

Dissertação – Artigo de Revisão Bibliográfica

Mestrado Integrado em Medicina

ABUSO SEXUAL – PROTOCOLOS HOSPITALARES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Paula Manuel de Sousa Vieira

Orientador: Mestre Sofia Manuela Lalanda Frazão

Assistente de Medicina Legal na Delegação Norte do Instituto Nacional de Medicinal Legal e
Ciências Forenses, I. P.

Assistente Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

Porto, maio de 2016

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à minha orientadora, a Dr.^a Sofia Frazão, pelo seu apoio na realização deste trabalho e pela sua imbatível convicção na importância do mesmo, sem os quais este projeto não teria sido possível.

À minha mãe por ser uma fonte de apoio incondicional e acreditar sempre que sou capaz de fazer melhor, mesmo nos momentos mais difíceis. Ao meu pai pelo carinho e pela sua imbatível vontade de ajudar em todas as ocasiões, mesmo quando a distância não o permite.

À minha irmã mais velha, Eduarda, pela visão diferente do mundo e por ser a minha companheira durante toda a infância e até hoje. À minha irmã pequenina, Aika, por me motivar a ser sempre uma pessoa melhor e um modelo a seguir.

À minha restante família, por acreditarem sempre no meu sucesso.

À Manela, por ser a minha companhia de todos os dias e nunca deixar de ser preocupar comigo.

À minha segunda família, em especial à minha madrinha, Adelaide Moutinho, sem os quais este percurso académico não teria sido o mesmo.

A todos os meus amigos, desde aqueles que o são há 20 anos até aos que conheci nos últimos 6 meses, por nunca deixarem de ser a minha maior fonte de alegria e transformarem qualquer momento em algo melhor.

Por último, um agradecimento especial ao André Maia, pelo amor e amizade incondicionais e por ser o meu apoio constante nos últimos 6 anos sem nunca me deixar desistir dos meus objetivos.

RESUMO

Introdução: A violência sexual engloba vários atos de caráter sexual direcionados contra a sexualidade de outra pessoa sem que esta consinta. Este problema afeta milhões de pessoas em todo o mundo, sendo a sua verdadeira epidemiologia desconhecida devida às baixas taxas de revelação. O serviço de urgência hospitalar é tipicamente o primeiro ponto de acesso da vítima aos cuidados de saúde, devendo neste estarem presentes os elementos necessários à intervenção adequada nestes casos.

Objetivos: Pretende-se com este trabalho fazer uma revisão bibliográfica completa e atualizada sobre a abordagem ideal de uma vítima de abuso sexual no serviço de urgência.

Desenvolvimento: Os serviços básicos que devem ser garantidos a todas as vítimas de abuso sexual incluem o tratamento e a descrição de lesões, a colheita de vestígios, a prevenção e/ou o tratamento de infeções sexualmente transmissíveis e a prevenção da gravidez. Para assegurar a provisão dos cuidados adequados são necessários protocolos de atuação que orientem os diferentes profissionais e tenham em conta as melhores práticas a cada passo da avaliação da vítima. É igualmente importante que seja promovida a organização de um sistema integrado de intervenção que englobe os vários intervenientes neste processo, nomeadamente a interação entre os clínicos do serviço de urgência e os peritos forenses.

Conclusão: Em Portugal, apesar da existência dos recursos necessários a uma abordagem adequada da vítima, não existe um sistema que englobe os vários componentes. Assim, e de acordo com aquelas que são consideradas as melhores práticas nos diferentes momentos de abordagem da vítima, é apresentada uma proposta de protocolo de atuação com vista à uniformização dos cuidados a nível nacional e um melhor cuidado da vítima.

Palavras-chave: abuso sexual, emergência, tratamento, perícia forense, infeções sexualmente transmissíveis, gravidez

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence encompasses various acts of sexual nature directed against the sexuality of another person without their consent. This problem affects millions of people worldwide but its true epidemiology is unknown due to significant underreporting. The emergency department is typically the victim's first point of entry into the healthcare system. Therefore, the elements necessary for the appropriate intervention in these cases should be available in that department.

Objectives: The aim of this work is to conduct a systematic and updated review of the literature on the ideal approach to the victim of sexual abuse in the emergency room.

Development: The basic services that should be guaranteed to all victims of sexual abuse include treatment and description of injuries, collection of evidence, prevention and/or treatment of sexually transmitted infections and pregnancy prevention. To ensure the provision of proper care, treatment protocols that guide the various professionals and take into account the best practices at every step of the evaluation of the victim are necessary. It is also important to promote the development of an integrated intervention system that incorporates the various participants in the process, mainly focusing on the interaction between emergency department clinicians and forensic experts.

Conclusion: In Portugal, despite the existence of the necessary resources required for the adequate approach of the victim, there is no system that incorporates the various components of care. Thus, according to those that are considered the best practices in the various steps of the victim's evaluation, a treatment protocol is proposed with the goal of standardizing care at a national level and improving the care that is offered.

Keywords: sexual abuse, emergency, treatment, forensic examination, sexually transmitted infections, pregnancy

ÍNDICE

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Índice	V
1 Introdução	1
1.1 Enquadramento legal em Portugal	3
2 Objetivos	4
3 Metodologia do estudo	4
4 Panorama europeu.....	5
4.1 História, exame físico e tratamento de lesões	7
4.2 Testar e prevenir a gravidez	11
4.3 Interrupção voluntária da gravidez	13
4.4 Infecções sexualmente transmissíveis.....	13
4.4.1 Adolescentes e adultos.....	14
4.4.2 Crianças	16
5 Panorama português.....	19
6 Protocolo de atuação para adultos e adolescentes	21
7 Protocolo de atuação para crianças	22
8 Bibliografia	23
Anexos	27

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência sexual como “qualquer ato sexual, tentativa de realização de ato sexual, comentário ou avanço sexual indesejado, tráfico ou outro qualquer ato direcionado contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, praticados por qualquer pessoa, independentemente da sua relação com a vítima, em qualquer cenário, incluindo, mas não limitado, à casa e ao trabalho.” (1).

Nos casos em que as vítimas são menores de idade a OMS dispõe de uma definição específica, consistindo esta prática no envolvimento da criança em atividades sexuais que esta não consegue compreender, para as quais é incapaz de dar consentimento informado ou não está preparada da perspectiva do seu desenvolvimento, ou que, de qualquer outra forma, viole leis ou tabus sociais. O abusador pode tanto ser um adulto como outra criança que, por virtude da sua idade ou estado de desenvolvimento, se encontre numa posição de responsabilidade, confiança ou poder em relação à vítima (2).

Este tipo de crime afeta milhões de pessoas, sendo transversal a todos os países, estratos sociais, níveis económicos e culturas. Apesar de a OMS revelar que, segundo dados globais recentes, 35% das mulheres em todo o mundo foram vítimas de violência sexual, analisar as verdadeiras incidência e prevalência deste problema revela-se um grande desafio. Isto deve-se, não só à falta de estudos que abordem o tema à escala global, mas também às baixas taxas de revelação por parte das vítimas e de denúncia por parte dos profissionais envolvidos (3–5). Do mesmo modo, não existem, em Portugal, estatísticas que definam a verdadeira epidemiologia desta problemática (5).

O abuso sexual encontra-se integrado na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). É, deste modo, considerado um sério problema de saúde, com implicações tanto a curto como a longo prazo nas vítimas, suas famílias e comunidades envolventes (5). Tendo em conta a magnitude do problema, juntamente com as suas inúmeras consequências a nível social e da saúde física e psicológica, é importante a criação de programas de prevenção, bem como a inclusão desta temática em todas as escolas médicas do País, para que se possa efetuar uma abordagem adequada das vítimas através de um sistema integrado de intervenção que otimize os aspetos relacionadas com a deteção, denúncia e tratamento médico.

A intervenção adequada nos casos de agressões de natureza sexual depende largamente da concretização de diferentes medidas por parte de diversos intervenientes, nomeadamente a nível de tratamento e proteção da vítima e investigação criminal. No

Sistema Nacional de Saúde (SNS), a abordagem imediata de uma suspeita deste tipo de contacto sexual, feita geralmente no Serviço de Urgência (SU), depende da ação integrada dos clínicos e dos especialistas em Medicina Legal. Os primeiros atuam através do tratamento de lesões, prevenção e/ou tratamento de infeções sexualmente transmissíveis (IST) e prevenção da gravidez, enquanto os últimos contribuem na abordagem à vítima através da colheita de vestígios e descrição de eventuais lesões decorrentes do sucedido (3,6,7).

Por outro lado, em casos nos quais a vítima não revela o sucedido, é muito comum que esta procure assistência médica. Nesta perspetiva, os Cuidados de Saúde Primários são considerados espaços privilegiados para a deteção, orientação e acompanhamento dos casos. É, pois, importante que o clínico seja capaz de reconhecer os sinais inerentes a estas situações, passo fundamental para que se inicie uma resposta adequada, a qual tem como objetivos proteger a vítima e evitar a recorrência (3,8).

Em todas as situações os profissionais de saúde têm o dever de providenciar os cuidados médicos necessários, colher e documentar as evidências necessárias (geralmente um trabalho efetuado pelos peritos forenses) e de funcionar como ponto de referência para outros serviços, tais como assistência social, assistência jurídica e associações de apoio à vítima (3). Uma ação multidisciplinar articulada será o único método a aplicar para que seja possível interromper a vitimização, reabilitar e proteger a vítima, promover a produção de prova, contribuir para a investigação criminal e auxiliar a tipificação jurídica (9).

Para além dos objetivos já referidos, é também importante salientar que uma abordagem atempada da vítima (idealmente inferior a 72 horas após a agressão) é essencial para a ação dos clínicos e dos peritos forenses. É dentro deste intervalo de tempo que é possível ser feita a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (IST) e o uso ótimo da contração de emergência, bem como aumentar a probabilidade de serem encontrados vestígios físicos e biológicos do abuso durante o exame forense que possam constituir prova do sucedido (3).

Tem sido demonstrado que as vítimas estão mais dispostas a procurar assistência quando estão informadas das suas opções e são auxiliadas na procura de ajuda adicional. Para que este cuidado ideal seja atingido, é necessário que cada interveniente no processo seja capaz de explicar qual o papel que desempenha e qual o de outros membros. Assim, é importante que estas funções estejam bem definidas e descritas através do estabelecimento de protocolos de atuação como forma eficiente de fazer face a este problema. Este tipo de diretrizes serve igualmente outros propósitos, nomeadamente ao

ajudar os sistemas de saúde a melhorar a qualidade de tratamento oferecido, ao guiar os vários passos dos processos efetuados pelos profissionais, ao evitar a repetição de exames às vítimas prevenindo a vitimização secundária e a contaminação do relato (10,11).

1.1 ENQUADRAMENTO LEGAL EM PORTUGAL

No contexto legal português, estes crimes encontram representação no capítulo V do Livro II (Parte Especial) do Código Penal (CP), dividindo-se em dois tipos: crimes contra a liberdade sexual (artigos 163º a 170º) e contra a autodeterminação sexual (artigos 171º a 176º). O primeiro grupo engloba condutas que atentam contra a liberdade sexual do adulto. O segundo incide sobre atos que afetam vítimas cuja idade pressupõe inexperiência e que sejam ainda suscetíveis de prejudicar o livre desenvolvimento da sua maturidade e vida sexuais. Alguns dos crimes contemplados nos artigos acima referidos podem ainda sofrer um agravamento da pena nos seus limites mínimo e máximo. Este pode ser de um terço quando o agente for portador de doença sexualmente transmissível ou de metade se do crime resultar gravidez, ofensa à integridade física grave, transmissão de agente patogénico que crie perigo para a vida, suicídio ou morte da vítima (12).

Segundo o artigo 48º do Código de Processo Penal (CPP), “o Ministério Público tem legitimidade para promover o processo penal”. As situações em que a ação penal é exercida por esta entidade em plena autonomia são consideradas crimes públicos (13). Noutros casos, denominados de crimes semipúblicos, o procedimento criminal é dependente da apresentação de queixa por parte do ofendido (ou de terceiros a quem tenha sido dada legitimidade para tal), só assim sendo possível ao Ministério Público promover o processo (art.º 49º do CPP). No caso particular dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual, entendem-se como públicos os casos de abuso sexual de pessoa internada (art.º 166º do CP), abuso sexual de crianças (art.º 171º do CP), abuso sexual de menores dependentes (art.º 172º do CP) e ofensas de natureza sexual em vítimas menores de 18 anos (art.º 178 do CP) (14).

Em situação de suspeita de crime público, é obrigação dos funcionários (na aceção do art.º 386º do CP) denunciar, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos, quando tomaram conhecimento da ocorrência no exercício das suas funções e por causa delas (art.º 242º do CPP) (5,6,13). Este dever é alargado à população em geral através do artigo 66º da lei 147/99 de 1 de Setembro, estando igualmente descrito no art.º 53 do Código

Deontológico da Ordem dos Médicos – “sempre que o médico, chamado a tratar um menor, um idoso, um deficiente ou um incapaz, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus-tratos ou assédio, deve tomar providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertando as autoridades competentes.” (6).

2 OBJETIVOS

Com o presente trabalho pretende-se fazer uma revisão bibliográfica completa e atualizada sobre quais os melhores procedimentos a efetuar no serviço de urgência perante uma vítima de abuso sexual, focando essencialmente nos aspectos do exame físico completo da vítima, da prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada e da necessidade de existência de sistemas integrados de apoio às vítimas.

3 METODOLOGIA DO ESTUDO

Foi realizada uma revisão sistemática de artigos científicos sobre a abordagem da vítima de abuso sexual no serviço de urgência, indexados nas bases de dados Medline (Pubmed), ScienceDirect e Pubfacts, nas bibliotecas virtuais SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e Cochrane Library e nas bases de informação médica UpToDate e Medscape. Nesta busca foram usadas as seguintes palavras-chave: “sexual abuse”, “sexual assault”, “acute sexual assault”, “sexual violence”, “emergency”, “treatment”, “forensic examination”, juntamente com os seus equivalentes em português (“abuso sexual”, “crime sexual”, “violência sexual”, “abuso sexual agudo”, “emergência”, “tratamento”, “perícia forense”). As mesmas palavras-chave foram utilizadas para pesquisa nos websites das organizações *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* e *World Health Organization (WHO)*. As referências bibliográficas dos artigos selecionados foram também alvo de busca manual, bem como revistas e livros nas áreas de Medicina Legal e Ciências Forenses, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia.

A busca foi realizada e revista entre Dezembro de 2015 e Março de 2016. Foram analisados os títulos e resumos dos artigos e, quando foi considerado necessário para esclarecer o objetivo, estes foram lidos na íntegra para que estudos relevantes não fossem excluídos. A seleção baseou-se na conformidade entre o assunto abordado e os objetivos deste trabalho, tendo sido desconsiderados aqueles que, apesar de aparecerem no resultado da

busca, não serviam tais propósitos. Foram considerados artigos publicados em português e inglês.

4 PANORAMA EUROPEU

No tratamento de vítimas de agressões sexuais existem três cuidados principais: tratamento médico de lesões, prevenção de gravidez indesejada e prevenção, diagnóstico e tratamento de infeções sexualmente transmissíveis (IST); apoio psicossocial para ajudar a lidar com o trauma psicológico causado pelo evento e assegurar a segurança e proteção da vítima; e apoio do sistema criminal na investigação do crime, colheita de evidências e julgamento e punição do infrator. É, assim, importante uma ação integrada entre profissionais de saúde, serviços forenses, serviços de apoio psicossocial, a polícia e os tribunais (15,16).

O projeto *Comparing Sexual Assault Interventions* (COSAI), financiado pela União Europeia (UE) através do programa DAPHNE III, tem como objetivo melhorar os serviços que abordam as vítimas de agressões sexuais. Este fim é conseguido através da revisão das práticas existentes atualmente em 34 países europeus e tendo em consideração a perspetiva dos utilizadores destes serviços, levando assim à diminuição dos danos sociais, mentais e físicos causados a estas vítimas (17). Diferentes modelos para o fornecimento de serviços são utilizados nos diversos países. Estes modelos incluem:

- Serviços coordenados, que reúnem profissionais das diferentes áreas e oferecem apoio psicológico, médico, forense e legal num único local, tipicamente um centro num ambiente hospitalar. Uma característica importante deste tipo de serviço é que os exames médico e forense são realizados simultaneamente e existe uma equipa multidisciplinar que trabalha em conjunto para atender às necessidades da vítima. Para além da coordenação num só local, esta pode envolver métodos de colaboração ou encaminhamento entre serviços. Dos 34 países avaliados, 14 (41%) ofereciam este tipo de centros. Contudo, nalguns destes países estes serviços não serviam todas as regiões.
- Serviços não-coordenados, onde os diferentes apoios são prestados em locais diferentes fazendo parte de uma prestação de serviços convencional. Os serviços utilizados incluem serviços de urgência de hospitais, clínicas de saúde sexual, serviços forenses, serviços psiquiátricos e de aconselhamento, a polícia e os

tribunais. Por vezes as vítimas podem ser encaminhadas para outros serviços, mas estes são fornecidos em diferentes locais, os exames médico e forense são feitos separadamente e o grau de ligação entre prestadores de serviços é mínimo. Dos 34 países avaliados, 16 (47%) apresentam este tipo de recursos.

- Serviços integrados noutros que lidam com outras formas de violência contra mulheres e crianças. Dos 34 países avaliados, apenas 2 (6%) apresentam este tipo de serviços.
- Linhas telefónicas de aconselhamento são serviços que oferecem apoio à vítima, incluindo informação sobre como aceder a outros serviços, informação legal e apoio psicológico. A utilização deste tipo de recurso é feita de forma anónima e ele pode ser oferecido por agências governamentais ou por organizações não-governamentais (ONG). Este tipo foi encontrado em 12 dos 34 países englobados no projeto.
- Serviços fornecidos por uma ONG, que são encontrados na maioria dos 34 países complementando os tipos acima mencionados. Usualmente servem como forma de aconselhamento às vítimas, mas também defendem a melhoria dos serviços e a sensibilização da população para este tipo de agressões (15).

Dada a ausência de avaliação sistemática, não é possível estabelecer uma hierarquia consistente que compare a eficácia dos diferentes tipos de intervenção e de oferta de serviços. Contudo, para garantir o apoio adequado às vítimas, o ideal é a adaptação do serviço utilizado às necessidades e capacidades locais, mantendo sempre uma abordagem coerente (17). Da mesma forma, existem várias características que definem quais as boas práticas que devem ser tidas em conta para que seja melhorada a eficácia e acessibilidade dos serviços. Estas incluem a provisão de serviços que estejam disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana, encorajamento da especialização do pessoal na abordagem de agressões sexuais e que os serviços sejam independentes e confidenciais e que tal seja claro para os utilizadores (15).

É também importante a criação de protocolos de intervenção, dado que estes dão orientações a diversos profissionais sobre como questionar, respeitar e oferecer apoio às vítimas em diferentes momentos do processo. Entre os 28 Estados-membro da União Europeia, 10 possuem este tipo de diretrizes para médicos e peritos forenses e 7 para a polícia (18). Estas orientações devem igualmente fomentar a relação entre os diferentes

organismos e prestadores de cuidados envolvidos criando redes de referência entre estes o que irá resultar num atendimento consistente e de alta qualidade (19).

Os tipos de serviços necessários nestes casos incluem tratamento de lesões, prevenção e/ou tratamento de infeções sexualmente transmissíveis (IST) e da gravidez (ou interrupção desta, dependendo da legislação local) e perícia forense (3,6,7). Como o exame físico da vítima deve ser aprofundado, no interesse de evitar várias abordagens e sofrimento adicional, o exame médico e a colheita de evidências devem, sempre que possível, ocorrer simultaneamente (3). De seguida iremos abordar cada uma destas intervenções separadamente e rever quais as melhores práticas.

4.1 HISTÓRIA, EXAME FÍSICO E TRATAMENTO DE LESÕES

Nas situações de agressão sexual, a maioria das lesões físicas são de menor gravidade, mas qualquer grande trauma requer atenção imediata (7,16). A presença de lesões depende do grau de violência física exercido e da resistência que a vítima possa oferecer durante o evento, bem como o nível de consciência da mesma, o intervalo de tempo que medeia entre o episódio de agressão e a assistência médica e a idade da vítima, entre outros fatores (7). Lesões graves ou potencialmente fatais que necessitem de cuidados médicos ou cirúrgicos agudos tomam precedência sobre qualquer outro ponto da abordagem ao paciente (3). Na ausência de traumatismo significativo, a colheita de evidências deve ser feita em simultâneo com o exame físico (3,16,20).

A abordagem deve ser iniciada com a obtenção do consentimento informado por parte da vítima (ou do seu representante), processo vital antes da realização do exame físico. Este procedimento consiste em explicar os vários aspectos da consulta, incluindo se o médico tem a obrigação legal de denunciar o sucedido (3). A vítima tem o direito de negar partes ou a totalidade do exame, mas é importante explorar as razões para tal recusa, já que estas podem ser eliminadas. Este momento apresenta-se também como uma oportunidade para criar uma relação de confiança com a vítima (3,21).

Uma parte importante da avaliação da vítima é a colheita da história médica. O objetivo principal desta é o de obter informações que possam influenciar o tratamento médico, guiar a colheita de amostras e ajudar a explicar os achados subseqüentes (3,20,22). Por outro lado, sendo este um crime que tipicamente não tem testemunhas, é negado pelo seu autor e em muitos casos não resulta em lesões corporais, a história é muitas vezes uma parte crucial do caso (21).

A obtenção de detalhes sobre o abuso deve ser organizada por uma equipa multidisciplinar e obtida por um entrevistador forense ou um profissional médico, devendo o sucedido ser descrito pela vítima o menor número de vezes possível. Devido às diferenças de finalidade e abordagem, a história médica pode ser diferente, mas complementar, à entrevista forense (6,21,22). É importante ter em conta que, obter um relato de crianças e adolescentes (tipicamente considerados nesta faixa etária pessoas acima de 12 anos) requer conhecimento sobre as diferentes fases do desenvolvimento e sobre as técnicas de entrevista apropriadas em cada situação, devendo ser realizado por um profissional especializado (21). Além disso, para evitar a contaminação do relato das crianças, que pode acontecer quando estas são questionadas por profissionais que não dominam a técnica adequada de entrevista a esta faixa etária, a informação deverá ser obtida das pessoas que a acompanham (geralmente familiares). Desta forma é possível a participação da criança apenas no que tiver a capacidade de colaborar efetivamente (6).

A utilização de protocolos como guia é o método ideal para assegurar uma divulgação adequada, prevenindo a omissão de detalhes importantes (3,20). Idealmente, a vítima deve ser entrevistada sozinha (21). Os pontos de interesse essencial são a saúde geral da vítima, o uso de medicação prescrita ou drogas de abuso, o último período menstrual, relações sexuais prévias, o tempo decorrido desde a última relação sexual voluntária e lesões genitais recentes (3,20). Detalhes de importância diretamente relacionados com a agressão incluem a data, hora e local do sucedido, o número de agressores, a natureza do contacto físico (incluindo detalhes sobre a atividade sexual efetiva e tentada), o uso de armas ou restrições e o uso de fármacos ou drogas (3,20,22). Todas as atividades subsequentes do paciente que possam alterar provas, tais como tomar banho, usar tampões ou mudar de roupa, devem também ser documentadas. Para finalizar, quaisquer sintomas físicos ou alterações de comportamento (mais relacionadas com o abuso em crianças) desenvolvidos desde a ocorrência do abuso devem ser registados (3,22).

Após estes procedimentos, pode ser iniciado o exame físico. Ao contrário da história que deve ser colhida com a vítima e apenas um profissional de saúde, no exame físico devem estar presentes dois examinadores, um dos quais deve ser do mesmo género da pessoa a ser examinada (3,6,21). Pode também ser permitida a presença de uma pessoa de confiança da vítima, especialmente no caso das crianças (6). Por outro lado, tal como na colheita da história, protocolos devem ser utilizados para uniformizar o processo. No entanto, a avaliação pode ser alterada de acordo com dados figurados no relato do abuso (20,21). É importante que seja minimizado o trauma físico e psicológico adicional que pode ser imposto à vítima durante o processo do exame físico, devendo este ser adaptado à

idade e desenvolvimento do paciente e conduzido num local bem iluminado, quente, limpo e privado (3,6,21,23). Durante o exame cada passo deve ser explicado, sendo claro onde e quando o profissional de saúde irá tocar no paciente e que instrumentos serão usados (3,6,23).

Durante o exame, alguns cuidados universais devem ser tidos, tais como o uso de luvas sempre que em contacto com fluídos corporais ou outros modos de precaução sempre que seja necessário (3,6). Se for necessário recolher a roupa da vítima para análise forense, esta deve despir-se sobre um lençol branco ou sobre papel, e de seguida esta roupa deve ser armazenada em sacos de papel (3,20,23). Diagramas corporais podem ser utilizados como parte do registo médico para documentar a localização, tamanho e informações específicas sobre os ferimentos físicos. Alternativamente, a fotografia pode ser utilizada com o consentimento dos pacientes (3,6,16,20,23). É importante que os profissionais de saúde tenham em conta que descrição é diferente de interpretação, e estas não devem ser confundidas no registo das lesões (20).

O exame corporal deve ser completo, concluindo com a área anogenital. O primeiro passo envolve a observação da aparência geral do paciente, do seu comportamento, da existência de alterações do estado mental e dos sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória) (3,20). O resto do exame deve ser conduzido sempre pela mesma ordem, devendo ser iniciado pela avaliação da cabeça (incluindo a cavidade oral) e pescoço, seguida pelo tronco, extremidades e região anogenital (20). É importante que o profissional de saúde tenha o cuidado de cobrir as zonas da vítima que não estejam a ser avaliadas no momento, para que o processo seja mais confortável (6,20). A cada passo da avaliação devem ser feitos os seguintes procedimentos, por esta ordem:

- Inspeção visual da área corporal em questão;
- Caracterização e descrição de todos os achados da área corporal em observada (aqui podem ser utilizados os diagramas corporais e/ou a fotodocumentação);
- Colheita de vestígios antes de se tocar no corpo da vítima, para que seja evitada eventual contaminação das amostras;
- Conclusão do exame físico, incluindo a palpação da região (6).

No decorrer da avaliação, são observadas lesões em aproximadamente metade das situações, sendo ferimentos extragenitais mais comuns do que os genitais (7,16,20). A conjuntiva e o pescoço são considerados de especial interesse, dado que lesões nestes locais são indicativas de trauma no pescoço. Estas, em conjunto com lesões indicativas do

uso de armas, são sinais de que a vítima se encontrou em perigo de vida, imediato ou potencial (20). Outras zonas de especial interesse por estarem associadas a lesões típicas de abuso sexual incluem a região periorbital, a região retroauricular (sinais de constrição do pescoço), a cavidade oral (sinais de coito oral), a face cubital das mãos e antebraços (sinais de defesa por parte da vítima), os punhos (sinais de possível constrição), as regiões mamárias (local onde frequentemente são visíveis mordeduras), a face interna das coxas e a zona anogenital (6,20).

Um grande número de vítimas apresenta um exame anogenital completamente normal, sendo que a ausência de lesões não exclui a ocorrência de uma situação de abuso sexual, podendo estar associada ao tempo decorrido entre o episódio de agressão e a observação da vítima (após as primeiras 12 horas pode ser difícil identificar este tipo de lesões, especialmente nas crianças). Nas crianças, os achados genitais podem incluir lacerações vaginais, equimoses ou rotura total ou parcial do hímen e equimoses, abrasões e lacerações do vestíbulo, períneo e zona perianal (21). Na população adulta e adolescente, os locais onde é mais comum serem encontradas lesões são a comissura posterior, a fossa navicular, os lábios e o hímen (21,23). O trauma genital é mais frequente em mulheres pós-menopausa, havendo também nesta população maior necessidade de reparação cirúrgica (23). Tanto a colposcopia como a coloração com azul de toluidina podem ser utilizados para identificar microlacerações não visíveis a olho nu em qualquer idade, não sendo o uso destes métodos obrigatório (20,23). Após completo o exame dos genitais externos pode ser realizado exame com espéculo, devendo este ser evitado em vítimas pré-púberes (23). O exame da região anal pode também ser complementado, se necessário, com o uso de anoscopia (20).

Lesões genitais de menor gravidade são geralmente superficiais e não necessitam de tratamento além de lavagem salina e tranquilização da vítima, dado que curam rapidamente e espontaneamente dentro de dias. Outros ferimentos de menor gravidade, tais como feridas abertas, lacerações e queimaduras leves, podem ser tratados usando primeiros socorros simples que consistem em esterilização, curativo estéril e antibióticos. Mordeduras devem ser tratados utilizando tratamento tópico e oral para prevenir o desenvolvimento da infecção local da pele ou, em casos graves, septicemia. Ferimentos graves, incluindo lesões na cabeça, feridas abertas profundas que requerem sutura, hemorragia pélvica abundante e hemorragia retal, devem ser investigados e tratados em ambiente hospitalar. Lacerações anogenitais podem exigir um exame e sutura sob anestesia geral (7). Testes diagnósticos adicionais tais como radiografias podem ser necessários para a avaliação de fraturas ou outras lesões mais extensas (3).

A recolha de evidências possibilita a documentação da ocorrência de contacto físico ou sexual entre a vítima e o suspeito (3,20). É recomendado que as colheitas de material biológico sejam feitas até 24 horas após o abuso na população pré-púbere e até às 72 horas em adolescentes e adultos. Em casos específicos, especialmente quando os laboratórios de análise utilizam métodos de amplificação de ADN, as colheitas podem ser efetuadas para além das 24 horas em crianças pré-púberes. Do mesmo modo, em adolescentes e adultos, os espermatozoides podem ser recuperados do colo uterino da vítima até 7 dias após o episódio de agressão (22).

Para assegurar que o material não seja colhido de forma incorreta ou destruído, é essencial que o profissional que fizer a colheita esteja devidamente treinado para realizar este procedimento (23). É também importante que o manuseamento e a etiquetagem de todas as colheitas efetuadas sejam adequados (3). Por rotina devem ser colhidas amostras da face, pescoço, ambas as mãos, gengivas, introito vaginal, pénis e ânus da vítima. Adicionalmente podem ser feitas colheitas de outras áreas se indicado na história do abuso ou se houver contaminação visível (20).

4.2 TESTAR E PREVENIR A GRAVIDEZ

Considerando o grupo de mulheres entre os 12 e os 45 anos de idade, o risco de gravidez após agressão sexual é de 5% (21). A todas essas mulheres deve ser oferecida contraceção de emergência, dado que uma gestação não-intencional resultante destes eventos se traduz num enorme trauma à saúde física e mental da vítima (16,24).

Antes da prescrição de métodos contraceptivos, as vítimas do sexo feminino devem ser testadas para que possa ser descartada uma gravidez pré-existente (21,25). O profissional de saúde deve discutir com as pacientes as opções existentes no que concerne à prevenção de uma possível gravidez (25).

Existem dois métodos que podem ser usados para a prevenção da gravidez: a administração de contraceção oral de emergência e a utilização de dispositivos intrauterinos de cobre (DIU) (26).

O método mais amplamente utilizado, e aquele que é recomendado pela OMS, consiste na oferta de uma dose de 1.5 mg de levonorgestrel, tomada até 72 horas após a relação sexual (7,23,25–29). Alternativamente, este método pode ser dividido em duas tomas (0.75 mg dados com 12 horas de diferença) com igual eficácia e igual número de efeitos adversos

(26,28). Este fármaco atua através da inibição da ovulação e da interferência com o desenvolvimento folicular e com a maturação do corpo lúteo. Contudo, a eficácia deste método depende da fase do ciclo menstrual na qual é dado, sendo maior na fase inicial deste. Adicionalmente, a eficácia diminui com o decorrer do tempo após o evento, e apesar do seu uso até às 120 horas após o evento ser indicado, a evidência para a sua eficácia para além das 72 horas é limitada (7,23,25–28). Este fármaco não interrompe uma gravidez já estabelecida, ou seja, após a implantação, nem está associado a efeitos teratogénicos ou prejudica fertilização futura. Este fármaco não apresenta contraindicações e os efeitos secundários são incomuns e geralmente moderados (mais tipicamente náuseas e hemorragias menstruais abundantes) (23,25,26,28,29). Deve ser recomendado à mulher que faça um teste de gravidez se não tiver um período menstrual após 3 semanas da toma do contraceutivo de emergência (28).

O acetato de ulipristal é um modulador seletivo do recetor de progesterona, que atua ao interferir com a ovulação, ao diminuir a espessura endometrial e através de um efeito direto sobre a implantação (24,25,28). Este é dado numa única dose oral de 30 mg e pode ser usado até 120 horas após a relação sexual desprotegida sem aumento de efeitos adversos ou diminuição da eficácia (7,24,25,27,28). Comparado com o levonorgestrel, estes são igualmente eficazes até às 72 horas. Contudo, entre as 72 e as 120 horas após a relação sexual, o ulipristal é mais eficaz, parecendo ser igualmente bem tolerado e associado a um igual risco de efeitos adversos ou perturbações menstruais (24,25,27,28). Apesar disso, é importante ter em conta que alguns estudos sugerem que, se dado no primeiro trimestre da gravidez, a perda fetal é um risco. Assim, neste caso, torna-se ainda mais importante a exclusão de uma gravidez antes da administração deste fármaco. As pacientes devem ser informadas que um teste de gravidez é indicado se o seu período menstrual surgir 7 dias depois do esperado após a toma. Devem também ser informadas que a ocorrência de gravidez ectópica é possível se ocorrerem dores abdominais severas 3 a 5 semanas após a toma (7,25,28).

Outra forma de contraceção oral de emergência consiste na toma de 2 comprimidos, cada um contendo um mínimo de 100 µg de etinilestradiol e 500 µg de levonorgestrel cujo uso é limitado devido à sua menor eficácia e maior taxa de efeitos secundários tais como náuseas e vómitos. Este fármaco não deve ser oferecido a mulheres que tenham contraindicações ao uso de estrogénio (23,25,28,29).

A inserção de emergência de um dispositivo intrauterino de cobre é eficaz até 120 horas após o evento, sendo o método contraceutivo mais eficaz (7,24,26,27). No entanto o seu

uso é restringido pela sua disponibilidade e pela necessidade de um profissional de saúde qualificado para a sua colocação. Adicionalmente, este procedimento é invasivo, desconfortável e demorado. Assim, mesmo que este se apresente como o único método capaz de fornecer proteção contínua, ele raramente é utilizado como contraceção de emergência (7,27).

4.3 INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Se, através do uso dos métodos referidos anteriormente não for possível impedir uma gestação, deve ser oferecida a opção de interrupção da gravidez. Quando a mulher opta por este método, ela deve ser informada sobre a importância forense e probatória dos produtos da concepção, a coleção dos quais deve ser providenciada através da interação com as forças policiais ou pela criação de políticas locais que a regulem. Estes produtos devem ser manipulados, armazenados e enviados para análise forense respeitando a cadeia de custódia (7).

4.4 INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Na abordagem à vítima de agressão sexual, a prevenção, a identificação e o tratamento de infeções sexualmente transmissíveis (IST) representam uma importante parte da assistência médica necessária (7). Nesta situação, vários agentes patogénicos podem resultar em diferentes doenças e devem ser considerados (25). Assim, é importante que os sistemas de cuidados sejam concebidos para apoiar a adesão à terapêutica e monitorizar reações adversas aos regimes terapêuticos prescritos para a profilaxia e tratamento destas doenças (30).

Este tipo de patologia é documentada, geralmente, entre 4% a 14% das vítimas adolescentes ou adultas, sendo a incidência menos conhecida nas crianças. Em todos os grupos etários, o risco de contração deste tipo de doenças é influenciado por uma variedade de fatores, incluindo a prevalência local destas infeções, o tipo de contacto sexual e o número de episódios e abusadores (21).

As infeções mais frequentemente diagnosticadas neste contexto são tricomoníase, vaginose bacteriana, clamídia e gonorreia. Contudo, como estas patologias são prevalentes na população, a presença de uma IST após agressão sexual não implica necessariamente que esta tenha sido adquirida durante esta, especialmente entre pessoas

sexualmente ativas (5,25,30). Assim, nesta população pode ser importante efetuar o rastreio de IST para que seja possível estabelecer umnexo de causalidade na situação em que algum teste se mostre positivo em consultas de seguimento (6). Em crianças, a identificação de alguns agentes destas doenças implica exclusão de vias alternativas de contágio (tais como infecção congénita) (5,6,23,25,31).

No que diz respeito ao exame inicial de pacientes adultos a adolescentes, a colheita de amostras para o diagnóstico laboratorial de IST dá à vítima e ao clínico a opção de adiar o tratamento profilático (30). Contudo, como o cumprimento com as consultas de seguimento é geralmente baixo, a decisão de efetuar colheitas para diagnóstico deve ser feita numa base individual (29–31). Em qualquer caso, a profilaxia para este tipo de doenças deve ser oferecida a vítimas nesta faixa etária que se apresentem ao serviço de urgência por agressão genital, anal ou oral, com ou sem ejaculação (21,25,31,32). No exame inicial destes pacientes e, se indicado, em exames subsequentes, deve ser oferecida informação sobre os sintomas de IST e sobre a necessidade imediata de efetuar exames se estes surgirem. Adicionalmente, deve ser encorajada a abstinência sexual até à conclusão do tratamento profilático (5,16,29,30).

No caso específico das crianças, o aconselhado é testar a presença de IST em detrimento do tratamento preventivo. Estas recomendações baseiam-se na baixa incidência da maioria destas doenças nesta população após abuso, no menor risco de infecção ascendente e na maior taxa de adesão às consultas de seguimento (5,21,25,30–33).

Dada a diferença de abordagem entre crianças e adolescentes e adultos, estes dois grupos etários irão ser tratados separadamente.

4.4.1 Adolescentes e adultos

Como já foi dito anteriormente, nestas vítimas, a decisão de efetuar testes para o diagnóstico de IST deve ser feita numa base individual (29–31). Se a decisão for a de testar a vítima, uma avaliação inicial deve incluir testes de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) feitos a partir de colheitas dos locais de penetração (ou tentativa de penetração) para pesquisa de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*. Estes testes podem também ser feitos para a pesquisa de *T. vaginalis* a partir de amostras vaginais e de urina. Devem também ser feitas colheitas de sangue para avaliar a presença do vírus da imunodeficiência humana (VIH), do vírus da hepatite B (VHB) e de sífilis (29–31). Por outro lado, a realização de serologia para a pesquisa do vírus da hepatite C (VHC) não é recomendada por rotina,

sendo este vírus raramente abordado na bibliografia (16,23). Apesar da ausência de profilaxia eficaz contra este vírus, é possível a orientação da vítima para uma consulta de hepatologia no caso da serologia se mostrar positiva (34).

Dada a baixa adesão às consultas de seguimento, deve ser oferecido a estas vítimas tratamento preventivo como rotina sempre que na história esteja descrita agressão genital, anal ou oral, com ou sem ejaculação. O regime antibiótico recomendado para clamídia, gonorreia e tricomoníase inclui:

- Ceftriaxona, 250 mg intramuscular, dose única; mais
- Azitromicina 1g oral, dose única; mais
- Metronidazol 2g oral, dose única ou tinidazol 2g oral, dose única (29–31).

O regime profilático do VHB consiste na administração de vacinação por via intramuscular, nas situações em que a vítima não tiver sido previamente imunizada. A primeira dose deve ser dada no serviço de urgência, a segunda dose após 1-2 meses e a terceira dose após 4-6 meses. Se for conhecido que o abusador é portador de hepatite B, deve ser considerada a administração concomitante de imunoglobulina anti-hepatite B (25,29,30). Pacientes previamente imunizados que não tenham efetuado testes pós-vacinação devem receber uma única vacina de reforço (30).

No caso do vírus do papiloma humano (HPV), a vacinação é recomendada para mulheres com idades entre os 9 e os 26 e para homens entre os 9 e os 21 anos. Tal como no caso da hepatite B, a primeira dose deve ser administrada no serviço de urgência e as seguintes após 1-2 e 6 meses (30,31).

O VIH pode também ser transmitido através de abuso sexual, devendo ser considerado o uso de terapêutica antirretroviral como profilaxia para esta doença, de acordo com o risco específico de cada doente. Vários fatores podem aumentar a probabilidade de transmissão do VIH, tais como a epidemiologia local do VIH/SIDA, a existência de mais de um abusador (ou mais de um episódio), a ocorrência de hemorragia durante o abuso, o local da ejaculação (nomeadamente se esta ocorreu em membranas mucosas), a ocorrência de penetração vaginal ou anal, a carga viral do ejaculado e a presença de uma IST ou lesões genitais no assaltante ou na vítima (16,21,25,30,31). Assim, no exame inicial deve ser avaliada a possibilidade de exposição ao VIH, devendo as vítimas consideradas como em risco de adquirir infeção ser informadas sobre os benefícios da profilaxia que deve ser iniciada o mais rapidamente possível (e até 72 horas após o abuso) para que a eficácia desta seja máxima (7,16,21,25,29–31). Deve também ser oferecida informação sobre os

potenciais efeitos secundários da medicação (ênfatizando que efeitos adversos graves são raros) e sobre a importância das consultas de seguimento e da adesão ao regime prescrito (7,25,30,31).

Antes de iniciar qualquer regime terapêutico é importante que seja obtido um hemograma completo, testes de função renal e hepática, glicemia, lipidemia e amilase e também que sejam realizados testes para avaliar a presença de VIH, sífilis e hepatite B (7,25). O início da profilaxia não deve ser atrasado enquanto se aguarda os resultados. Existem diversos regimes terapêuticos disponíveis (25).

Uma consulta de seguimento deve ser realizada após duas semanas para a avaliação dos resultados dos exames solicitados na avaliação inicial e, se necessário, para a realização de exames adicionais (3).

4.4.2 Crianças

A avaliação de crianças em casos de agressão sexual deve ser conduzida por um médico experiente com o objetivo de minimizar a dor e o trauma que desta podem advir (5,30).

O tratamento profilático para IST, tal como já foi dito anteriormente, não é recomendado como rotina devido ao baixo risco de transmissão, à baixa prevalência destas infeções nesta população, ao menor risco de infeção ascendente e à maior adesão às consultas de seguimento (5,21,25,30–33). Se for tomada a decisão de instituir esta terapêutica, tal deverá ser feito após a colheita de amostras para diagnóstico. A eficácia destes regimes na prevenção destas doenças não está totalmente estabelecida (5).

A decisão de colher amostras genitais ou outras para avaliar a presença de uma IST também deve ser feita numa base individual (5,25,30–32). Os fatores que devem levar o médico a considerar o rastreio destas infeções incluem:

- Ocorrência de penetração ou evidências de lesões genitais, anais ou na orofaringe;
- A vítima, por força da idade ou por atraso de desenvolvimento, não for capaz de revelar a agressão e os factos relacionados com esta;
- Abuso cometido por um estranho;
- Suspeita de existência de mais de um abusador;

- Ser conhecido que o abusador é portador de uma infeção sexualmente transmissível ou se encontra em alto risco de tal;
- A criança ter irmãos ou outros membros do agregado familiar com uma IST;
- A criança viver numa área com alta taxa de IST;
- A criança tenha sinais e sintomas de IST;
- A criança ou os pais peçam os testes (5,6,25,30,31).

No caso específico da infeção por VIH é possível que o risco de transmissão seja superior nas crianças, dado que nestas o abuso está mais vezes associado a lesões nas mucosas e a múltiplos episódios (5,25,30). Não obstante, a decisão de testar deve ser feita numa base individual dependendo da probabilidade de infeção (30,31). Nos casos em que o risco de infeção é bastante elevado, deve ser oferecido tratamento profilático, sendo este tipicamente bem tolerado devido ao curto período recomendado (28 dias). Ao considerar a possibilidade de oferecer este tratamento, os profissionais de saúde devem avaliar se é possível iniciá-lo dentro das 72 horas após a exposição, qual a probabilidade do abusador ser portador da infeção e qual a probabilidade de adesão ao regime proposto. O benefício potencial de tratar uma criança deve ser pesado contra o risco de reações adversas (5,21,30).

Fora do período neonatal, a identificação de agentes deste tipo de infeções em crianças sugere fortemente uma história de contacto sexual. Contudo, a relevância da identificação de um tal organismo enquanto prova de abuso varia entre agentes (5,6,23,30,35). Por exemplo, a infeção genital com *T. vaginalis* ou infeção retal ou genital com *C. trachomatis* pode ter sido adquirida no período perinatal e, em alguns casos de infeção por clamídia, pode persistir durante 2-3 anos (5,29,30,32,35). Apesar de, atualmente, este tipo de acontecimento ser incomum devido ao rastreio e tratamento pré-natal de mulheres grávidas, é importante ter em conta a possibilidade destas vias de transmissão (30). A maioria das infeções por VHB resulta de exposição familiar a pessoas infetadas com hepatite B crónica (5,29,30). Verrugas genitais podem também ser diagnosticadas fora do contexto de agressão sexual (3,5,29,35,36). A vaginose bacteriana pode ser diagnosticada em crianças que foram abusadas, mas a sua presença não prova transmissão por contacto sexual (30,35).

As baixas taxas de deteção de IST em crianças devem-se, em parte, às limitações dos testes de diagnóstico disponíveis atualmente. Devido às consequências legais e

psicossociais de um resultado falso-positivo, apenas testes com altas especificidades devem ser utilizados. O benefício potencial de um diagnóstico fidedigno justifica adiar o tratamento presuntivo até ser possível obter amostras para testes altamente específicos (5,25). Nesta população, a cultura é considerada o *gold standard* para o diagnóstico de *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* devido à sua alta especificidade. No entanto, o seu custo, a dificuldade na colheita de amostras adequadas e em manter a viabilidade dos organismos durante o transporte e armazenamento diminui a sua sensibilidade. Alternativamente podem ser utilizados testes de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) que são menos invasivos e oferecem uma maior sensibilidade, especialmente no diagnóstico de clamídia (22,25). Este tipo de exames têm sido progressivamente mais utilizados e são atualmente recomendados como alternativa à cultura em amostras vaginais ou de urina no sexo feminino para a deteção de *C. trachomatis*. No entanto, a cultura continua a ser o método preferido para amostras uretrais ou de urina no sexo masculino e para espécimes extragenitais de todas as crianças (22,25,31,37). Quando um TAAN é utilizado, um resultado positivo para *N. Gonorrhoeae* deve ser confirmado utilizando um segundo teste ou um alvo molecular diferente. Por outro lado, em face a um resultado positivo na pesquisa de *C. Trachomatis* é apenas recomendada a orientação para uma consulta com um especialista nesta área (22).

Nos casos de exposição recente, os organismos infecciosos adquiridos podem não originar resultados positivos nos exames efetuados. Alternativamente, resultados positivos neste contexto podem representar secreções do abusador, sendo esta situação uma indicação para o tratamento da criança. Uma segunda visita deve ser programada aproximadamente após 2 semanas e nesta devem ser colhidas amostras adicionais para identificar qualquer infeção que não tenha sido detetada no momento da avaliação inicial. Nas situações de abuso de repetição (por longo período de tempo com múltiplos episódios de abuso) em que tiver decorrido um longo período entre o último episódio e a observação médica, uma avaliação única da criança pode ser suficiente (30). Se uma IST for diagnosticada, essa criança deve também ser testada para outras infeções comuns antes do tratamento ser iniciado, já que o tratamento poderá interferir com o diagnóstico de outras infeções sexualmente transmissíveis (5,25).

5 PANORAMA PORTUGUÊS

Portugal dispõe de instituições e profissionais capazes de garantir uma abordagem adequada nos casos de vítimas de agressão sexual, incluindo o tratamento imediato a nível médico, o diagnóstico médico-legal e forense e o apoio psicossocial. Contudo, não se encontra disponível um sistema integrado de intervenção a nível nacional que englobe todos estes componentes, não estando assegurada uma resposta atempada e de qualidade (6).

Uma das formas de resolver este problema é através da criação de protocolos de atuação. Estes devem englobar não só a forma de atuar perante cada problema enfrentado pelas vítimas de agressão sexual (prevenção de IST, tratamento de lesões, exame médico forense, entre outros), mas devem também orientar a colaboração entre os vários serviços, nomeadamente os clínicos e os médico-legais (5). Em Portugal existam algumas iniciativas promovidas isoladamente por algumas instituições (e, por isso, sem expressão a nível nacional) e outras que tentam integrar diferentes serviços para uma abordagem multidisciplinar da vítima (5,6). Salientamos aqui as seguintes publicações:

- O protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça e a Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco que fixa os termos da colaboração entre os profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P. (INML) no que diz respeito à realização de perícias forenses em vítimas menores de idade. Assim, quando em contacto com uma vítima de agressão sexual (menor de idade), o profissional de saúde deve contactar os serviços forenses disponíveis na área, nomeadamente as Delegações ou Gabinetes Médico-legais quando dentro do horário normal de funcionamento ou o perito constante da escala de perícias urgentes quando fora deste. Quando não for possível a realização atempada da perícia a vítima pode ser transportada para uma outra unidade do SNS na qual será observada pelo perito. Se tal não se mostrar possível, a colheita e acondicionamento das amostras deve ser assegurada pelo médico do SNS, orientado telefonicamente pelo perito. Este protocolo acrescenta ainda que as colheitas necessárias para deteção de infeções sexualmente transmissíveis e gravidez devem ser feitas em simultâneo com as restantes colheitas (6,38);
- As recomendações criadas pela Sociedade de Infeciologia Pediátrica no que diz respeito à profilaxia de infeções sexualmente transmissíveis em crianças e

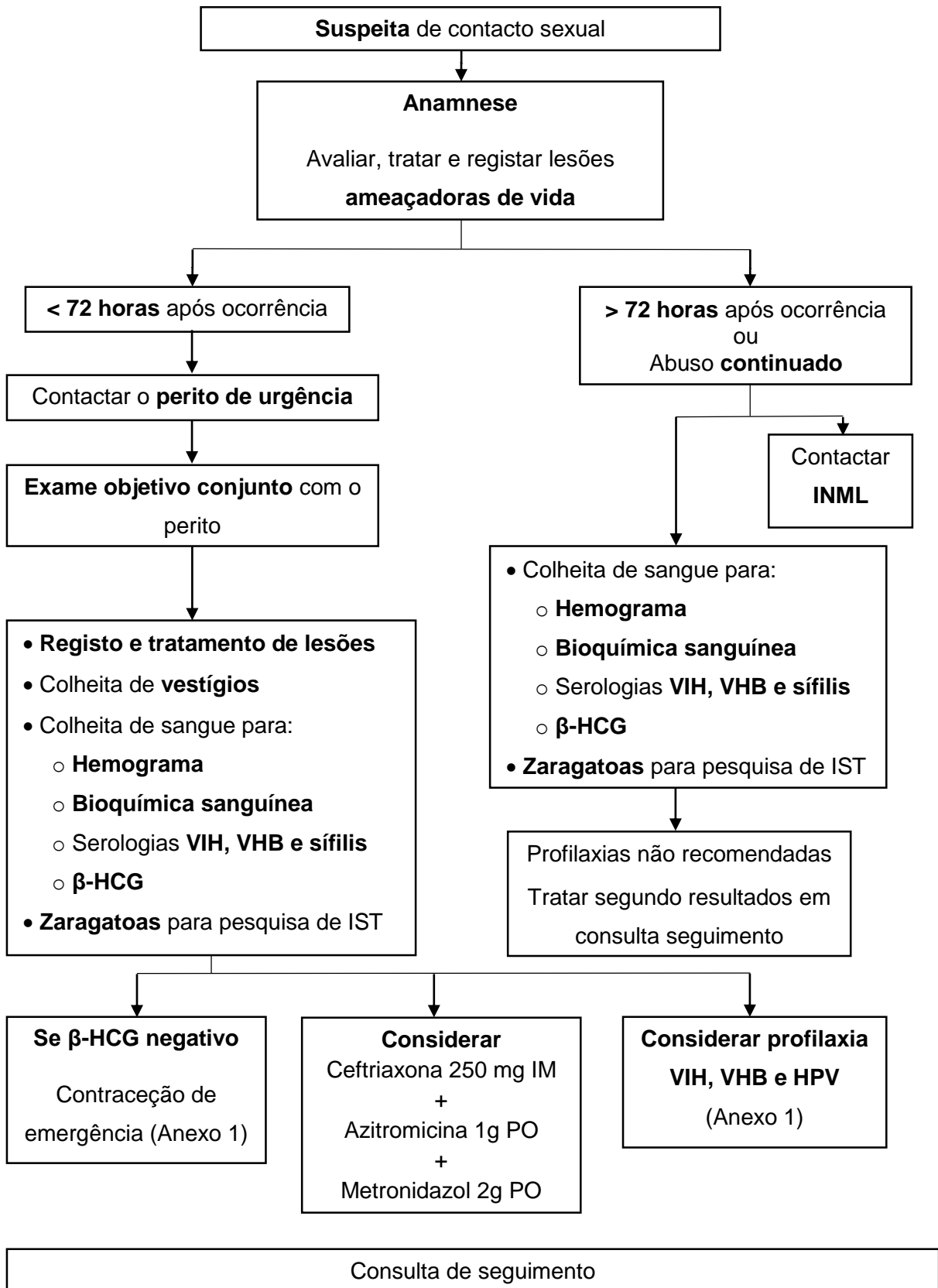
adolescentes vítimas de abuso sexual. Estas apresentam como objetivo a definição de uma política comum a todos os hospitais, garantindo os cuidados mais adequados nesta área da intervenção (34);

- As normas procedimentais que envolvem a colheita de informação, o exame físico e a colheita de vestígios em crianças e jovens vítimas de abuso físico e/ou sexual, aprovadas pelo INML em Janeiro de 2010 e ratificadas pelo Colégio da Especialidade de Medicina Legal da Ordem dos Médicos (11).

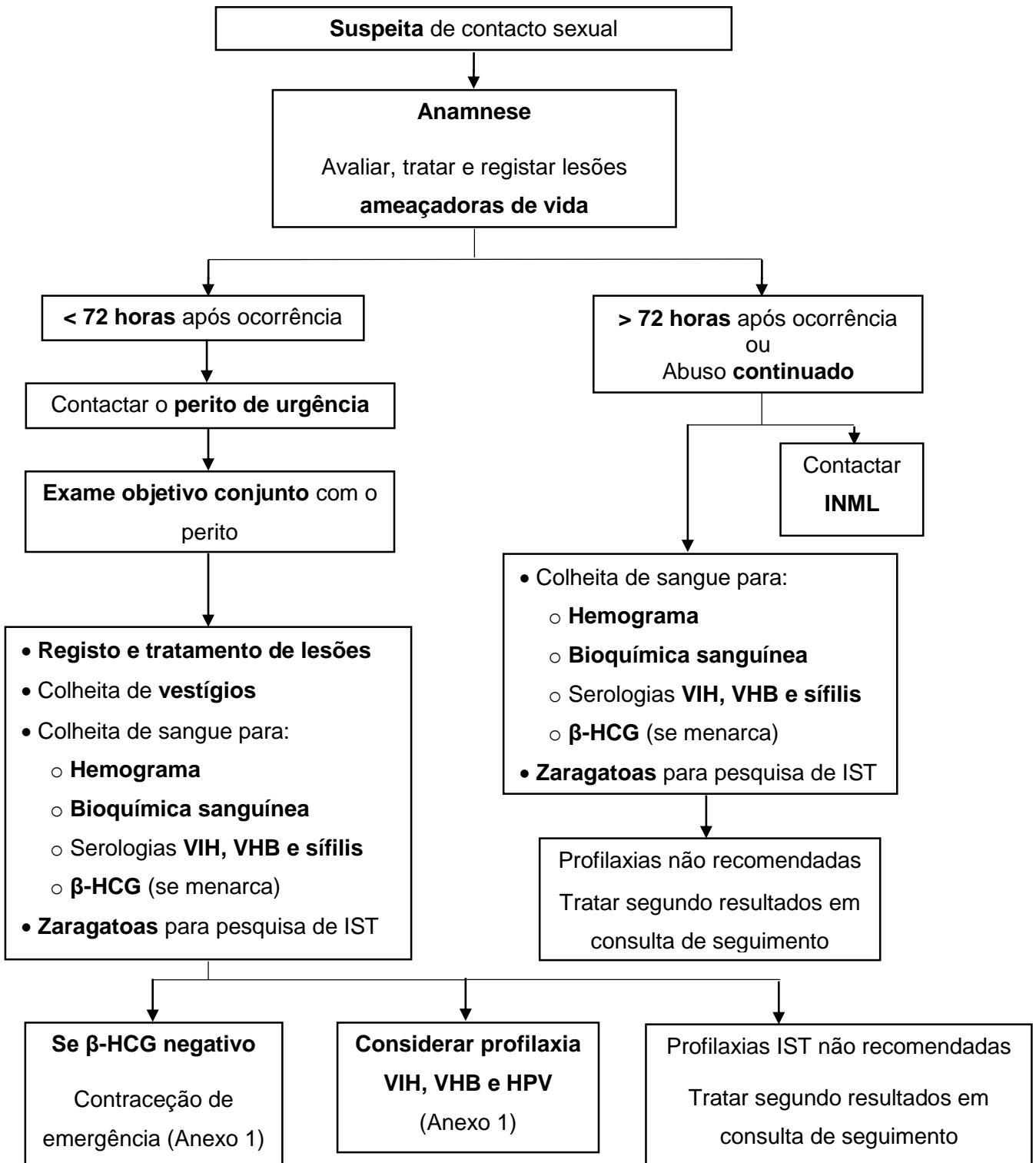
Todas estas orientações técnicas apenas abordam alguns dos tipos de serviços necessários na abordagem das vítimas de agressão sexual. De igual modo, apenas se referem a menores de idade, não tendo sido encontradas publicações que descrevessem estes procedimentos em adultos.

Salienta-se assim a necessidade da criação de protocolos que integrem os diferentes serviços necessários, com vista a uma uniformização dos cuidados a nível nacional e a um melhor cuidado da vítima. De seguida apresenta-se uma proposta que tenta englobar todos estes fatores, definindo os procedimentos a realizar pelos diversos profissionais na abordagem imediata da vítima no serviço de urgência.

6 PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA ADULTOS E ADOLESCENTES



7 PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA CRIANÇAS



8 BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Global Status Report on Violence Prevention 2014.
2. Burtchart A, Harvey AP, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence.
3. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.
4. World Health Organization. Violence against women [Internet]. World Health Organization. 2016 [citado 4 de Janeiro de 2016]. Obtido de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
5. Magalhães T, Vieira DN, editores. Abuse & Neglect Series 1. To improve the management of child abuse and neglect. Maia: SPECAN; 2011.
6. Magalhães T, Vieira DN, editores. Abuso & Negligência Série 2. Agressões sexuais. Intervenção pericial integrada. Maia: SPECAN; 2013.
7. Cybulska B. Immediate medical care after sexual assault. Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2013;27(1):141–9.
8. Leça A, Perdigão A, Laranjeira A, Menezes B, Velez C, Prazeres V. Maus tratos em crianças e jovens-guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Direcção Geral de Saúde. 2011;
9. Magalhães T, Ribeiro C. A colheita de informação a vítimas de crimes sexuais. Acta Médica Portuguesa. 2007;20(5):439–45.
10. Littel K. A national protocol for sexual assault medical forensic examinations: Adults/Adolescents Second Edition.
11. Magalhães T, Ribeiro CS, Jardim P, Vieira DN. Procedimentos forenses no âmbito da recolha de informação, exame físico e colheita de vestígios em crianças e jovens vítimas de abuso físico e/ou sexual. Acta Médica Portuguesa. 2011;24(2):339–48.
12. Santos E. Código Penal [Internet]. 2015 [citado 11 de Outubro de 2015]. Obtido de: <http://www.homepagejuridica.net/dreito-penal-2/694-codigo-penal.html>
13. Santos E. Código Processo Penal [Internet]. 2015 [citado 11 de Outubro de 2015]. Obtido de: <http://www.homepagejuridica.net/dreito-processual-2/718-codigo-de->

processo-penal.html

14. Costa DP. Crimes públicos e crimes semi-públicos: quando denunciar? Revista Portuguesa do Dano Corporal. 2008;(18):99–115.
15. Policy briefing : Comparing Sexual Assault Interventions across Europe [Internet]. COSAI Project. 2012 [citado 23 de Janeiro de 2016]. Obtido de: <http://www.cosai.eu/products/documents.html>
16. Luce H, Schragger S, Gilchrist V. Sexual assault of women. American Family Physician. 2010;81(4):489–95.
17. Models of intervention for women who have been sexually assaulted in Europe: A review of the literature [Internet]. COSAI Project. 2012 [citado 23 de Janeiro de 2016]. Obtido de: <http://www.cosai.eu/products/documents.html>
18. European Institute for Gender Equality. Study to identify and map existing data and resources on sexual violence against women in the EU [Internet]. 2013 [citado 17 de Janeiro de 2016]. Obtido de: <http://eige.europa.eu/gender-based-violence/eiges-studies-gender-based-violence/study-identify-and-map-existing-data-and-resources-sexual-violence-against-women-eu>
19. Eogan M, McHugh A, Holohan M. The role of the sexual assault centre. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2013;27(1):47–58.
20. Ingemann-Hansen O, Charles AV. Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2013;27(1):91–102.
21. Trotman GE, Young-Anderson C, Deye KP. Acute sexual assault in the pediatric and adolescent population. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2015;
22. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, et al. Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2015;
23. Giardino AP, Datner EM, Asher JB. Sexual Assault Victimization Across the Life Span: A Clinical Guide. GW Medical Publishing; 2003.
24. Choi DS, Kim M, Hwang KJ, Lee KM, Kong TW. Effectiveness of emergency contraception in women after sexual assault. Clinical and Experimental Reproductive Medicine. 2013;40(3):126–30.

25. Evaluation and management of the sexually assaulted or sexually abused patient [Internet]. 2.^a ed. Dallas: American College of Emergency Physicians; 2013. Obtido de: <http://www.nhcadsv.org/uploads/Sexual-Assault-e-book.pdf>
26. World Health Organization. Emergency contraception [Internet]. World Health Organization. 2016 [citado 2 de Fevereiro de 2016]. Obtido de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>
27. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet*. 2010;375(9714):555–62.
28. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Emergency contraception. *Pediatrics*. 2012;130(6):1174–82.
29. Krolkowski AM, Koyfman A. Emergency Centre care for sexual assault victims. *African Journal of Emergency Medicine*. 2012;2(1):24–30.
30. Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2015;64(3).
31. Workowski KA, Berman SM. Centers for Disease Control and Prevention sexually transmitted disease treatment guidelines supplement. *Clinical Infectious Diseases*. 2011;53(Suppl 3):59–63.
32. Simmons KJ, Hicks DJ. Child sexual abuse examination : is there a need for routine screening for N gonorrhoeae and C trachomatis? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2005;18(5):343–5.
33. Matkins PP, Jordan KS. Pediatric sexual abuse emergency department evaluation and management. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2009;31(2):140–52.
34. Cotrim J, Margatho M, Mação P, Santos S, Jorge A, Gaspar E, et al. Profilaxia de infeções sexualmente transmissíveis na criança e adolescente vítima de abuso sexual. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2013;44(4):189–95.
35. Hammerschlag MR. Sexual assault and abuse of children. *Clinical Infectious Diseases*. 2011;53(Suppl 3):103–9.
36. Bechtel K. Sexual abuse and sexually transmitted infections in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*. 2010;22(1):94–9.
37. Seña AC, Hsu KK, Kellogg N, Girardet R, Christian CW, Linden J, et al. Sexual

- assault and sexually transmitted infections in adults, adolescents, and children. *Clinical Infectious Diseases*. 2015;61(Suppl 8):856–64.
38. Magalhães T, Vieira DN. Proteção de crianças e jovens em risco: considerações sobre o protocolo nacional de 2011. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. 2011;(22):9–22.

ANEXOS

ANEXO 1

Profilaxia HIV (iniciada até 72 horas após a agressão)	
<p>Lactentes >4kg ≤10kg</p>	<p>Zidovudina 180-240 mg/m² PO 2id (máx 300mg 2id) ou 12mg/kg PO 2id</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Lamivudina 4 mg/kg PO 2id, (máx 150 mg 2id)</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Lopinavir/Ritonavir (máx 400/100 mg 2id): lopinavir 12 mg/kg; ritonavir 3 mg/kg PO 2id</p>
<p>Crianças >10kg <30 kg</p>	<p>Zidovudina 9 mg/kg PO 2id (máx 300 mg 2id)</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Lamivudina 4 mg/kg PO 2id (máx 150 mg 2id)</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Lopinavir/Ritonavir (máx 400/100 mg 2id): lopinavir 10 mg/kg; ritonavir 2,5 mg/kg PO 2id</p>
<p>Adolescentes e adultos</p>	<p>Zidovudina 300mg PO 2id</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Lamivudina 150 mg PO 2id</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Tenofovir 300 mg PO id</p>

Contraceção de emergência:

- 1,5 mg levonorgestrel (até 72 horas após a agressão) OU;
- 30 mg acetato de ulipristal (até 120 horas após a agressão).

Profilaxia VHB:

- Vacinar vítimas não previamente imunizadas ou que não tenham efetuado testes pós-vacinação;
- Esquema de vacinação:
 - 1ª dose – no SU
 - 2ª dose – após 1-2 meses
 - 3ª dose – após 4-6 meses

Profilaxia HPV

- Vacinar vítimas não previamente imunizadas:
 - Homens entre os 9 e os 21 anos
 - Mulheres entre os 9 e os 26 anos
- Esquema de vacinação:
 - 1ª dose – no SU
 - 2ª dose – após 1-2 meses
 - 3ª dose – após 6 meses