²⁷. Dentre as principais IST estão sífilis, gonorreia, clamidiose, tricomoníase e cancro mole.

A profilaxia das IST não virais está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e da idade da vítima¹⁸. A maior parte das IST não virais pode ser evitada por meio de medicações de dose única²⁸. A profilaxia não deve ser realizada em casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida – situação comum em violência sexual intrafamiliar – ou quando ocorra uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual^{18,21}. As crianças apresentam maior vulnerabilidade às IST, devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores¹⁸.

A sífilis, causada pelo *Treponema pallidum*, é transmitida por contato sexual e, mais raramente, por transfusões sanguíneas e através da pele lesionada. O risco de transmissão sexual de fonte infectada é de aproximadamente 30% e depende da extensão e localização da doença no abusador³¹. A infecciosidade da sífilis por transmissão sexual ocorre principalmente nos estágios iniciais da doença (sífilis primária e secundária), o que pode ser explicado pela intensa multiplicação do patógeno e pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária e secundária²⁷. A profilaxia para sífilis é realizada com Penicilina G benzatina 50 mil UI/kg, via intramuscular, em dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)^{21,22,27,28,31}.

A gonorreia, causada pela *Neisseria gonorrhoeae*, tem um risco de transmissão sexual de 20% no primeiro contato. Pode ocasionar uretrite e endocervicite com leucorreia mucopurulenta³¹. A profilaxia é realizada com Ceftriaxona via intramuscular em dose única, sendo 125mg para crianças com menos de 45kg e 500mg para aquelas acima de 45kg^{18,27}.

A infecção pela *Chlamydia trachomatis* (Clamidiose), assim como pelo *Haemophilus Ducrey* (Cancro mole) tem como profilaxia a administração de Azitromicina via oral em dose única, sendo 20mg/kg (máximo 1g) para crianças até 45kg e 1g (dois comprimidos de 500mg) para crianças acima de 45kg^{17,18,27}.

O *Trichomonas vaginalis* pode infectar o lúmen e superfícies mucosas do trato urogenital, ocasionando leucorreia amarela-esverdeada espumosa, irritação vulvar e disúria³¹. A profilaxia para tricomoníase deve ser realizada com Metronidazol administrado via oral na dose de 15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g) para crianças até 45kg; e 2g (quatro comprimidos de 500 mg) em dose única para aqueles acima de 45kg^{18,21,27}. A administração profilática do metronidazol pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento. Também deve ser postergada nos casos em que houver prescrição de contracepção de emergência e de profilaxia antirretroviral¹⁸.

A tabela abaixo resume o esquema profilático para IST não virais para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual:

IST	Medicação	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg	Adultos e adolescentes com mais de 45 kg, incluindo gestantes
Sífilis	Penicilina G Benzatina	50 mil UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)	2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), dose única
Gonorreia	Ceftriaxona	125 mg, IM, dose única	500 mg, 1 ampola, IM, dose única
Infecção por Clamídia	Azitromicina	20 mg/kg peso, VO, dose única (dose máxima total 1 g)	500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)
Tricomoníase	Metronidazol	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g)	500 mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total 2g)

TROTMAN, G.E.; ANDERSON, C.Y.; DEYE, K.P.2015¹⁸

Profilaxia de emergência da gestação

O risco de gravidez após uma agressão sexual é reportado como em torno de 5% em mulheres entre 12 e 45 anos de idade¹⁵. Em casos de violência sexual contra adolescentes e mulheres em idade fértil, é importante investigar a data da última menstruação e realizar um teste de gravidez no atendimento inicial. Uma gravidez presente contraindica a anticoncepção de emergência (AE)²⁷.

A anticoncepção de emergência deve ser oferecida a qualquer adolescente com risco de gravidez¹⁵, que tenha sofrido violência sexual com contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontra²². Nos casos de prática de ato libidinoso em que não haja possibilidade de contato de sêmen com a região genital da mulher, a AE poderá ser desnecessária. Porém, em relatos confusos de agressão, rebaixamento de nível de consciência, cognição prejudicada, história de intoxicação exógena no momento da agressão ou dúvidas com relação ao tipo de prática sexual aplicada, deve-se considerar o uso da AE²².

Há duas formas principais de anticoncepção de emergência: a primeira com uso de progestagênios isolados e a segunda com anticonceptivos hormonais orais combinados, conhecida como método de Yuzpe²¹. As pílulas de progestagênios isolados apresentam uma eficácia de 95% quando administradas em até 24h do evento, 85% de 24h a 48h e 66% entre 48h e 72h do evento. Já o método de Yuzpe apresenta uma eficácia de 75% nas primeiras 24h do evento, 66% de 24h a 48h e 50% entre 48h e 72h²¹. O Ministério da Saúde considera o uso de Levonorgestrel (progestagênio isolado) o mais adequado para AE em função de evidentes vantagens sobre o método de Yuzpe, como efeitos colaterais sensivelmente reduzidos, não interação com outros medicamentos e maior efetividade²⁷.

A AE deve ser realizada em até 72h após o episódio de violência^{22,28}, idealmente nas primeiras horas após o ocorrido. Algumas literaturas recomendam o uso em até 5 dias após o abuso^{15,17,21,27,33}. As doses recomendadas estão demonstradas na tabela abaixo:

Primeira escolha:

Levonorgestrel: Apresentação: comprimido de 0,75mg ou de 1,5mg

1ª opção – 1 comprimido de 1,5mg VO ou 2 comprimidos de 0,75mg, dose única,

2ª opção – 1 comprimido de 0,75mg VO de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos,

Segunda Escolha:

Método Yuzpe	
0,05 mg de etinilestradiol + 0,25 mg de levonorgestrel/ comp	2 comp. de 12/12 horas (total de 4 comp) ou 4 comprimidos VO dose única
0,03 mg de etinilestradiol + 0,15 mg de levonorgestrel/ comp	4 comp. de 12/12 horas (total de 8 comp) ou 8 comprimidos em dose única

SCHVARTSMAN, C.; REIS, A.G. FARHAT, S.C.L. 2013²¹.

É importante ressaltar que os inibidores de protease (lopinavir/ritonavir) utilizados na profilaxia antirretroviral possuem interação medicamentosa com estrogênios presente no método Yuzpe, sendo assim a contracepção de emergência deverá ser realizada exclusivamente com progestagênios¹⁷.

O teste de gravidez deve ser repetido com 2 a 3 semanas após a administração da AE¹⁵.

Orientações em caso de gravidez decorrente de violência sexual

O abortamento, do ponto de vista da saúde, é a interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a semana de gestação e com produto da concepção, o aborto, pesando menos que 500 gramas¹⁷. É considerado crime contra a vida humana pelo Código Penal Brasileiro. Porém, ao longo dos anos, a legislação sofreu algumas adequações, sendo o aborto permitido em alguns casos em específico. A lei é favorável ao abortamento no caso de gravidez resultante de estupro, segundo o art. 128 do Código Penal Brasileiro, devendo ser precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal⁸.

A vítima de violência sexual, bem como seus pais ou responsáveis legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação, sobre as possibilidades de atenção e seguimento no serviço de saúde, além dos possíveis riscos provenientes da gestação ou de sua interrupção¹⁷. É direito da vítima ser informada sobre a possibilidade de interrupção legal e assistida da gestação, haja vista que quando realizado de forma insegura, em condições precárias e inadequadas, por profissionais não qualificados, o abortamento apresenta taxas elevadas de mortalidade, com cerca de 13% das mortes relacionadas maternas, e também acarreta condições de morbidade que afetam a saúde reprodutiva da mulher¹⁷.

O abortamento deve ser precedido pelo consentimento da gestante, ou, quando incapaz, de seu representante legal. De acordo com o Art. 3º do Código Civil, são considerados absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: os menores de 16 anos; os maiores de 16 anos que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; e os maiores de 16 anos que não puderem exprimir sua vontade. Sendo nesses casos representados pelos pais ou responsáveis legais. Se a gestante tiver condições de discernimento e puder exprimir sua vontade, deverá assinar o consentimento também, pois se trata de um ato personalíssimo e sua vontade há que ser respeitada e observada também. Se a gestante incapaz estiver em condições de exprimir a sua vontade e não consentir com o abortamento, o ato não deve ser realizado, ainda que seus representantes queiram¹⁷. Se persistir o conflito entre a adolescente e seus responsáveis sobre a interrupção ou não da gravidez decorrente de estupro, a decisão se dará por via judicial. O caso deverá ser encaminhado ao Ministério Público para a medida cabível, que será julgada por juiz cível²⁴.

Os adolescentes entre 16 e 18 anos são considerados relativamente incapazes, e precisam ser assistidos pelos pais na vida civil. Se a gestante for menor que 18 e maior que 16 anos, não poderá sozinha consentir com o abortamento. Os pais deverão dar o seu

consentimento para o ato¹⁷. Em casos de vítimas adolescentes menores de 14 anos é necessária também a comunicação ao Conselho Tutelar e acompanhamento do processo com pedido de agilização deste²⁴.

Os procedimentos médicos para o abortamento independem do registro do Boletim de Ocorrência (BO) ou da realização do corpo de delito para serem realizados²⁴. Porém, são necessárias a autorização por escrito dos representantes legais e da grávida quando for o caso, na presença de duas testemunhas (não podendo ser funcionários do hospital) e a declaração assinada pelos representantes legais responsabilizando-se pela veracidade de suas informações sobre o fato ocorrido¹⁷. Após o procedimento de abortamento, é de extrema importância o acompanhamento clínico e psicológico da adolescente, assim como sua vinculação junto à unidade de Atenção Básica de Saúde, para a continuidade do atendimento integral.

No Distrito Federal há um programa específico para o atendimento de mulheres e adolescentes com gestações decorrentes de violência, o Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL). O Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) é a unidade de referência do programa para o atendimento humanizado à interrupção gestacional prevista em lei. A equipe conta com 3 médicos e 2 psicólogos especializados que seguem a norma técnica instituída pelo Ministério da Saúde para atender os casos³⁴.

Da mesma forma e com a mesma ênfase, as vítimas com gestação decorrente de violência devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantido os cuidados pré-natais adequados para a situação. O abuso sexual constitui fator de risco significativo para a ocorrência de parto pré-termo, sendo o acompanhamento rigoroso da gestação requerido em jovens vítimas de abuso¹⁴. As vítimas devem ainda ser informadas sobre alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de adoção. Optando-se pela adoção, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção¹⁷.

Seguimento

Após um atendimento de um caso de violência sexual, é importante garantir a continuidade do acompanhamento da vítima. O seguimento de saúde deve prosseguir independente das medidas legais adotadas, incluindo seguimento sorológico, social e de saúde mental²⁸.

Tendo em vista possibilidade de infecção, assim como os efeitos colaterais da medicações usadas para profilaxia das mesmas após um evento de violência sexual, é importante que nas consultas de seguimento da vítima, sejam avaliados possíveis sintomas de infecção sexual aguda como lesões genitais, corrimentos, sangramento e dor além da realização do exame físico completo.

Pacientes em uso da PEP para HIV devem ser reavaliados 2 semanas após o início das medicações com o objetivo de identificar possíveis efeitos adversos e reforçar a adesão para que a profilaxia seja cumprida até o final da quarta semana²⁷. Neste momento deve ser realizada a coleta de exames laboratoriais de controle como hemograma, TGO, TGP, ureia, creatinina, amilase e glicemia. As alterações laboratoriais costumam ser discretas. Em casos de intolerância, deve-se avaliar a necessidade de troca para um esquema alternativo. Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia, podendo-se resolver a intolerância com a utilização de medicações sintomáticas²⁷. É importante ainda verificar possíveis sintomas de infecção aguda pelo HIV como febre e rash, além de fadiga, cefaleia e linfadenopatia cervical³⁰, podendo ocorrer geralmente na terceira e quarta semana após a exposição²⁷. A testagem para o HIV deve ser realizada com 30 e 90 dias após a exposição, mesmo depois de completada a profilaxia de forma adequada por meio do TR^{27,30}.

Em relação ao seguimento sorológico, os controles laboratoriais para sífilis devem ser realizados entre 4 e 6 semanas²⁷ e com 3 meses^{12,22}, já para as hepatites B e C a coleta deve ser feita com 3 e 6 meses^{12,17,22} sendo que o Ministério da Saúde, na última atualização de 2017, recomenda o rastreio de hepatite C entre 4 e 6 semanas após a exposição. O diagnóstico precoce da soroconversão possibilita o tratamento na fase aguda da infecção pelo HCV, objetivando assim reduzir a progressão para a doença crônica²⁷. Em situação na qual foi necessária a realização da contracepção de emergência, é importante que o teste de gravidez seja repetido com 2 a 3 semanas após a administração da AE¹⁵.

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um problema devastador, e, além das consequências físicas (lesões, traumas, infecções), pode deixar sequelas psíquicas graves.

Estudos mostram que adultos que sofreram violência sexual na infância apresentam maior incidência de depressão, síndrome do pânico, dificuldades de relacionamentos e ideias suicidas²¹.

A lei 13.431 de 4 de abril de 2017 normatiza e organiza o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítimas de violência. O Art. 5º define tais direitos como:

- I - receber prioridade absoluta e ter considerada a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento;
- II - receber tratamento digno e abrangente;
- III - ter a intimidade e as condições pessoais protegidas quando vítima ou testemunha de violência;
- IV - ser protegido contra qualquer tipo de discriminação, independentemente de classe, sexo, raça, etnia, renda, cultura, nível educacional, idade, religião, nacionalidade, procedência regional, regularidade migratória, deficiência ou qualquer outra condição sua, de seus pais ou de seus representantes legais;
- V - receber informação adequada à sua etapa de desenvolvimento sobre direitos, inclusive sociais, serviços disponíveis, representação jurídica, medidas de proteção, reparação de danos e qualquer procedimento a que seja submetido;
- VI - ser ouvido e expressar seus desejos e opiniões, assim como permanecer em silêncio;
- VII - receber assistência qualificada jurídica e psicossocial especializada, que facilite a sua participação e o resguarde contra comportamento inadequado adotado pelos demais órgãos atuantes no processo;
- VIII - ser resguardado e protegido de sofrimento, com direito a apoio, planejamento de sua participação, prioridade na tramitação do processo, celeridade processual, idoneidade do atendimento e limitação das intervenções;
- IX - ser ouvido em horário que lhe for mais adequado e conveniente, sempre que possível;
- X - ter segurança, com avaliação contínua sobre possibilidades de intimidação, ameaça e outras formas de violência;
- XI - ser assistido por profissional capacitado e conhecer os profissionais que participam dos procedimentos de escuta especializada e depoimento especial;
- XII - ser reparado quando seus direitos forem violados;
- XIII - conviver em família e em comunidade;
- XIV - ter as informações prestadas tratadas confidencialmente, sendo vedada a utilização ou o repasse a terceiro das declarações feitas pela criança e pelo adolescente vítima, salvo para os fins de assistência à saúde e de persecução penal;
- XV - prestar declarações em formato adaptado à criança e ao adolescente com deficiência ou em idioma diverso do português⁷.

Ainda na lei supracitada, em relação a assistência social, o Art. 19 determina que a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal poderão estabelecer, no âmbito do SUS, medidas de elaboração de plano individual e familiar de atendimento que valorizem a participação da criança e adolescente, preservando vínculos familiares; e deverão dar atenção à vulnerabilidade indireta dos demais membros da família decorrente da situação de violência, solicitando, sempre que necessário, aos órgãos competentes, a inclusão da vítima ou testemunha e de suas famílias nas políticas, programas e serviços existentes. Poderão ainda representar ao Ministério Público, nos casos de falta de responsável legal com capacidade protetiva em razão da situação de violência, para colocação da criança ou do adolescente sob os cuidados da família extensa, de família substituta ou de serviço de acolhimento familiar ou, em sua falta, institucional⁷.

O Acompanhamento psicossocial é de fundamental importância em casos de violência contra crianças e adolescentes para tentar minimizar sequelas deixadas pelo evento. A Rede de Saúde do Distrito Federal possui serviços de acompanhamento psicológico e social, como Programa Violeta – no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Programa Margarida – no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência (PAV) – no Hospital Regional de Taguatinga (HRT), COMPP, Adolescento, dentro outros (Lista de PAVs no Anexo 2)^{12,35}.

O atendimento em grupo pode ser uma excelente estratégia para favorecer a expressão de sentimentos, a formação de redes afetivas e de apoio, além de ajudar a desenvolver habilidades e superar a situação de violência. Alguns estudos afirmam que o tratamento das sequelas deixadas pela violência sexual deve envolver tanto intervenções para aumentar as habilidades e competências quanto intervenções para desafiar e organizar pensamentos e sentimentos distorcidos. Durante o processo terapêutico, é importante tentar resgatar o projeto de vida, elaborar em conjunto propostas para o futuro, focalizando na busca de sonhos e realização pessoal¹².

O encaminhamento imediato de crianças e de adolescentes vítimas de abuso ou de exploração sexual para atendimento médico, psicossocial e jurídico é uma forma de prevenção terciária. Tal procedimento pode evitar que esses episódios tenham consequências mais graves ou que continuem a ocorrer²⁴.

Conclusão

A violência sexual infantil é um problema complexo de escala global. Admite-se que os números hoje associados a esse crime representem apenas parte dos casos. A subnotificação existe e deve alertar para a necessidade de maior atenção a situações de vulnerabilidade e violências¹⁴. As crianças e adolescentes que sofrem violência sexual podem apresentar queixas vagas que, à primeira vista, não levam o profissional a suspeitar dessa situação. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde mantenham um alto grau de suspeição²⁷.

A abordagem inicial de uma criança ou adolescente vítima de violência deve ser extremamente cuidadosa, tendo em vista a complexidade da situação pois além de lesões físicas há comprometimento do estado emocional da vítima. O atendimento inicial deve fornecer um cuidado integral, envolvendo anamnese cautelosa e acolhedora de forma a não constranger a vítima²; registro fidedigno das informações em prontuário²¹, além de notificação compulsória e imediata da situação de violência^{23,24}.

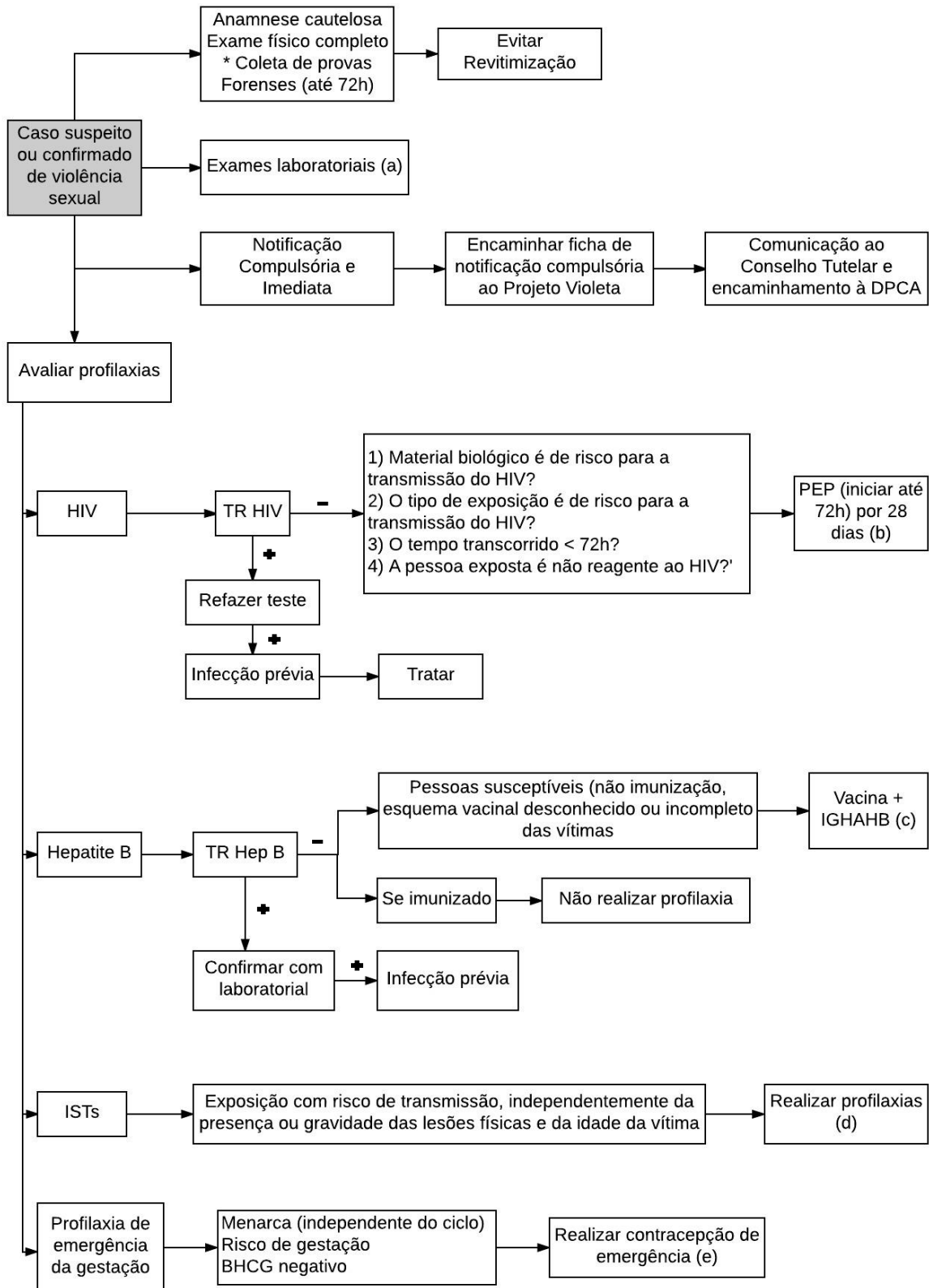
O exame físico deve ser realizado de maneira cuidadosa e abrangente. Todo o corpo da vítima deve ser examinado para a identificação de lesões indicativas de violência física²⁸. As vítimas devem ainda ser encaminhadas para a coleta de provas forenses. A recomendação é que o material seja coletado em até 72h do evento¹⁶. Os exames laboratoriais devem ser coletados no atendimento inicial, porém, não devem atrasar o início das profilaxias.

Crianças e adolescentes vítimas de violência sexual devem receber, conforme indicado, profilaxias antiretroviral, contra hepatite B e contra ISTs não virais no momento do atendimento inicial. É importante que a vítima, caso adequado, e seu responsável sejam orientados sobre a importância do uso das medicações assim como os possíveis efeitos adversos das mesmas. A anticoncepção de emergência deve ser oferecida a qualquer adolescente com risco de gravidez, que tenha sofrido violência sexual²², assim como devem ser oferecidas alternativas legais quanto ao destino da gestação, sobre as possibilidades de atenção e seguimento no serviço de saúde, além dos possíveis riscos provenientes da gestação ou de sua interrupção¹⁷.

Após um atendimento de um caso de violência sexual, é importante garantir a continuidade do acompanhamento da vítima para que sejam avaliadas possibilidades de infecção aguda, adesão às profilaxias, além de oferecimento de suporte psicossocial²⁸. A violência sexual é um problema devastador, e, além das consequências físicas (lesões, traumas, infecções), pode deixar sequelas psíquicas graves. O Acompanhamento psicossocial é de fundamental importância em casos de violência contra crianças e adolescentes para tentar

minimizar sequelas deixadas pelo evento. O tratamento das sequelas deve envolver tanto intervenções para aumentar as habilidades e competências quanto intervenções para desafiar e organizar pensamentos e sentimentos distorcidos. Durante o processo terapêutico, é importante tentar resgatar o projeto de vida, elaborar em conjunto propostas para o futuro, focalizando na busca de sonhos e realização pessoal¹².

Fluxograma de atendimento inicial de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual para o Hospital Materno Infantil de Brasília.



(a) – Exames a serem solicitados no atendimento inicial:

Hemograma completo, Ureia, Creatinina, TGO, TGP, Amilase, Glicemia, TR HIV, TR HBV, Anti HCV, TR Sífilis, BHCG, EAS.

(b) – Profilaxia pós exposição HIV:

Faixa Etária	Esquema Preferencial
14 dias a 2 anos de idade	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
2 aos 12 anos	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL)
Acima de 12 anos	Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG)

Ministério da Saúde, 2017²⁷

Raltegravir (RAL)	Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
Apresentação: comprimidos 100mg e 400mg	Solução oral: 80/20mg/mL
14kg a <20kg: 100mg 12/12h	≥14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m ² 12/12h
20kg a <28kg: 150mg 12/12h	1 mês a 6 meses: 1mL 12/12h
28 a <40kg: 200mg 12/12h	6 a 12 meses: 1,5mL 12/12h
≥40kg: 300mg 12/12h	1 a 3 anos: 2mL 12/12h
	3 a 6 anos: 2,5mL 12/12h
	6 a 9 anos: 3mL 12/12h
	9 a 14 anos: 4mL 12/12h
Zidovudina (AZT)	Comprimido: 100mg/25mg e 200mg/50mg
Solução oral: 10mg/mL, comprimido: 100mg	10kg a 13,9kg: 2cp de manhã e 1 à noite
Até 4kg: 4mg/kg/dose 12/12h	14 kg a 19,9kg: 2cp de manhã e 2 à noite
4kg a 9kg: 12mg/kg 12/12h	20 kg a 24,5kg: 3cp de manhã e 2 à noite
9kg a 30kg: 9mg/kg 12/12h (dose máxima: 150mg 12/12h)	25 kg a 29,5kg: 3cp de manhã e 3 à noite
≥30kg: 300mg 12/12h	>35kg: 400mg/100mg de 12/12h
Lamivudina (3TC)	Nevirapina (NVP)
Solução oral: 10mg/ml	Solução oral: 10mg/ml
Comprimido: 150mg	14 dias a 8 anos: 200mg/m ² 1x/dia por 14 dias, depois: 200mg/m ² 12/12h
RN: 2mg/kg 12/12h	
4mg/kg de 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)	

Ministério da Saúde, 2017²⁷

(c) – Profilaxia da Hepatite B:

- Dose da imunoglobulina anti-hepatite B: 0,06ml/ kg, IM, em dose única em extremidade diferente da que recebeu a vacina para HBV.
- Se a dose da vacina ultrapassar 5mL, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes.

(d) – Profilaxias de ISTs:

IST	Medicação	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg	Adultos e adolescentes com mais de 45 kg, incluindo gestantes
Sífilis	Penicilina G Benzatina	50 mil UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)	2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), dose única
Gonorreia	Ceftriaxona	125 mg, IM, dose única	500 mg, 1 ampola, IM, dose única
Infecção por Clamídia	Azitromicina	20 mg/kg peso, VO, dose única (dose máxima total 1 g)	500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)
Tricomóníase	Metronidazol	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g)	500 mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total 2g)

TROTSMAN, G.E.; ANDERSON, C.Y.; DEYE, K.P.2015¹⁸**(e) – Contraceção de Emergência****Levonorgestrel:** Apresentação: comprimido de 0,75mg ou de 1,5mg

1ª opção – 1 comprimido de 1,5mg VO ou 2comprimidos de 0,75mg, dose única,

2ª opção – 1 comprimido de 0,75mg VO de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos,

Ministério da Saude,2017²⁷.**Método Yuzpe**

0,05 mg de etinilestradiol + 0,25 mg de levonorgestrel/ comp	2 comp. de 12/12 horas (total de 4 comp) ou 4 comprimidos VO dose única
0,03 mg de etinilestradiol + 0,15 mg de levonorgestrel/ comp	4 comp. de 12/12 horas (total de 8 comp) ou 8 comprimidos em dose única

SCHVARTSMAN, C.; REIS, A.G. FARHAT, S.C.L. 2013²¹.

Anexos

Anexo 1: Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº	
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da notificação	
	4 UF		5 Município de notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		
	10 Nome do paciente			11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino 1 - Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 8- Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-2ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
	Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência	Código (IBGE)
		22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
		24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
		27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	29 CEP
30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)		
21 Distrito					
26 Geo campo 1					
Dados Complementares					
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado 1-Travesti 2-Mulher Transexual		
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento		
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	47 Geo campo 3		48 Geo campo 4		
	SVS 15.06.2015				

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
Dados finais	69 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____		Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____	
Observações Adicionais: _____			

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	
		Disque Direitos Humanos 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	
SVS 15.06.2015			

Anexo 2 – Listagem dos PAVS

PAV	ENDEREÇO	EMAIL	TEL.	Serviços oferecidos
HRAN PROGRAMA MARGARIDA	SMHN Área Especial – Asa Norte	programamargarida.hran@yahoo.com	39013065	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Atendimento individual e grupal a mulheres, homens adultos e idosos (Violência sexual e doméstica) - Vigilância epidemiológica da violência
COMPP PROGRAMA JASMIM	Quadra 501 Norte bloco B Ed. COMPP – Asa Norte	programajasmim.compp@gmail.com	39013062	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Atendimento individual e em grupo de crianças e adolescentes (até 12 anos) e suas famílias - Vítimas de todas as formas de violência. - Grupo Multifamiliar - Vigilância epidemiológica da violência - atendimento ao autor (adolescente) de violência sexual
HMIB PROGRAMA VIOLETA	SGAS Quadra 608/609 Módulo A – Asa Sul	programavioleta@gmail.com	34457669	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Grupo de crianças - Grupo de mulheres - Grupo de pais - Atendimento individual a crianças e suas famílias - Atendimento individual a mulheres - Vigilância epidemiológica da violência - atendimentos na Emergência Pediátrica
ADOLESCENTRO PROGRAMA CALIANDRA	SGAS – Quadra 605 lote 32/33 Asa Sul	pavcaliandraadolescentro@yahoo.com.br adolescentro.df@gmail.com	32421447	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Grupo de adolescentes - Grupo de pais e famílias - Atendimento a ofensores sexuais institucionalizados
HRC PROGRAMA FLOR DE LOTUS	QNM 17 Área Especial nº 01 Ceilândia	pavflordelotushrc@gmail.com	33716595 33714458	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Grupo de crianças e adolescentes - Grupo de pais - Atendimento individual a crianças, adolescentes e suas famílias - Vigilância epidemiológica da violência
HRG PROGRAMA GARDÊNIA	Área Especial nº 01 Setor Central - Gama	pavgama@gmail.com	33859956 33858389	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Grupo de crianças e adolescentes - Grupo de cuidadores - Atendimento individual às crianças, adolescentes e suas famílias - Vigilância

				epidemiológica da violência
HRGu PROGRAMA PRIMAVERA	Área Especial QI 06 lote "C" Guará I	pavprimavera@gmail.com	33531477	- Acolhimento - Grupo de crianças e adolescentes - Atendimento individual a crianças, adolescentes e suas famílias - Vigilância epidemiológica da violência
HBDF PROGRAMA IPÊ	SMHS - Área Especial - Q. 101		33151320	Vigilância epidemiológica da violência
DRSNB,RF Ie II, Cand., Parkway PROGRAMA ALFAZEMA	3º Avenida nº 03 Núcleo Bandeirante	programaalfazema@gmail.com	33867902 34861615 34866707	- Acolhimento - Atendimento individual às pessoas em situação de violência em qualquer ciclo de vida, bem como suas famílias - Vigilância epidemiológica da violência
HRPa PROGRAMA GIRASSOL	Quadra 2 Área Especial Paranoá	pavparanoa@gmail.com	33699899	- atendimentos Individuais e Familiares para Crianças e Adolescentes (Psicologia, Serviço Social e Enfermagem) - Atendimentos Individuais para Idosos e Familiares (Serviço Social e Enfermagem) - Atendimentos em Grupo (Grupo Terapêutico para Adolescentes Vítimas de Violência e Grupo Terapêutico para Crianças e Famílias em Situação de Violência) - Atividades de Promoção e Prevenção à Saúde - Capacitações para Rede de Saúde e Rede Social do Paranoá e Itapoã - Vigilância Epidemiológica da Violência

Bibliografia

1. IGE, O.K.; FAWOLE, O.I. Evaluating the Medical Care of Child Sexual Abuse Victims in a General Hospital In Ibadan, Nigeria. *Ghana Medical Journal*. Vol 46 nº1. Nigeria. 2012.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva. 2003.
3. FRIEDRICH, S.A.G. O atendimento terapêutico às vítimas de violência sexual no município de São José dos Pinhais/PR: Experiência de implantação do ambulatório sentinela. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 10(1), 195-210. São José dos Pinhais-PR. 2016.
4. VERTAMATTI, M.A.F.; ABREU, L.C.; DREZETTI, J.; VALENTI V.E. BARBOSA, C.P. Tempo Decorrido Entre Agressão Sexual e a Chegada aos Serviços de Saúde no Brasil. *Journal of Human Growth and Development*, 23(1): 46-51. São Paulo. 2013.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violedf.def>>. Acesso em: 10 out. 2017.
6. BONNET FR; CINTRA RB. Protocolos e iniciativas de atendimento médico-legal em casos de violência sexual em mulheres: comparação entre os achados no Brasil e no mundo. *Saúde, Ética & Justiça*. São Paulo, 19(1):45-51. 2014.
7. BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de Abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília. 2017.
8. BRASIL. Decreto-lei nº 2.848 de 7 de Dezembro de 1940. Código Penal. Brasília. 1940.
9. BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de Agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília. 2013.
10. BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília. 1990.

11. GOVERNO DE BRASÍLIA. Centro Integrado 18 de Maio. Disponível em: <<http://www.crianca.df.gov.br/teste/centro-integrado-18-de-maio.html>>. Acesso em: 09 dec. 2017.
12. SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF. Brasília. 2009.
13. MINISTRY OF HEALTH & FAMILY WELFARE GOVERNMENT OF INDIA. Guidelines & Protocols Medico-legal Care for Survivors/victims of Sexual Violence. India. 2013.
14. CARDOSO, C.I.L. Abuso Sexual Infantil - Artigo de Revisão. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Portugal. 2015.
15. TROTMAN, G.E.; ANDERSON, C.Y.; DEYE, K.P. Acute Sexual Assault in the Pediatric and Adolescent Population. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, XXX 1-9. Washington, D.C. 2015.
16. JENNY, C.; JAKUBIAK, J.E.C. AND COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse is Suspected. *Pediatrics*, 132:e558–e567. 2013.
17. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Protocolo de Assistência às Crianças e Adolescentes em Situação de Violência. Betim-MG. 2010.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) - Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília-DF. 2015.
19. GIUSTI, J.S. Automutilação: Características Clínicas e Comparação com Pacientes com Transtorno Obsessivo-compulsivo. 2013. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências. São Paulo. 2013.
20. BRASIL. Decreto nº 7.958, de 13 de Março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2013.
21. SCHVARTSMAN, C.; REIS, A.G. FARHAT, S.C.L. Pronto-Socorro. (Coleção Pediatria do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP). 2ª Edição. São Paulo. Manole. 2013.

22. SECRETARIA DE SAÚDE GOVERNO DO ESTADO PARANÁ. Protocolo para atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Curitiba. 2015.
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília. 2014.
24. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA. Escuta de Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual. Aspectos Teóricos e Metodológicos. Guia para Capacitação em Depoimento Especial de Crianças e Adolescentes. Brasília-DF. 2014.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ficha de notificação compulsória individual - violência doméstica, sexual e outras violências. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Ficha-Viol-5.1-Final_15.06.15.pdf> Acesso em: 20 set. 2017.
26. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE. Nota Técnica 08/2014 - DIVEP/SVS. Brasília. 2014.
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-exposição de Risco (PEP) à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília-DF.2017.
28. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência. Brasília-DF. 2011.
29. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília-DF. 2015.
30. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV. United States. 2016.
31. COTRIM, J. et al. Profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis na criança e adolescente vítima de abuso sexual. Acta Pediatr Port. 44(4):189-95. Portugal. 2013.
32. MASHO,S.W.; WANG,C.L.; NIXON, D.E. Review of tenofovir-emtricitabine. Therapeutics and Clinical Risk Management. 3(6) 1097–1104. Virginia US. 2007.

33. BRITISH ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH AND HIV - BASHH. UK National Guidelines on the Management of Adult and Adolescent Complainants of Sexual Assault. Reino Unido. 2011.
34. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Programa de interrupção gestacional prevista em lei é oferecido no HMIB. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/6611-programa-de-interrup%C3%A7%C3%A3o-gestacional-prevista-em-lei-%C3%A9-oferecido-no-hmib.htm>. Acesso em: 09 dec. 2017.
35. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Listagem dos PAVs. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/images/SVS/2017/LISTAGEM_DOS_PAVS_PARA_DI_VULGACAO_corrigida_23.01.2017.pdf. Acesso em: 09 dec. 2017.