



ELSEVIER

Reprodução & Climatério

<http://www.sbrh.org.br/revista>



Artigo de revisão

Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que sofrem crimes sexuais[☆]

Jefferson Drezett^{a,b,*}, Márcia de Toledo Blake^{a,b}, Kennya Silva Formiga de Lira^b, Renata Martins Pimentel^b, Fernando Adami^a, Maria Misrelma Moura Bessa^b e Luiz Carlos de Abreu^{a,c}

^a Laboratório de Escrita Científica e Delineamento de Estudos da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil

^b Núcleo de Violência Sexual e Aborto Legal do Hospital Pérola Byington, São Paulo, SP, Brasil

^c Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 9 de março de 2013

Aceito em 23 de março de 2013

On-line em 18 de julho de 2013

Palavras-chave:

Violência sexual

Violência contra a mulher

Doenças sexualmente transmissíveis

Infecções por hiv

R E S U M O

A violência sexual pode se associar com traumas físicos, letalidade, transtornos sexuais, gravidez indesejada, consequências psicológicas e doenças sexualmente transmissíveis (DST). As DST apresentam alta prevalência e incidência em mulheres que sofrem violência sexual. Sua ocorrência depende do tipo e da frequência das exposições sexuais, de lesões genitais concomitantes, idade e suscetibilidade da vítima, condição da membrana himenal, presença de DST inflamatória ou úlcera prévia e do status sorológico ou da carga viral do agressor. Crimes sexuais atingem particularmente mulheres jovens e vulneráveis, com agravos para a saúde reprodutiva que incluem maior risco de infertilidade e de câncer anogenital. Este artigo apresenta revisão narrativa da literatura, com aspectos atuais sobre a incidência e a prevalência dos diferentes agentes etiológicos das DST, suas repercussões para a saúde reprodutiva e medidas de profilaxia medicamentosa após a exposição sexual consumada.

© 2012 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Sexually transmitted diseases in women who suffer sexual crimes

A B S T R A C T

Sexual violence can be associated with physical trauma, lethality, sexual disorders, unwanted pregnancy, psychological consequences and sexually transmitted diseases (STD). The STD feature high prevalence and incidence in women who suffer sexual violence. Its occurrence depends on the type and frequency of sexual exposures, injuries concomitant genital, age and the victim's susceptibility, condition of hymenal membrane, presence of inflammatory STD or pelvic ulcer, and serological or viral load status of the perpetrator. Sex crimes reach particularly vulnerable young women, with damages for reproductive health including increased risk of infertility and anogenital cancer. This article presents the narrative literature review, with current aspects on the incidence and prevalence of different etiological

Keywords:

Sexual violence

Violence against women

Sexually transmitted diseases

HIV infection

[☆] Trabalho feito no Núcleo de Violência Sexual e Aborto Legal, Hospital Pérola Byington, São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: jdrezett@gmail.com (J. Drezett).

agents of the STD, repercussions for reproductive health, and measures of drug prophylaxis after sexual exposure is consummated.

© 2012 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Published by Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](#)

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência sexual como qualquer ato de natureza sexual tentado ou consumado sem o consentimento da mulher, exercido por meio coercitivo ou intimidatório, com emprego de armas, força física, ameaça ou temor psicológico. Ao mesmo tempo, a violência sexual é considerada grave violação de direitos humanos e problema de saúde pública e representa a extrema restrição da autonomia sexual e reprodutiva da mulher.¹

Enquanto os homicídios predominam entre pessoas do sexo masculino, a violência sexual atinge contundentemente as mulheres e causa sequelas físicas e emocionais que as tornam mais vulneráveis a problemas de saúde.² Crimes sexuais frequentemente se associam com traumas físicos, letalidade, disfunções sexuais, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST).³

A OMS estima que ocorreram 340 milhões de novos casos de DST bacterianas entre pessoas em idade reprodutiva em 1999, com 10 milhões a 12 milhões de infecções no Brasil. Outros milhões de DST virais foram diagnosticados no mesmo período, com custos consideráveis para os sistemas de saúde.⁴ Contudo, não há informação sobre quantas dessas infecções decorrem da violência de gênero, ainda que as evidências indiquem que entre 12% e 58% das mulheres que sofrem violência sexual desenvolvam alguma DST.⁵

A prevalência de DSTs nos crimes sexuais depende de diferentes fatores, como o tipo e a frequência das exposições, a ocorrência de lesões genitais, idade e suscetibilidade da vítima, rotura da membrana himenal, situação sorológica ou carga viral do agressor, exposição a secreções sexuais ou sangue ou presença de DST inflamatória ou úlcera genital no momento da violência.^{2,6-8}

O tipo de ato sexual praticado durante a violência é considerado fundamental. Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), o risco de contaminação pelo vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV) é da ordem de 10 por 10.000 nas exposições vaginais receptivas e aumenta para 50 por 10.000 quando se trata de sexo anal. Por outro lado, o risco no contato sexual oral exclusivo é expressivamente menor, estimado em 1 por 10.000 exposições.⁹

Condições de vulnerabilidade

A possibilidade de contaminação pelas DST aumenta nos casos de violência sexual múltipla ou repetida. Na Colômbia, entre 255 adolescentes em situação de exploração sexual comercial em centros urbanos observou-se prevalência de 31% de DST, com 8,6% dos testes anti-HIV positivos.¹⁰ Outro fator relevante é o número de agressores envolvidos na violência sexual. Há relatos da participação efetiva de dois ou mais

autores em 10% a 20% dos crimes sexuais praticados em centros urbanos.^{11,12}

A penetração vaginal é descrita como o ato mais frequente nos crimes sexuais contra mulheres jovens e em idade reprodutiva, geralmente praticada mediante intimidação psicológica.^{11,13,14} A ameaça de morte, principalmente com arma de fogo, pode inibir a resistência da mulher ao autor e terminar por reduzir a ocorrência de lesões físicas.¹³ Mesmo assim, danos genitais podem afetar entre 5% e 65% das vítimas da violência sexual e facilitar a inoculação de agentes infecciosos.^{13,15} Esse risco é igualmente considerado para mulheres virgens, quando o crime sexual com penetração vaginal rompe a membrana himenal.¹⁶

Crianças que sofrem violência sexual apresentam maior vulnerabilidade para DST, justificada pela imaturidade anatômica e fisiológica do trato genital inferior.² A infecção por *Neisseria gonorrhoeae* pode ocorrer entre 2,8% e 28% dos casos, por *Chlamydia trachomatis* entre 1,2% e 8%, por *Trichomonas vaginalis* entre 1% e 6%, por *Treponema pallidum* entre 0,1% e 1,5% e por herpes vírus entre 0,1% e 0,5%.¹⁷ Cerca de 60% dessas crianças têm exame anogenital normal ou com achados inespecíficos.¹⁵

Em Manaus, quase 60% das meninas portadoras de DST atendidas em serviço especializado tinham história suspeita ou confirmada de abuso sexual. O condiloma anogenital foi o achado mais frequente (47%), seguido da infecção pelo gonococo (5,3%), pelo herpes genital (5,3%) e pelo tricomonas (3,8%).¹⁸

A ocorrência de DST entre adolescentes brasileiras em situação de violência sexual é menos conhecida. Estudo no Rio de Janeiro feito em serviço de saúde para jovens em condição de pobreza e risco social verificou prevalência de 22% de DST. Quase 13% das meninas de 11 a 14 anos tinham antecedente de abuso sexual e 6% se encontravam em situação de exploração sexual comercial.¹⁹ Outro estudo na Região Metropolitana de São Paulo com 135 adolescentes de 10 a 20 anos que sofreram episódio único de violência sexual encontrou incidência de 31,1% de DST.⁵

Na Rússia, investigação em serviço de saúde especializado em DST constatou que a violência praticada pelo parceiro íntimo se associou com a adesão inconstante ao preservativo e com maior prevalência de uso de drogas, tanto entre as mulheres como nos agressores.²⁰ Estudo com mulheres africanas de 15 a 21 anos indica que o temor de sofrer abuso sexual não representa impeditivo para que quase 90% delas usassem o preservativo irregularmente, mesmo entre aquelas com maior conhecimento sobre as DSTs.²¹

Trabalhadoras do sexo também estão sujeitas à interseção entre violência e DST. Em Londres, Inglaterra, mulheres jovens imigrantes de países da Europa Oriental que trabalham na prostituição apresentaram prevalência de sífilis de 2,2%, de clamídia ou gonococo de 6,4% e sorologia positiva anti-HIV

de 1,1%.²² Análises qualitativas como as conduzidas em Mombasa e Nalvasha, no Quênia, sugerem que a violência física e sexual contra trabalhadoras do sexo se relaciona com a dificuldade de negociação do pagamento e do uso do preservativo. As mais jovens e menos experientes parecem ter menor habilidade para identificar clientes potencialmente violentos.²³

Revisão sistemática entre 2000 e 2010 constatou alta prevalência de violência sexual praticada pelo parceiro íntimo contra mulheres africanas durante a gestação, associando-se com a infecção pelo HIV, nível socioeconômico menos favorecido, baixa idade da mulher e consumo de álcool e de drogas pelo parceiro.²⁴ De fato, entre gestantes que sofrem violência sexual a frequência de DST se mostra significativamente maior.²⁵

Mulheres que sofrem crimes sexuais durante a gestação podem ter consequências variáveis para o processo gestacional e para o produto da concepção. A infecção pelo gonococo pode levar a abortamento, parto prematuro, rotura prematura de membranas, corioamnionite, baixo peso ao nascer e infecção neonatal. A clamídia pode ser causa de abortamento, restrição de crescimento fetal, trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer e infecção puerperal.²⁶

Portadoras de doença mental são particularmente vulneráveis aos crimes sexuais e acredita-se que atinjam metade dessas mulheres ao menos uma vez na vida. Transtornos psiquiátricos severos limitam a autonomia dessas mulheres e facilitam que o abuso sexual se repita por anos, o que aumenta o risco das DSTs.²⁷

Clamídia, gonococo e doença inflamatória pélvica

Quase 90 milhões de novos casos de clamídia ocorrem no mundo a cada ano e atingem principalmente pessoas jovens sexualmente ativas. Estima-se que nos EUA ocorram entre três milhões a quatro milhões de novas infecções por clamídia, o que resulta em um milhão de casos de doença inflamatória pélvica (DIP) e 250 mil internações hospitalares anuais.⁴ Os sorotipos L1, L2 e L3 da *Chlamydia trachomatis* são responsáveis pelo linfogranuloma venéreo, igualmente transmitido no intercuro sexual, mas restrito às regiões Norte e Nordeste do país.^{5,9} Não há referência de linfogranuloma venéreo associado com violência sexual.

A transmissão do gonococo é de 50% por intercuro sexual, com prevalência de 0,9% entre mulheres brasileiras e de 1,5% entre gestantes.⁶ Embora clamídia e gonococo comprometam ambos os sexos, as consequências são mais graves para as mulheres. Acredita-se que a lesão tubária decorrente da DIP cause infertilidade para 100 mil mulheres e gestação ectópica tubária para 70 mil.⁴ Estudo caso-controle em Ruanda verificou que história de violência sexual, sorologia positiva para o HIV e infecção pela clamídia foram fatores preditivos para a infertilidade por fator tubário.²⁸

Estudo prospectivo em Seattle, EUA, com mulheres jovens que receberam atendimento nas primeiras 72 horas da violência sexual comparou material cervical coletado na admissão e após duas semanas. Controlando-se casos de DST considerados prévios à violência, constataram-se 4,2% de amostras positivas para o gonococo e 1,5% para clamídia.⁷ Outras

investigações corroboram essas observações, variando entre 0,8% e 9,6% para o gonococo e 1,5% a 26% para clamídia.^{5,8,16,29}

Crianças e adolescentes experimentam situação semelhante. Em estudo multicêntrico em quatro hospitais americanos que envolveu 536 crianças e adolescentes com até 13 anos vítimas de abuso sexual, a infecção por clamídia foi constatada em 3,1% dos casos e o gonococo em 3,3%. No entanto, a prevalência geral das DSTs foi inferior a 10%, menor do que a observada em mulheres adultas.^{5,15}

O gonococo é responsável por cerca de 40% dos casos de DIP e infecção simultânea com a clamídia pode ocorrer entre 20% e 30% dos casos. O gonococo costuma levar a sinais e sintomas genitais menos exuberantes nas mulheres, o que pode postergar o diagnóstico até o surgimento de complicações, como a dor pélvica crônica, a DIP ou a infertilidade.³⁰ A situação se agrava entre mulheres que sofrem violência sexual, na medida em que costumam postergar a busca por atendimento médico.³

Papilomavírus humano

A infecção pelo Papilomavírus humano (HPV) é uma das DSTs mais comuns entre pessoas sexualmente ativas, com aproximadamente 10% da população com lesões genitais clínicas induzidas pelo vírus.³¹ Estudo longitudinal, controlado e randomizado com 665 mulheres jovens americanas constatou que vítimas de crimes sexuais nos últimos 12 meses apresentaram chance 4,5 vezes maior de teste positivo para o HPV 16 ou 18 em colo de útero, o que sugere a violência sexual como fator de risco para infecção.³²

A incidência de condiloma acuminado anogenital em crianças tem aumentado notavelmente nas últimas duas décadas, assim como o interesse em sua associação com o abuso sexual. Lesões anogenitais induzidas pelo HPV podem ser transmitidas por diferentes modalidades de abuso sexual, seja pelo contato oral-genital, genital-genital e genital-anal ou pela manipulação digital da vagina ou do ânus da criança.³³

No entanto, a infecção pelo HPV em crianças não se resume à transmissão sexual. Análise de 42 pré-púberes com condiloma anogenital concluiu que 28,6% adquiriram HPV por transmissão vertical, que 7,1% resultaram da autoinoculação de verrugas cutâneas das mãos e que 4,8% se associaram ao abuso sexual. Contudo, a forma de transmissão foi considerada inconclusiva em mais da metade dos casos.³⁴

O surgimento de verrugas anogenitais nos primeiros anos após o nascimento pode ser justificado pelo prolongado período de latência do HPV nos casos de transmissão vertical.³⁴ Mas a idade da criança no momento em que surgem as lesões reserva relação com o abuso sexual. Estudo com 124 crianças portadoras de verrugas anogenitais, orais ou laríngeas encontrou média de idade de 6,5 anos para crianças vítimas de abuso sexual, comparada com 3,6 anos nos casos em que o abuso foi descartado. O valor preditivo das lesões pelo HPV nos casos de abuso sexual foi de 36% para crianças entre 4 e 8 anos e de 70% naquelas maiores de 8 anos.³⁵

A relação entre abuso sexual e infecção pelo HPV tem desfecho variável na literatura e métodos diferentes de investigação influenciam os resultados. Enquanto 2,3% de casos de abuso sexual são identificados nos procedimentos

do sistema judiciário,³⁶ a confirmação do abuso sexual alcança 22% ao se introduzir a avaliação médica e social³⁷ e 70% quando se adota abordagem interdisciplinar.³⁸

Vírus da imunodeficiência adquirida humana

A infecção pelo HIV é a principal preocupação para a maior parte das mulheres que sofrem crimes sexuais. Enquanto alguns estudos de incidência não constatam casos de HIV entre pessoas que sofrem violência sexual, outros encontram testes positivos entre 0,8% e 2,7% dos casos.^{5,7,16} O risco é comparável ou mesmo superior ao observado em outras formas de exposição sexual consentida, únicas e receptivas, ou nos acidentes com material infectante entre profissionais de saúde.²

Estudo transversal na Região Metropolitana de São Paulo com mais de 2.700 usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em idade reprodutiva constatou que mulheres com história de violência grave e repetida praticada pelo parceiro íntimo apresentaram maior chance de teste anti-HIV positivo.³⁹ Outra pesquisa em 13 municípios brasileiros que comparou mulheres com diagnóstico de HIV com usuárias de serviços públicos de saúde com condição sorológica desconhecida observou que aquelas que viviam com o HIV apresentaram maior frequência de história de violência sexual.⁴⁰

Os números envolvendo HIV e violência sexual são preocupantes em certas regiões. Na África do Sul, verificou-se aumento de 0,9% para 6,4% nos percentuais de testes anti-HIV positivos entre mulheres em situação de violência sexual no período de 2001 a 2005, com maior frequência de casos entre jovens de 16 e 20 anos.⁴¹

A infecção pelo HIV tem particular impacto em populações vulneráveis, como ocorre em países em conflito armado, onde a violência sexual é largamente praticada. Estima-se que 20 mil mulheres jovens e meninas em Uganda serão infectadas pelo HIV a cada ano como resultado do estupro, mesmo se tratando de grave crime de guerra.⁴²

Vírus linfotrópicos de células T humanas

Os *human T-lymphotrophic viruses* ou vírus linfotrópicos de células T humanas (HTLV) são retrovírus da família *Retroviridae* descobertos em 1981. O principal modo de transmissão conhecido dos HTLV é sexual e ocorre pelos linfócitos presentes no sêmen. A prevalência de anticorpos anti-HTLV I e II na população urbana brasileira varia entre 0,15% em Belém e 2% em Salvador. Em algumas populações indígenas na Amazônia esses percentuais podem superar 13%.⁶

O tropismo viral pelos linfócitos T acarreta em linfopenia e consequente inversão da relação CD4/CD8. Após duas a três décadas de incubação, uma minoria de infectados poderá desenvolver linfoma ou leucemia. O HTLV I se relaciona com a leucemia de células T do adulto (LLTA), com a paraparesia espástica tropical (PET) e com a mielopatia associada ao HTLV I (MAH).⁶

A implicação do HTLV II com doenças em humanos não está inteiramente elucidada, embora relatos o associem ao linfoma de células T e doenças neurológicas com maior índice

de mortalidade.⁶ Não há profilaxia para infecção pelos HTLV após exposição sexual. Gestantes que sofrem violência sexual e são infectadas pelos HTLV devem evitar a amamentação pela possibilidade de transmissão dos vírus pelo leite materno.²

São poucos os relatos que associam os HTLV com situações de violência sexual. Casseb e Gyorfí (1998)⁴³ foram os primeiros a descrever caso de HTLV I nessas circunstâncias.⁴³ Mais três casos de HTLV I foram reportados entre 154 mulheres adultas que sofreram crimes sexuais na Região Metropolitana de São Paulo, o que resultou em incidência de 1,9%.⁵

Sífilis

A sífilis é uma afecção sistêmica de importância mundial, com prevalência em torno de 4% na população geral brasileira e de 2% entre gestantes. A ocorrência da sífilis teve queda acentuada após a descoberta da penicilina, mas retomou crescimento concomitante à infecção pelo HIV.⁶ O *Treponema pallidum* pode ser diagnosticado em 1% a 12% das mulheres que sofrem crimes sexuais.^{5,7,30,44} Em países africanos, esses percentuais podem alcançar 4% em Uganda e 12,5% em Moçambique.^{44,45}

A transmissão da sífilis por intercurso sexual é de 60% quando o autor apresenta cancro duro ou condiloma plano. Gestantes que sofrem violência sexual estão sujeitas à infecção. A transmissão vertical transplacentária é frequente, na medida em que 80% das mulheres infectadas pela espiroqueta se encontram em idade reprodutiva. Entre 70% e 100% dos fetos de gestantes com sífilis não tratada são infectados, com repercussões graves que podem incluir o óbito fetal ou neonatal ou dano neurológico.⁶

Hepatites virais

No Brasil, existem cerca de dois milhões de portadores crônicos da hepatite B e três milhões da hepatite C. A maioria desconhece essa condição, o que repercute diretamente na contínua transmissão dos vírus.⁶ A prevalência dessas infecções entre autores de crimes sexuais é pouco conhecida. Na Grécia, entre homens condenados por estupro verificou-se 6,5% de sorologias positivas para a hepatite C e 13% para a hepatite B, percentuais significativamente maiores do que o observado na população geral.⁴⁶

A transmissão da hepatite B é predominantemente sexual e pode ser encontrada em até 3% das vítimas de violência sexual. A transmissão sexual da hepatite C é menos frequente, estimada entre 2% a 6% entre parceiros sexuais estáveis. Menos descrita na literatura, a hepatite C pode ser diagnosticada entre 1,4% e 3% das mulheres que sofrem crimes sexuais.^{5,16}

O Vírus Delta da hepatite (HDV), embora se transmita por via sexual, depende da presença do antígeno de superfície HBsAg para se reproduzir. Portanto, a pesquisa do HDV em casos de violência sexual só se justifica quando diagnosticada a infecção pelo vírus B. No Brasil, a hepatite Delta é restrita à região amazônica⁶ e não existe relato de casos relacionados com violência sexual.⁶

Gestantes que sofrem crimes sexuais podem adquirir a hepatite B ou C, com consequente transmissão vertical. O risco

é baixo para hepatite C, exceto nos casos de infecção simultânea com o HIV. Por outro lado, a transmissão vertical do vírus B alcança cerca de 90% dos casos e requer profilaxia neonatal com vacinação imediata e uso da imunoglobulina humana anti-hepatite B.²

Herpes vírus, cancro mole, donovanose e tricomoníase

O herpes vírus (HSV) pode ocorrer em cerca de 5% dos casos de violência sexual.^{5,16} A maioria dos acometimentos genitais é causada pelo HSV-2, embora o vírus do tipo 1 também possa estar envolvido. A prevalência de anticorpos anti-HSV-2 alcança 30% das mulheres americanas, embora apenas 5% delas relatem lesões clínicas genitais.⁴⁷ O percentual de anticorpos contra o HSV-2 entre gestantes brasileiras oscila entre 22% e 42%, com manifestação genital da doença em 11% dos casos.⁶

Gestantes que sofrem violência sexual e que se contaminam com o HSV podem enfrentar maior risco de prematuridade. A transmissão vertical pelo canal de parto depende do estágio da doença e varia de 41% a 50% na infecção primária e a até 3% nas recidivas.⁶ Na maioria dos casos, a infecção neonatal tem formas clínicas sem gravidade, que acometem a pele, a cavidade oral ou os olhos, raramente evoluindo para doença disseminada ou comprometimento neurológico.⁴⁸

O *Haemophilus ducreyi* é o bacilo Gram-negativo responsável pelo cancro mole, com risco de transmissão no intercurso sexual em torno de 80%. É pouco frequente no mundo, geralmente acomete mulheres em regiões tropicais e se associa com outras DSTs.⁶ Não há relato na literatura de cancro mole decorrente de violência sexual.

A donovanose também é de ocorrência rara, embora endêmica em países do sudeste da África, na região central da Austrália, na Papua-Nova Guiné e na Índia.⁹ No Brasil, pode ser excepcionalmente encontrada em áreas tropicais e subtropicais.⁶ Relatos de casos que associam a violência sexual e a donovanose são excepcionais na literatura.⁴⁹ Para gestantes que sofrem violência sexual, não há evidência de que o cancro mole cause repercussão gestacional ou neonatal.⁶

A tricomoníase é doença causada pelo protozoário flagelado *Trichomonas vaginalis*,⁶ com risco de transmissão entre 60% a 80% por intercurso sexual, e pode ocorrer em 2% a 22% das mulheres em situação de violência sexual.^{5,7,16} Embora não se costume atribuir ao protozoário maior importância em outras circunstâncias, em gestantes que sofrem violência sexual a infecção pode se relacionar com o trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas ovulares e baixo peso ao nascer.⁵⁰

Investigação das doenças sexualmente transmissíveis em violência sexual

A investigação laboratorial das DST em casos de violência sexual é recomendada desde o momento da admissão no serviço de saúde. Essa medida, no entanto, não deve interferir ou postergar o início das profilaxias, mesmo nos casos

de emergência. A coleta de exames nas primeiras horas ou nos primeiros dias depois de consumada a violência é fundamental para diferenciar as DSTs decorrentes do crime sexual daquelas prevalentes entre mulheres sexualmente ativas.² Além disso, a legislação penal brasileira prevê penalidade aumentada de um sexto a metade para o agressor que transmite DST nessas circunstâncias.³

Mulheres que sofrem violência sexual devem ser submetidas ao teste anti-HIV na admissão, com seis semanas, três e seis meses da data do crime. Excepcionalmente a sorologia é indicada aos 12 meses da violência, restrita aos casos de autores com conhecida infecção concomitante com o vírus C da hepatite, ou quando a mulher apresenta doença imunossupressora.²

O período de incubação da hepatite B varia de 15 a 180 dias e exige que mulheres não imunizadas sejam periodicamente testadas. Os marcadores HBsAg, Anti-HBc IgM e HbeAg devem ser feitos na admissão, com três e seis meses da violência.⁶ Sorologias anti-HCV e anti-HTLV I e II devem ser conduzidas nos mesmos intervalos.²

A pesquisa do gonococo e da clamídia deve ser repetida com seis semanas e três meses da violência sexual.² A busca do gonococo em esfregaço de material endocervical para identificação de diplococos Gram-negativos apresenta sensibilidade em torno de 30%, o que torna mais indicada a cultura em meio de Thayer-Martin modificado. A técnica de Polimerase Chain Reaction (PCR) é eficiente para detectar o gonococo e pode ser adotada, quando disponível.⁶

Para a clamídia pode-se usar a imunofluorescência direta do material endocervical. A cultura é pouco acessível e deve ser substituída pelo teste de PCR, que apresenta 88,6% de sensibilidade, se disponível. A captura híbrida para clamídia, embora menos acessível, também apresenta elevada sensibilidade.⁶

O exame microscópico direto a fresco do conteúdo vaginal é a forma mais prática e rápida para o diagnóstico da tricomoníase. O achado do flagelado na colpocitologia oncótica também deve ser considerado. A cultura para tricomonas requer meio anaeróbio, o que torna difícil a sua aplicação.⁶ Em casos de violência sexual, a pesquisa da tricomoníase deve ser feita na admissão, com seis semanas e três meses da violência.²

Para o cancro mole, pode-se empregar esfregaço da base da úlcera genital com coloração pelo método de Gram. A infecção por herpes pode ser diagnosticada por coloração de Papanicolau do raspado das vesículas. A pesquisa de donovanose requer a biópsia da úlcera genital e a identificação de corpúsculos de Donovan, com coloração de Giemsa.⁶

O diagnóstico do condiloma acuminado é clínico, confirmado pela biópsia genital. As formas subclínicas da infecção pelo HPV podem ser identificadas pela colpocitologia oncótica, pela colposcopia, pelo auxílio do teste de Schiller e pela aplicação do ácido acético. O exame colposcópico pode ser usado na admissão e aos três e seis meses do crime sexual, com biópsia do trato genital inferior mediante achados colposcópicos anormais. O diagnóstico definitivo é feito pela detecção de DNA-HPV em testes de hibridização molecular.⁶

Quando não há agente etiológico definido, o diagnóstico da DIP deve considerar o achado de três critérios maiores

Tabela 1 – Profilaxia do HIV, hepatite B e DST bacterianas para mulheres adultas e adolescentes em situação de violência sexual com mais de 45 kg, gestantes ou não

Medicamentos	Administração	Prazo para início
<i>Quimioprofilaxia do HIV</i>		
Zidovudina + Lamivudina	300 mg/150 mg, VO, cada 12 horas, 4 semanas	72 horas
Lopinavir + Ritonavir	400 mg/100 mg, VO, cada 12 horas, 4 semanas	72 horas
<i>Imunoprofilaxia da hepatite B</i>		
Imunoglobulina anti-hepatite B	0,06 mL/kg, IM (glúteo), dose única	14 dias
Vacina contra hepatite B	IM (deltoide), zero, 30 e 180 dias	14 dias
<i>Profilaxia das DST bacterianas</i>		
Penicilina G benzatina	2.400.000 UI, IM (glúteo), dose única	Não estabelecido
Ceftriaxone	250 mg, IM, dose única	Não estabelecido
Azitromicina	1,0 g, VO, dose única	Não estabelecido

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. Brasília: Editora MS, 2011.

(dor à palpação do hipogastro, dos anexos e à mobilização do colo de útero) associados a um critério menor (temperatura axilar maior do que 37,5°C, conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal, massa pélvica, número de leucócitos maior do que cinco por campo na secreção endocervical, leucocitose, proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação elevada), ou pelo achado de um critério elaborado (histopatologia compatível com endometriose, imagem pélvica indicativa de abscesso tubo-ovariano ou laparoscopia com evidência de doença inflamatória pélvica).⁶

O diagnóstico do linfogranuloma venéreo é clínico, mediante a presença de pápula, pústula ou exulceração genital indolor, com evolução para adenopatia regional com supuração e fistulização ganglionar.⁶ Donovanose, cancro mole, DIP, linfogranuloma venéreo e herpes genital devem ser investigados em qualquer momento entre a admissão e seis meses da violência sexual, mediante surgimento de sinais clínicos sugestivos dessas doenças.⁵

Profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis

Mulheres em situação de violência sexual necessitam de atenção imediata para tratamento de danos físicos, consequências psicológicas, prevenção da gravidez indesejada e profilaxia das DST.^{2,3} O Ministério da Saúde mantém norma técnica para prevenção e redução dos agravos das DSTs, com objetivo de intervir sobre os agentes mais prevalentes e de repercussão clínica mais relevante (tabelas 1 e 2).^{2,6}

Em situações de violência sexual, a quimioprofilaxia da infecção pelo HIV deve ser iniciada o mais brevemente possível, não excedendo as primeiras 72 horas do crime sexual.² Quando a condição sorológica do agressor não pode ser conhecida rapidamente, a profilaxia do HIV é indicada nos crimes sexuais em que ocorre a penetração vaginal ou anal.^{2,6,9} O teste anti-HIV do autor deve ser feito sempre que possível, com o objetivo de suspender os medicamentos se o resultado for negativo.⁶ Nos crimes com sexo oral exclusivo sem ejaculação

Tabela 2 – Profilaxia do HIV, hepatite B e doenças sexualmente transmissíveis bacterianas para crianças e adolescentes em situação de violência sexual com menos de 45 kg

Medicamentos	Administração	Prazo para início
<i>Quimioprofilaxia do HIV</i>		
Zidovudina	90-180 mg/m ² , cada 12 horas, 4 semanas	72 horas
Lamivudina	4 mg/kg, cada 12 horas, 4 semanas	72 horas
Lopinavir	10-12 mg/kg, VO, cada 12 horas, 4 semanas	72 horas
Ritonavir	2,5-3 mg/kg, VO, cada 12 horas, 4 semanas	72 horas
<i>Imunoprofilaxia da hepatite B</i>		
Imunoglobulina anti-hepatite B	0,06 mL/kg, IM (glúteo), dose única	14 dias
Vacina contra hepatite B	IM (vasto lateral), zero, 30 e 180 dias	Admissão
<i>Profilaxia das DST bacterianas</i>		
Penicilina G benzatina	50.000 UI/kg, IM (glúteo), dose única	Não estabelecido
Ceftriaxone	125 mg, IM, dose única	Não estabelecido
Azitromicina	20 mg/kg, VO, dose única	Não estabelecido

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. Brasília: Editora MS, 2011.

intrabucal, não existem evidências que assegurem a indicação profilática dos antiretrovirais. Nesses casos, riscos e benefícios devem ser ponderados e a decisão deve ser individualizada, considerando-se a motivação da mulher pelo tratamento.²

As mesmas formas de exposição que indicam a profilaxia do HIV também justificam a prescrição de antibióticos para as DSTs bacterianas, na tentativa de evitar a infecção genital por gonococo, clamídia, sífilis, cancro mole ou tricomonas.³ Diferentemente do que ocorre na profilaxia do HIV, não há consenso sobre o limite de prazo adequado para introduzir esses medicamentos, embora a maioria dos serviços de saúde os empregue entre três e dez dias da violência sexual.^{2,6,9}

Ações de proteção para as mulheres ainda dependem de políticas públicas que modifiquem práticas inadequadas dos serviços de saúde. Recentemente em Bruxelas, Bélgica, avaliação dos serviços de emergência mostrou que apenas 20% das mulheres receberam cuidados considerados adequados após sofrer crimes sexuais.¹²

O atendimento à saúde de mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência sexual é complexo e exige instituições e equipes interdisciplinares preparadas para prover cuidados de acolhimento, prevenção, tratamento e reabilitação³. Além disso, é necessário oferecer informações suficientes sobre os possíveis efeitos da violência para sua saúde sexual e reprodutiva.²

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. Brasília: Editora MS; 2011.
- Vertamatti MAF, Abreu LC, Otsuka FC, Costa PRF, Drezett J, Tavares C, et al. Factors associated to time of arrival at the health service after sexual violence. *Health Med.* 2012;6:37–41.
- World Health Organization (WHO). Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Drezett J. Violência sexual contra mulheres adultas e adolescentes: aspectos sociodemográficos e agravos para a saúde reprodutiva [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina do ABC; 2012.
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Jenny C, Hooton TM, Bowers A, Copass MK, Krieger JN, Hillier SL, et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N Engl J Med.* 1990;322:713–6, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM19900315322110>.
- Lacey HB. Sexually transmitted diseases and rape: the experience of a sexual assault centre. *Int J STD Aids.* 1990;1:405–9.
- Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, Auerbach JD, Veronese F, Struble KA, et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendations from the U. S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep.* 2005;54:1–20 (RR-2).
- Pinzón-Rondón AM, Ross TWW, Botero JC, Baquero-Umaña MM. Prevalencia y factores asociados a enfermedades de transmisión sexual en menores explotados sexualmente en Bogotá. *Colombia Rev Salud Publica.* 2009;11:468–79, doi:org/10.1590/S0124-00642009000300015.
- Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM. Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med.* 2000;35:358–62.
- Gilles C, Van Loo C, Rozenberg S. Audit on the management of complainants of sexual assault at an emergency department. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;151:185–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.03.014>.
- Drezett J, Junqueira L, Tardelli R, Antonio IP, Macedo Jr H, Vertamatti MAF, et al. Influência do exame médico-legal na responsabilização do autor da violência sexual contra adolescentes. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2011;21:189–97.
- Traore Y, Mounkoro N, Teguet I, Djire MY, Diallo A, Bagayogo M, et al. Clinical and medico – legal aspects of sexual aggressions at Gabriel Toure teaching hospital. *Mali Med.* 2010;25:27–30.
- Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, Fajman NN, Sawyer MK, Driebe EM, et al. The epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics.* 2009;124:79–86, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-2947>.
- Estreich S, Forster GE, Robinson A. Sexually transmitted diseases in rape victims. *Genitourin Med.* 1990;66:433–8.
- Ingram DL, Everett VD, Lyna PR, White ST, Rockwell LA. Epidemiology of adult sexually transmitted disease agents in children being evaluated for sexual abuse. *Pediatr Infect Dis J.* 1992;11:945–50.
- Ribas CB, Cunha MG, Schettini AP, Ribas J, Santos JE. Perfil clínico-epidemiológico das doenças sexualmente transmissíveis em crianças atendidas em um centro de referência na cidade de Manaus, Amazonas. *Brasil An Bras Dermatol.* 2011;86:80–6, doi:org/10.1590/S0365-05962011000100010.
- Teixeira SA, Taquette SR. Violence and unsafe sexual practices in adolescents under 15 years of age. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56:440–6, doi:org/10.1590/S0104-42302010000400017.
- Zhan W, Hansen NB, Shaboltas AV, Skochilov RV, Kozlov AP, Krasnoselskikh TV, et al. Partner violence perpetration and victimization and HIV risk behaviors in St. Petersburg, Russia. *J Trauma Stress.* 2012;25:86–93, <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21658>.
- Raiford JL, Diclemente RJ, Wingood GM. Effects of fear of abuse and possible STI acquisition on the sexual behavior of young african american women. *Am J Public Health.* 2009;99:1067–71, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2007.131482>.
- Platt L, Grenfell P, Bonell C, Creighton S, Wellings K, Parry J, et al. Risk of sexually transmitted infections and violence among indoor-working female sex workers in London: the effect of migration from Eastern Europe. *Sex Transm Infect.* 2011;87:377–84, <http://dx.doi.org/10.1136/sti.2011.049544>.
- Okal J, Chersich MF, Tsui S, Sutherland E, Temmerman M, Luchters S. Sexual and physical violence against female sex workers in Kenya: a qualitative enquiry. *AIDS Care.* 2011;23:612–8, <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2010.525605>.

24. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of african studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS One*. 2011;6:e17591, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0017591>.
25. Satin AJ, Hemsell DL, Stone IC, Theriot S, Wendel Jr GD. Sexual assault in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1991;77:710–4.
26. Mullick S, Watson-Jones D, Beksinska M, Mabey D. Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries. *Sex Transm Infect*. 2005;81:294–302, <http://dx.doi.org/10.1136/sti.2002.004077>.
27. Meel BL. HIV/Aids, psychiatric disorder and sexual assault in Transkei: a case report. *Med Sci Law*. 2006;46:181–3.
28. Dhont N, Wijgert J, Luchters S, Muvunyi C, Vyankandondera J, Temmerman M. Sexual violence, HSV-2 and HIV are important predictors for infertility in Rwanda. *Hum Reprod*. 2010;25:2507–15, <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/deq189>.
29. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saude Publica*. 2005;21:192–9, [doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100021](http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100021).
30. Johnson RA. Diagnosis and treatment of common sexually transmitted diseases in women. *Clin Cornerstone*. 2000;3:1–11.
31. Carr J, Gyorfi T. Human papillomavirus: epidemiology, transmission, and pathogenesis. *Clinics in Laboratory Medicine*. 2000;20:235–54.
32. Wingood GM, Seth P, DiClemente RJ, Robinson LS. Association of sexual abuse with incident high-risk human papillomavirus infection among young African-American women. *Sex Transm Dis*. 2009;36:784–6, <http://dx.doi.org/10.1097/OLQ.0b013e3181b3567e>.
33. Syrjanen S, Puranen M. Human papillomavirus infections in children; the potential role of maternal transmission. *Critical Review of Oral Biological Medicine*. 2000;11:259–74, <http://dx.doi.org/10.1177/10454411000110020801>.
34. Handley J, Dinsmore W, Maw R, Corbett R, Burrows D, Bharucha H, et al. Anogenital warts in prepubertal children: sexual abuse or not? *Int J STD AIDS*. 1993;4:271–9.
35. Sinclair KA, Woods CR, Kirse DJ, Sinal SH. Anogenital and respiratory tract human papillomavirus infections among children: age, gender, and potential transmission through sexual abuse. *Pediatrics*. 2005;116:815–25, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-0652>.
36. Jones V, Smith SJ, Omar HA. Nonsexual transmission of anogenital warts in children: a retrospective analysis. *Scientific World Journal*. 2007;7:1896–9, <http://dx.doi.org/10.1100/tsw.2007.276>.
37. Kui LL, Xiu HZ, Ning LY. Condyloma acuminatum and human papilloma virus infection in the oral mucosa of children. *Pediatr Dent*. 2003;25:149–53.
38. Jesus LE, Cirne-Neto OL, Nascimento LMM, Costa Araújo R, Baptista AA. Anogenital warts in children: sexual abuse or unintentional contamination? *Cad Saude Publica*. 2001;17:1383–91, [doi.org/10.1590/S0102-311X2001000600009](http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000600009).
39. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saude Pública*. 2011;45:365–72, [doi.org/10.1590/S0034-89102011005000008](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000008).
40. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aida T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saude Pública*. 2009;25 Supl.2:321–33, [doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400014](http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400014).
41. Meel B, Kwizera E. Prevalence of HIV in the Mthatha area of South Africa, as estimated from the testing of rape victims. *Med Sci Law*. 2011;51:106–8.
42. Supervie V, Halima Y, Blower S. Assessing the impact of mass rape on the incidence of HIV in conflict-affected countries. *Aids*. 2010;24:2841–7, <http://dx.doi.org/10.1097/QAD.0b013e32833fed78>.
43. Casseb J, Oliveira Júnior FI. A possible case of human T-cell lymphotropic virus type I transmission through sexual assault. *Sex Transm Dis*. 1998;25:327–8.
44. Cossa HA, Gloyd S, Vaz RG, Folgosa E, Simbine E, Diniz M, et al. Syphilis and HIV infection among displaced pregnant women in rural Mozambique. *Int J STD Aids*. 1994;5:117–23.
45. Ononge S, Wandabwa J, Kiondo P, Busingye R. Clinical presentation and management of alleged sexually assaulted females at Mulago hospital, Kampala. *Uganda Afr Health Sci*. 2005;5:50–4.
46. Giotakos O, Bourtsoukli P, Paraskeyopoulou T, Spandoni P, Stasinou S, Boulougouri D, et al. Prevalence and risk factors of HIV, hepatitis B and hepatitis C in a forensic population of rapists and child molesters. *Epidemiol Infect*. 2003;130:497–500.
47. American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG). Management of herpes in pregnancy. *ACOG Practice Bulletin*. *Int J Gynecol Obstet*. 2000;68:165–74.
48. Avgil M, Ornoy A. Herpes simplex virus and Epstein-Barr virus infections in pregnancy: consequences of neonatal or intrauterine infection. *Reprod Toxicol*. 2006;21:436–45.
49. O'Farrell N. Mutilating granuloma inguinale after rape. A case report. *S Afr Med J*. 1989;76:72–3.
50. Heine RP, McGregor JA, Patterson E, Draper D, French J, Jones W. *Trichomonas vaginalis*: diagnosis and clinical characteristics in pregnancy. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 1994;1:228–34, <http://dx.doi.org/10.1155/S1064744994000141>.