

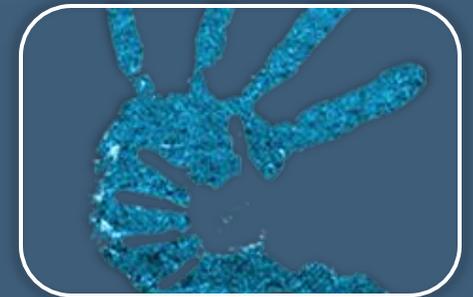
Obrigada por ver esta apresentação
Gostaríamos de recordar-lhe que esta
apresentação é propriedade do autor.

É-lhe fornecida pela Sociedade Portuguesa de
Pediatria no contexto do 16º Congresso Nacional
de Pediatria, para seu uso pessoal, tal como
submetido pelo autor

© 2015 pelo autor

PROTOCOLO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E JOVENS

Alexandra Vasconcelos



ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E JOVENS



Um grave problema de saúde pública

One in five

The screenshot shows the Council of Europe website's page for the 'One in Five' campaign. The header includes the Council of Europe logo and navigation menus. The main content area features a sidebar with campaign objectives, a central text block with an illustration of children, and a right-hand sidebar with news and interactive elements.

Council of Europe
Democracy

Navigation: The Council in brief | Human Rights | Democracy | Rule of Law | Organisation | 47 Countries | Topics | Newsroom

Breadcrumbs: Council of Europe > Democracy > Building a Europe for and with children > ONE in FIVE >

One in Five

Our campaign

- Objectives of the campaign
- Overarching messages
- The Underwear Rule
- Campaign material
- Campaign Guidelines
- Launch and events
- Partners
- Contact us

National Campaigns

How to join

What to do

What we know

Parliamentary dimension

Congress dimension

Lanzarote Convention

ONE in FIVE

The Council of Europe Campaign to stop sexual violence against children

Available data suggest that **about 1 in 5 children** in Europe are victims of some form of sexual violence. It is estimated that in 70% to 85% of cases, the abuser is somebody the child knows and trusts. Child sexual violence can take many forms: sexual abuse within the family circle, child pornography and prostitution, corruption, solicitation via Internet and sexual assault by peers.

The ONE in FIVE campaign has two main goals:

- to achieve further signature, ratification and implementation of the **Council of Europe Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse**;
- to equip children, their families/carers and societies at large with the knowledge and tools to prevent and report sexual violence against children, thereby raising awareness of its extent.

Explore this website to learn more about sexual violence against children and the measures that you can take to combat it! And pass the word on to others!

THE UNDERWEAR RULE

NEWS

Convention

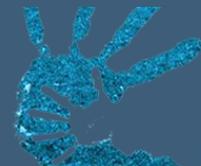
[European Day on the protection of children against sexual exploitation and sexual abuse: the date is approaching. Learn more!](#)

[Hungary ratifies the Lanzarote Convention](#)

All the news

KIKO'S FRIENDS

Check your country



CONCEITOS

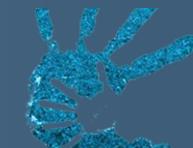
< 72 horas

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento



Crimes sexuais contra menores na Diretoria do Norte da P.J. entre 2001 e 2011

Crimes Sexuais	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Abuso Sexual de Crianças	68	79	233	208	153	179	194	202	236	212	291	2055
Abuso Sexual de Menores Dependentes	5	9	19	6	17	17	14	11	7	13	2	120
Atos Sexuais com Adolescentes	--	--	8	13	12	20	10	45	20	49	31	208
Pornografia de Menores	--	--	--	--	--	--	2	2	4	4	4	16
Violação	12	9	9	4	10	8	8	10	10	22	15	117
Total	85	97	269	231	192	224	228	270	277	300	343	2516

(dados de vítimas com idade inferior a 16 anos)

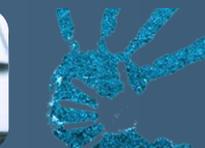
Distribuição do número de processos em função do tipo legal de crime

CPCJ

2012 703 AS

2013 1132 AS

prevalência real é muito superior à notificada,
atendendo que a maioria das vítimas não revela o abuso



Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica - 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Alexandra Vasconcelos¹, Bruno Miguel Cardoso², Madalena Barros¹, Helena Almeida¹

1. Departamento de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora
2. Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo

Resumo

Introdução e objetivos: A crescente afluência de crianças vítimas de maus tratos (MT) à urgência pediátrica (UP) do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF) ou Amadora-Sintra, despoletou a necessidade de caracterizar esta realidade, compará-la com os dados nacionais, tendo como objetivo final a otimização da sua abordagem.

Métodos: Análise das ficha de MT das crianças observadas na UP entre 2000 e 2005. Foram estudadas variáveis sócio-demográficas, de caracterização do MT e do tipo de intervenção realizada.

Resultados: Foram analisadas 416 fichas. Os tipos de MT mais detectados foram a agressão física (60,3%) e o abuso sexual (30,3%). A maioria das vítimas (60%) era do sexo feminino, mediana de 8 anos de idade. Os MT ocorreram no domicílio em 58,9% das situações, com agressor do sexo masculino em 67,8% dos casos e coabitante em 53,1%. No total 89% das sinalizações foram avaliadas pela assistente social; apenas 3% tiveram apoio psicológico. O destino de 83% destas crianças foi o domicílio. Dos casos mais graves destacam-se 2 óbitos, 7 crianças com fracturas ósseas e 1 caso de *shaking baby syndrome*.

Conclusão: Os dois tipos mais representados de MT, a agressão física e o abuso sexual, têm especificidades sobreponíveis às dos dados nacionais. Com este estudo foram identificadas e caracterizadas as situações de MT, bem como as principais lacunas na sua abordagem na UP, o que permitiu implementar medidas mais adequadas.

Palavras-chave: criança vítima de maus tratos, urgência pediátrica, hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, agressão física, abuso sexual

Acta Pediatr Port 2011;42(1):8-11

O manuscrito "Maus Tratos numa Urgência Pediátrica" ganhou o pr...
Nacionais de Pediatria

Recebido: 01.04.2010
Aceite: 07.04.2011

Management of child abuse victims in the paediatric emergency department – 5-year experience of Prof. Doutor Fernando Fonseca Hospital

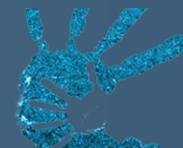
Abstract

Background and Aims: Child abuse increasing attendances in the paediatric emergency department (PED) of Prof. Doutor Fernando Fonseca Hospital (HFF) or Amadora-Sintra, triggered the need to understand this reality, compare it to national data and seek which measures are therefore needed to ensure the correct management of these cases.

Methods: Review of child abuse chart records from the PED from January 2000 until December 2005. Variables as social-demographic, characterization of the maltreatment and the type of interventions were analysed.

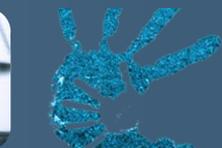
Quanto ao abuso sexual (T4), verificou-se uma distribuição bi-modal da idade, com picos entre os 3-4 anos e os 11-14 anos; em que o sexo feminino foi o principal alvo em 86% das situações. O agressor do abuso sexual foi, em 92% dos casos, do sexo masculino, sobressaindo a particularidade que é não coabitante em 59% das situações, apesar de em 59,5% das situações ser um familiar próximo ou conhecido da criança.

Dos 126 abusos sexuais, a primeira observação dos genitais foi realizada pelo pediatra da UP em 39 situações e em sete pela Ginecologia; 70% dos casos foram enviados ao IML.



→ Suspeita

→ Denúncia



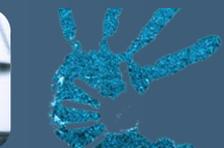
AS provável

- Criança faculta história de AS clara, consistente e com detalhes
- Exame da área genital com alterações significativas e/ou evidência clara de lesão genital por penetração mas sem relação com trauma acidental bem comprovado.
- Crianças entre os >2 anos de idade a pré-pubertal com infecção a *Chlamydia trachomatis* documentada por exame cultural.

Evidência definitiva de AS

- Presença de esperma no corpo de uma criança.
- Testemunha de episódio de criança sexualmente abusada
- Lesão inequívoca de penetração do orifício vaginal e/ou anal
- Infecção confirmada a *Neisseria gonorrhoea* ou sífilis

de acordo com a classificação *Pediatrics* 1994; 94:311



ABUSO SEXUAL

Inclui todo um espectro de crimes e infrações sexuais a crianças e jovens

Actos de não-contacto físico

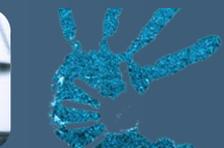
- exibicionismo
- uso de crianças para a produção de pornografia
- importunação sexual

Actos de contacto físico

- toque/carícia/manipulação sexual
- penetração (ou introdução de objectos)

uma criança pode ser abusada sexualmente,
sem que apresente quaisquer lesões físicas

Magalhães (2005; 2010); Almeida (1997)



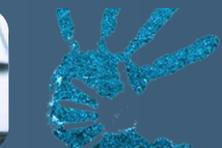
ABUSO SEXUAL

ABUSADOR: Intrafamiliar ou extrafamiliar

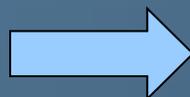
- um dos pais ou ambos
- quem os substitua
- um irmão
- um familiar
- um conhecido
- um estranho

O agressor pode ser adulto ou um jovem mais velho, sendo que a diferença de idades deve ser superior a 5 anos

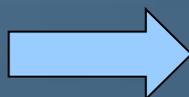
Magalhães(2005)



ABUSO SEXUAL



AGUDO



CRÓNICO

CONCEITOS

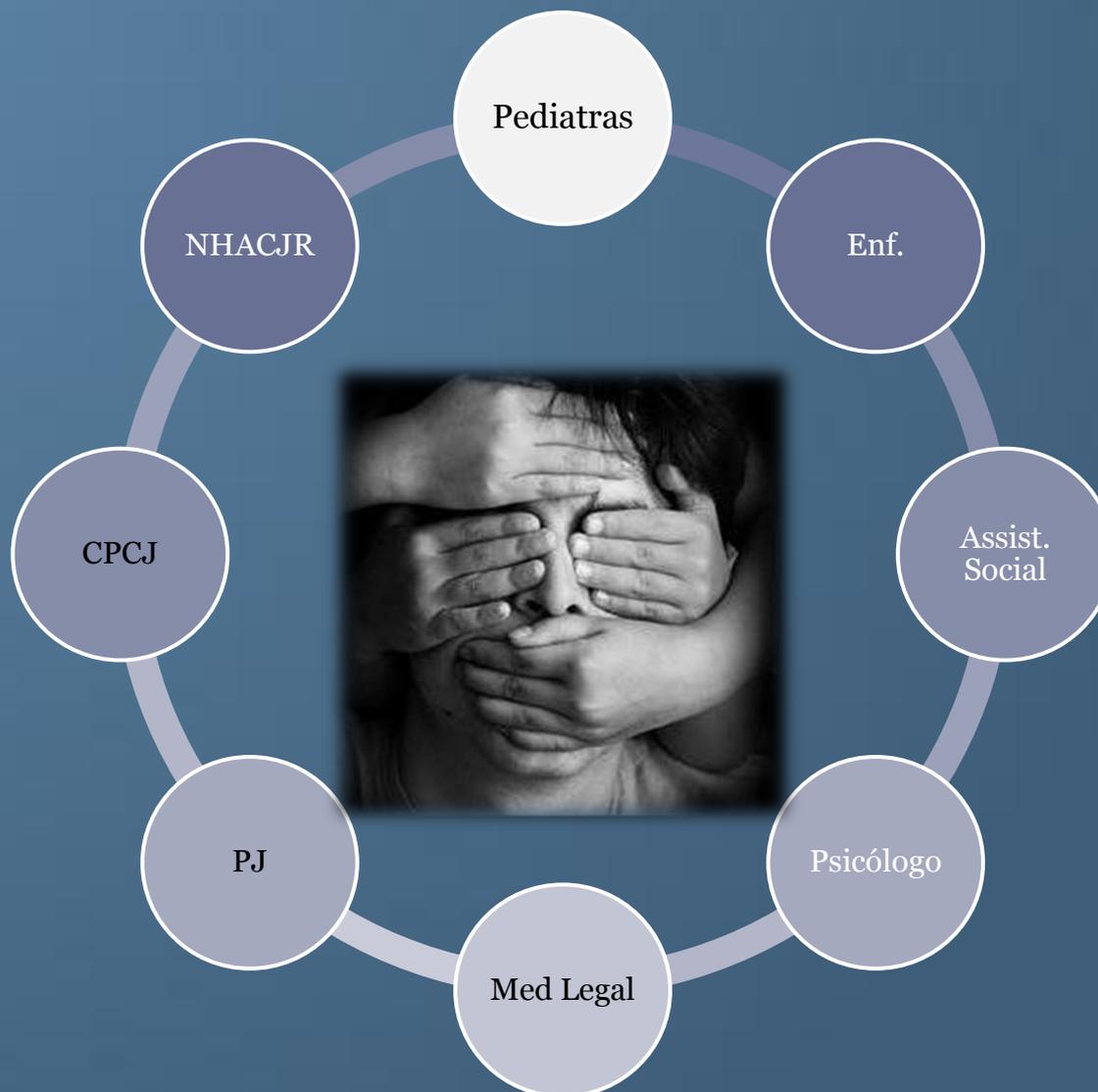
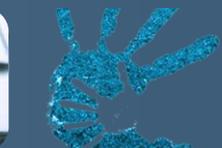
< 72 horas

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento



**Boas práticas
na denúncia e encaminhamento
de vítimas de crimes sexuais**

Quando tiver conhecimento de uma situação de crime contra a liberdade e a autodeterminação sexual, contacte a Polícia Judiciária, a qualquer hora do dia ou da noite, contribuindo para uma justiça mais eficaz.

Os crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual cometidos contra menores de 18 anos são crimes públicos podendo ser denunciados por qualquer pessoa.

O imediato encaminhamento e a preservação da prova é a melhor resposta que pode dar às vítimas.

A vítima deve ser encaminhada, de imediato, para o hospital, para o centro médico respetivo ou para o INMLCF, para ser submetida a exame médico, antes de cumprir quaisquer regras de higiene básicas.

A roupa deve ser preservada em saco de papel e entregue ao investigador da PJ.

Os crimes sexuais continuam com enormes cifras negras. Cabe aos profissionais de saúde e da justiça contribuir para a desmistificação da queixa formal. Só serão punidos os agressores conhecidos pelo sistema de justiça.

POLICIA JUDICIARIA

Diretoria de Lisboa, 211.967.000

(Lisboa, Alenquer, Almeirim, Amadora, Arraiolos, Avis, Benavente, Cadaval, Cartaxo, Cascais, Castelo de Vide, Coruche, Elvas, Estremoz, Évora, Fronteira, Loures, Lourinhã, Mafra, Montemor-o-Novo, Nisa, Oeiras, Portalegre, Ponte de Sôr, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Santarém, Sintra, Torres Vedras, Vila Franca de Xira e Vila Viçosa)

Diretoria do Norte, 225.582.000

(Porto, Amarante, Arouca, Baião, Castelo de Paiva, Castro Daire, Cinfães, Espinho, Gondomar, Lousada, Marco de Canaveses, Maia, Matosinhos, Oliveira de Azeméis, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel, Póvoa do Varzim, Resende, Santa Maria da Feira, São João da Madeira, Santo Tirso, Vale de Cambra, Valongo, Vila do Conde, Vila Nova de Famalicão e Vila Nova de Gaia)

Diretoria do Centro, 239.863.000

(Coimbra, Alvalázere, Ansião, Arganil, Cantanhede, Castelo Branco, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Figueiró dos Vinhos, Idanha-a-Nova, Lousã, Mangedal, Montemor-o-Velho, Nelas, Oleiros, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Penacova, Penamacor, Penela, Pombal, Santa Comba Dão, Sátão, Sertão, Soure, Tábua, Tondela e Viseu)

Diretoria do Sul, 289.884.500

(Faro, Albufeira, Almodôvar, Beja, Cuba, Ferreira do Alentejo, Loulé, Mértola, Moura, Olhão, Ourique, Portel, Serpa, Tavira e Vila Real de Santo António)

DIC de Aveiro, 234.376.000

(Aveiro, Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Estarreja, Ílhavo, Mealhada, Mira, Oliveira do Bairro, Oliveira de Frades, Ovar, São Pedro do Sul, Sever do Vouga, Vagos e Vouzela)

DIC de Braga, 253.255.000

(Braga, Amares, Arcos de Valdevez, Barcelos, Cabeceiras de Basto, Caminha, Celorico de Basto, Esposende, Fafe, Felgueiras, Guimarães, Melgaço, Monção, Mondim de Basto, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Póvoa de Lanhoso, Valença, Viana do Castelo, Vieira do Minho, Vila Nova de Cerveira e Vila Verde)

DIC do Funchal, 291.215.600

(Funchal, Ponta do Sol, Porto Santo, Santa Cruz e São Vicente)

DIC da Guarda, 271.216.600

(Guarda, Almeida, Celorico da Beira, Covilhã, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Fundão, Gouveia, Meda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso e Vila Nova de Foz Côa)

DIC de Leiria, 244.845.200

(Leiria, Abrantes, Alcobaça, Alcobaca, Bombarral, Caldas da Rainha, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Golegã, Mação, Marinha Grande, Nazaré, Ourém, Peniche, Ponte de Sor, Porto de Mós, Rio Maior, Tomar e Torres Novas)

DIC de Ponta Delgada, 296.206.400

(Ponta Delgada, Angra do Heroísmo, Horta, Lagos, Nordeste, Povoação, Ribeira Grande, Santa Cruz das Flores, Santa Cruz da Graciosa, São Roque do Pico, Velas, Vila Franca do Campo, Vila Praia da Vitória e Vila do Porto)

DIC de Portimão, 282.405.400

(Portimão, Lagos, Monchique, Odemira e Silves)

DIC de Setúbal, 265.556.200

(Setúbal, Alcôbar do Sal, Almada, Barreiro, Grândola, Moita, Montijo, Palmela, Santarém do Cacém, Seixal e Sesimbra)

ULIC de Vila Real, 259.321.012

(Vila Real, Alfândega da Fé, Alijó, Armamar, Botiças, Bragança, Carraceda de Ansiães, Chaves, Lamego, Macedo de Cavaleiros, Mesão Frio, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Moimenta da Beira, Montalegre, Murça, Peso da Régua, Sabrosa, São João da Pesqueira, Tabuaço, Torre de Moncorvo, Valpaços, Vila Flor, Vila Pouca de Aguiar, Vimioso e Vinhais)

Polícia Judiciária

Criminalidade sexual

**Boas práticas
na denúncia e
encaminhamento
de vítimas
de crimes sexuais**

Escola de Polícia Judiciária

epj@pj.pt

219.844.201

www.pj.pt



CONCEITOS

< 72 horas

Competências da Polícia Judiciária

A Polícia Judiciária é um corpo superior de polícia criminal, responsável pela investigação dos crimes graves e complexos.

A PJ coadjuva as autoridades judiciárias na investigação criminal dos crimes que lhe estão cometidos, com autonomia técnica e tática, sob a direção daquelas autoridades.

Em sede de prevenção criminal cabe ainda à PJ a promoção de ações que fomentem a prevenção geral e a redução do número de vítimas da prática de crimes.

Competência reservada na área da criminalidade sexual

Compete à PJ, entre outros e genericamente, a investigação dos crimes contra a liberdade e a autodeterminação sexual.

Quando a vítima é criança protege-se a liberdade de autodeterminação sexual e o livre desenvolvimento da sua personalidade.

As relações sexuais com menores de 14 anos (mesmo que consentidas) são sempre crime e devem ser participados.

As relações forçadas (sem consentimento) com maiores de 14 anos são, também, crime.

Formação especializada dos investigadores

Sendo um crime que viola a intimidade da pessoa adulta, mas também a da criança, a Polícia Judiciária preocupa-se em dar a melhor resposta a estes crimes.

Para além da formação inicial aos investigadores da PJ, a Escola de Polícia Judiciária (EPJ) ministra formação especializada qualificada nesta área tão específica.

QP VIIH

A formação abrange as áreas do direito, penal e processual penal, as de investigação criminal, mas também as de psicologia de polícia.

A formação dos investigadores permite-lhes lidar de forma adequada com as vítimas, respeitando o estágio de desenvolvimento das mesmas.

A articulação do trabalho em rede pelas várias instituições

A produção da prova depende muito dos vários intervenientes no processo de identificação e encaminhamento das vítimas, especialmente quando menores de idade ou incapazes.

A resposta imediata da PJ é importante para garantir a proteção e o tratamento da vítima.

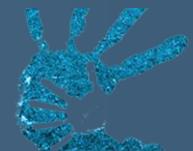
Cabe, assim, aos vários intervenientes neste caminho de identificação e encaminhamento responsabilidade na melhor resposta a dar às vítimas, sejam hospitalares, segurança social, comissões de proteção a crianças e jovens, órgãos de polícia criminal ou tribunais.

A comunicação imediata à PJ é necessária para evitar a vitimização secundária, com a reprodução do acontecimento traumático a várias entidades, sujeição a exames desnecessários, publicidade indesejada, etc..

Por outro lado, a comunicação imediata à PJ permite uma atuação mais célere e eficaz, com a recolha das provas necessárias ao esclarecimento dos factos e à identificação do autor.

O encaminhamento da vítima e a recolha das provas são, assim, importantes para a boa conclusão da investigação.

Se tem dúvidas contacte-nos (epj@pj.pt).



> 72 horas

Seguimento

Se é médico ou enfermeiro,

Se é técnico da CPCJ ou da Segurança Social,

Se é polícia,

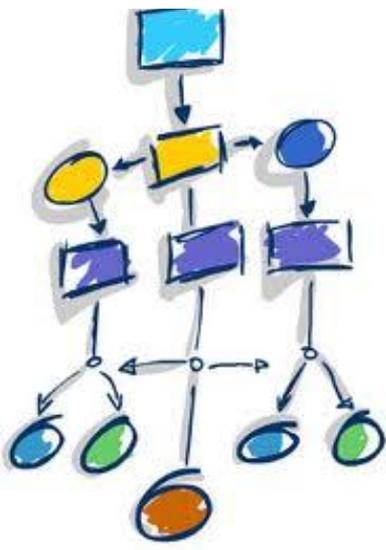
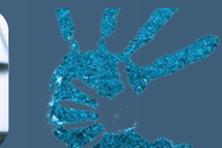
Se é perito de medicina legal,

Se, de algum modo, contacta com estas vítimas,

Se é vítima,

Saiba que:

- Este crime é da competência reservada da PJ, previsto na LOIC (Lei da Organização da Investigação Criminal),
- As unidades da PJ dispõem de um serviço de atendimento 24 horas por dia, todos os dias do ano,
- Os investigadores da PJ dispõem de formação qualificada para entrevistar as vítimas, tendo em conta as suas especificidades,
- Os investigadores da PJ estão sujeitos a segredo profissional,
- A denúncia é obrigatória para os funcionários, por força do artigo 242.º do CPP, sob pena de incorrer em responsabilidade penal e disciplinar,
- Se participar a ocorrência de um crime poderá impedir a repetição dos factos e a existência de outras vítimas,
- Levar a vítima a repetir os factos a pessoas diferentes pode aumentar o trauma e inibi-la de participar o crime,
- A contaminação do local e a má recolha dos vestígios pode prejudicar a prova dos factos,
- A identificação e detenção de um autor impede a repetição destes atos.



“Não existem métodos fáceis para resolver problemas difíceis.”

René Descartes

CONCEITOS

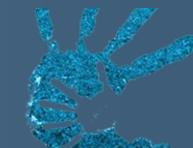
< 72 horas

QP VIII

QP IST

> 72 horas

Seguimento



MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS

Intervenção da Saúde

DOCUMENTO TÉCNICO

Direção-Geral da Saúde
Novembro 2008



MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS

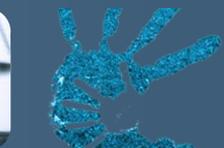
GUIA PRÁTICO
DE
ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO

Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

Direção-Geral da Saúde

Fevereiro de 2011





RECOMENDAÇÕES PARA A PROFILAXIA DE INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL

Sociedade de Infeciologia Pediátrica, SPP

Autores: em representação da Sociedade de Infeciologia Pediátrica da SPP

Joana Cotrim¹, Maristela Margatho², Patrícia Mação³, Susana Santos⁴, Arminda Jorge³, Eurico Gaspar¹, Maria João Brito⁴, Graça Rocha²

¹ Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto-Douro, Vila Real

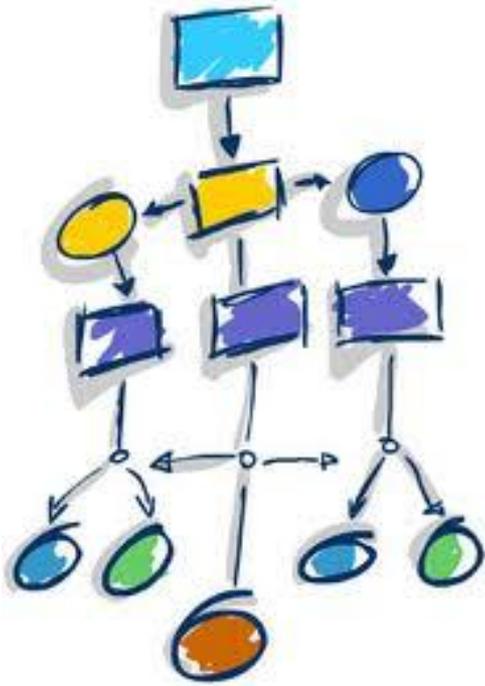
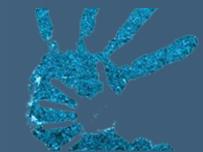
² Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

³ Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã

⁴ Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Julho 2013





algoritmo de actuação nº1

ABUSO SEXUAL < 72 horas

CONCEITOS

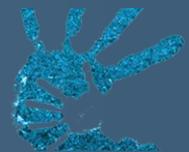
< 72 horas

QP VIIH

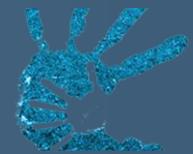
QP IST

> 72 horas

Seguimento



A GOLDEN HOUR.....



< 72 horas

CONCEITOS

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

actuação As < 72 horas

ANAMNESE

- (se possível em conjunto com Psicologa e/ou Assistente Social)
- Local, data e hora do abuso
- Episódio isolado / recorrente
- Informação sobre abusador
- Informação sobre o tipo de abuso e ejaculação
- Antecedentes pessoais e estado vacinal

Contactos a realizar:

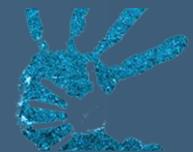
- ▶ NHACJR
- ▶ Assistente Social
- ▶ Psicóloga
- ▶ PSP/PJ

EXAME OBJECTIVO

- EO detalhado **não** incluindo genitais para preservar presença de sémen para exame DNA
- CONSERVAR: roupas em saco de papel / fotografia identificável das lesões

INML

- Contactar **INML** para observação médico-legal urgente no hospital
- ou programado na sede do INML da área do hospital



< 72 horas

CONCEITOS

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

E.C.D.

- Avaliação laboratorial geral: Hemograma + F. Renal + ALT

SEROLOGIAS

- Ac anti-VIH 1 e 2
- AgHBs (teste rápido) + AcHBs
- Ac anti-VHC
- VDRL (tubo bioquímica)

T.I.G.

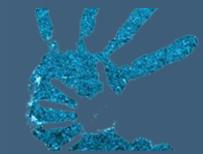
- Urina II para Teste Immunológico da Gravidez (TIG) se penetração vaginal na ♀ pós-pubere

COLHEITAS

- ISTs Tipo de colheita e exames

Agente	Tipo de colheita	Exames complementares
Infecção Gonocócica (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	Zaragatoa uretral e vaginal ou endocervical	Exame direto, cultura e TSA
Infecção a <i>Chlamydia trachomatis</i>	Zaragatoa uretral e endocervical	Exame direto, Imunofluorescência ou PCR
Tricomoníase (<i>Trichomonas vaginalis</i>) e Bacteriose Vaginal	Zaragatoa	Exame direto e ou cultura de secreções
Herpes Genital (<i>Herpes simplex 2</i>)	Raspado da lesão	Exame directo, PCR
Sífilis (<i>Treponema pallidum</i>)	Sangue	VDRL (se positivo, FTAabs ou TPHA)

actuação As < 72 horas



< 72 horas

CONCEITOS

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

actuação As < 72 horas

Genitais

- Exame objectivo dos genitais

PPE

- Avaliação risco e indicação para PPE (profilaxia pós-exposição)

alta

- Avaliação conjunta do risco: alta vs internamento
- Criança em perigo eminente ou actual com oposição dos detentores do poder paternal → PSP → Procurador Ministério Público (art.91º) → Acolhimento Emerg. ou Linha Nac. Emerg. Social → telf. 144
- Sem criterio de internamento e sem risco → ALTA + ECMIJ + Consulta Ped Apoio e Risco/Psic. NHACJR

NHACJR

- Preencher Protocolo Maus-Tratos NHACJR
- Seguimento em consultas pediatria e psicologia

CONCEITOS

< 72 horas

QP VIIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

entrevísta

Ultrapassar o bloqueio emocional na mente do profissional

Competência pessoal do pediatra:

Dimensão relacional

Auto-gestão emocional (sem formular juízos)

Compaixão e empatia (não é sentimento de pena)

As vítimas não vêm com manual de instruções.

CONCEITOS

< 72 horas

QP VIII

QP IST

> 72 horas

Seguimento

entrevista

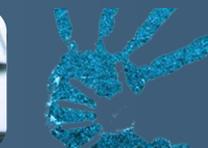
Recolha de informação junto dos acompanhantes e, num outro momento, junto da criança.

A linguagem deve ser adequada à idade e desenvolvimento da criança.

Identificar as barreiras impostas à criança (o segredo, a sensação do errado, as ameaças causadoras de sintomatologia psicológica e psicossomática).

Deve saber o nome que a criança dá às diversas parte do corpo e usar essa informação na condução da entrevista.

As crianças têm pouca noção do tempo, por isso, pode ser-lhes difícil definir temporalmente as situações.



< 72 horas

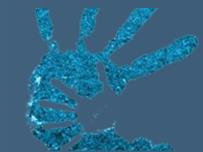
CONCEITOS

QP VIH

QP IST

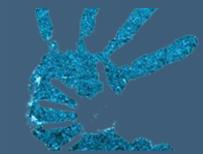
> 72 horas

Seguimento



entrevista

ABUSO SEXUAL	TIPO DE ABUSO SEXUAL		CARACTERIZAÇÃO			
	AS COM PENETRAÇÃO VAGINAL AS SEM PENETRAÇÃO VAGINAL		EPISÓDIO ISOLADO		IMPOSIÇÃO DE SEGREDO	
			AS REPETIDO		SOB AMEAÇA/HOSTILIZAÇÃO	
	AS COM EJACULAÇÃO AS SEM EJACULAÇÃO		MT COM DURAÇÃO:		CRIANÇA PEDIU AJUDA	
					OUTROS TIPOS DE MT	
	AS COM USO DE PRESERVATIVO AS SEM USO DE PRESERVATIVO		CONTEXTO EXTRA FAMILIAR		QUAIS?	
			CONTEXTO INTRA FAMILIAR		QUEM RELATOU O AS?	
	AS COM SEXO ORAL		GRAU PARENTESCO AGRESSOR?			
	AS COM SEXO ANAL				TEMPO DECLARAÇÃO E A UP?	
	MANIPULAÇÃO DA ÁREA GENITAL		VIOLÊNCIA DOMÉSTICA		NOTAS:	
EXPLORAÇÃO SEXUAL: EXIBICIONISMO, FOTOGRAFIAS, FILMES PORNOGRÁFICOS		OUTRAS VÍTIMAS VD:				



< 72 horas

CONCEITOS

QP VIH

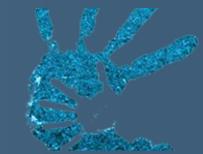
QP IST

> 72 horas

Seguimento

GERAIS	Dor na região vaginal ou anal
	Prurido vulvar
	Disúria
	Obstipação e encopresis
	Enurese secundária
SINTOMAS NAS CRIANÇAS	<p>Condutas sexualizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - interesse/conhecimentos desadequados sobre questões sexuais (uso de linguagem desapropriada para a idade) - masturbação compulsiva - desenhos ou brincadeiras sexuais específicas
	<p>Perturbações funcionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apetite: anorexia ou bulimia - terrores nocturnos - regulação dos esfíncteres: enurese e/ou encoprese - dores abdominais recorrentes e inexplicáveis
	Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar
	Dificuldade no relacionamento com outras crianças
	Comportamentos agressivos





< 72 horas

CONCEITOS

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

SINTOMAS NOS JOVENS

Comportamentos aparentemente bizarros:

- dormir vestido com roupa de dia
- urinar de propósito a cama esperando que os lençóis molhados evitem que o abusador as/os toque
- destruir e ocultar características pessoais que possam ser atractivas
- recusa em tomar banho ou despir nos vestiários
- recusa em ir à escola ou em voltar para casa

Perturbações do foro sexual:

- comportamentos eróticos desadequados (p. ex., masturbação em frente dos outros, interacções sexuais com os companheiros, abuso sexual de crianças mais pequenas, condutas sedutoras com adultos)
- repulsa em relação à sexualidade

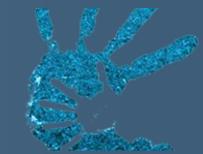
Outras perturbações:

- depressão
- auto-mutilação
- comportamento ou ideação suicida
- fuga

Comportamentos desviantes:

- abuso de álcool e drogas
- delinquência
- prostituição





< 72 horas

CONCEITOS

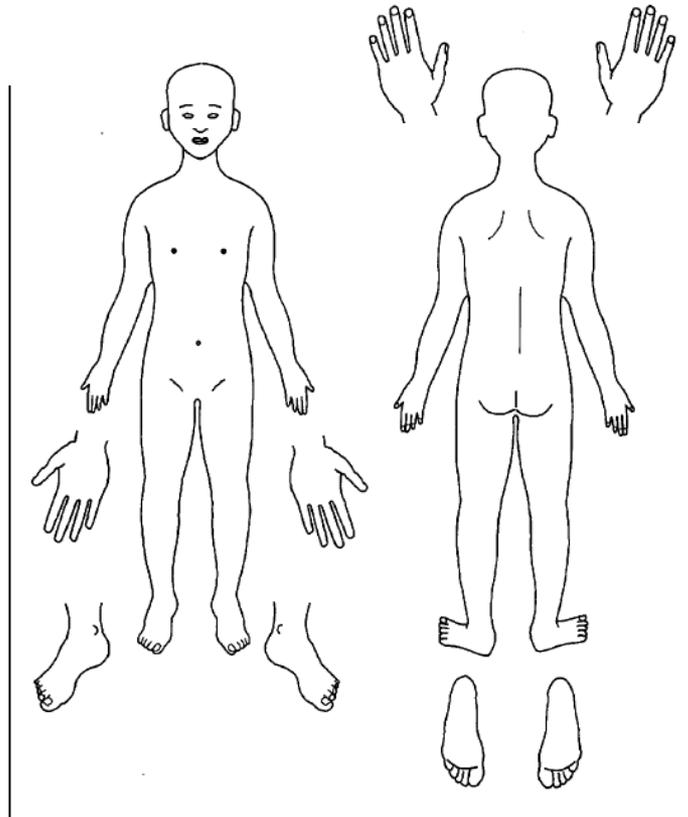
QP VIIH

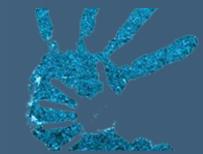
QP IST

> 72 horas

Seguimento

EXAME OBJECTIVO





< 72 horas

CONCEITOS

QP VIH

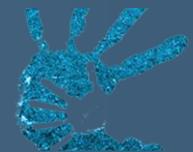
QP IST

> 72 horas

Seguimento

SINAIS

- Lesões externas dos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção)
- Leucorreia vaginal persistente ou recorrente
- Laceração do hímen
- Hemorragia vaginal ou anal
- Laxidão anormal do esfíncter anal ou hímen, fissuras anais
- Infecção sexualmente transmissível
- A presença de verrugas ou condilomas perineais e anais deve conduzir a uma investigação cuidadosa para confirmação ou exclusão do abuso
 - Sexo feminino: vulva (principalmente rafe posterior)
- Equimoses e ou petéquias na mucosa oral e/ou lacerações do freio dos lábios
- Infecções urinárias de repetição
- Presença de esperma no corpo ou roupa da criança/jovem
- Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou na roupa da criança/jovem
- Gravidez



< 72 horas

CONCEITOS

QP VIH

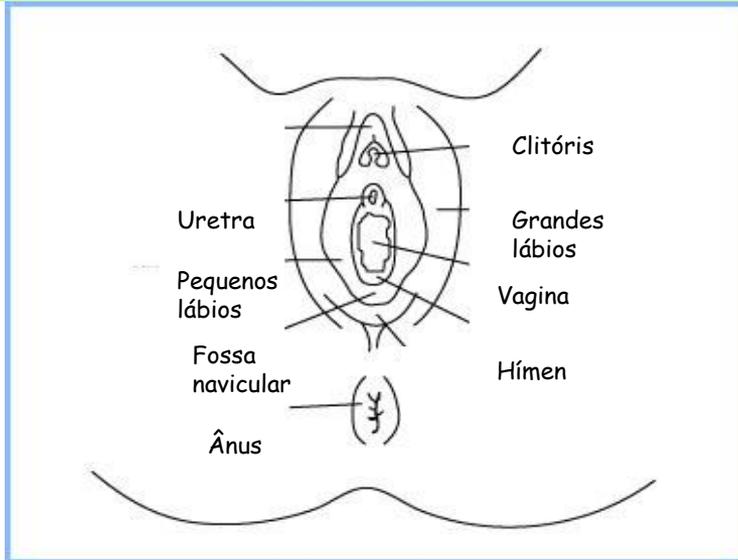
QP IST

> 72 horas

Seguimento

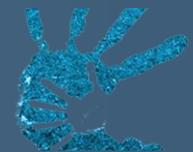
EXAME OBJECTIVO

GRA. LÁBIOS / CLITÓRIS / PEQ. LÁBIOS:	ERITEMA	DEBRIS	REDUNDANTE	ASSIMÉTRICO	LACERAÇÕES	ADESÕES
CORRIMENTO:	COR/ QUANTIDADE/ ODOR					
URETRA:	ERITEMA	CORRIMENTO		AGRESSÃO		
HÍMEN						
CONFIGURAÇÃO:	ANULAR	CRESCÊNICO	SEPTADO	IMPERFURADO		
BORDOS:	DELICADOS	LISOS	ESCALOPADOS	ESPessos		
LARGURA:	ESTREITA	LARGA	ADEQUADA			
VASCULARIDADE:	NORMAL	PROEMINENTE				
LOCALIZAÇÃO DAS IRREGULARIDADES/CONCAVIDADES:						
OUTROS:						



- SEXO FEMININO/ MASCULINO
- CLASSIFICAÇÃO DA OBSERVAÇÃO GENITAL
- I. NORMAL
 - II. NÃO ESPECÍFICO
 - III. INDETERMINADO
 - IV. PREOCUPANTE
 - V. TRAUMA DO HÍMEN – CICATRIZADO (SEXO F)
 - VI. LESÕES AGUDAS





< 72 horas

CONCEITOS

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

CORRIMENTO: COR/ QUANTIDADE/ ODOR

URETRA:	ERITEMA	CORRIMENTO	AGRESSÃO
----------------	---------	------------	----------

BALANITE:

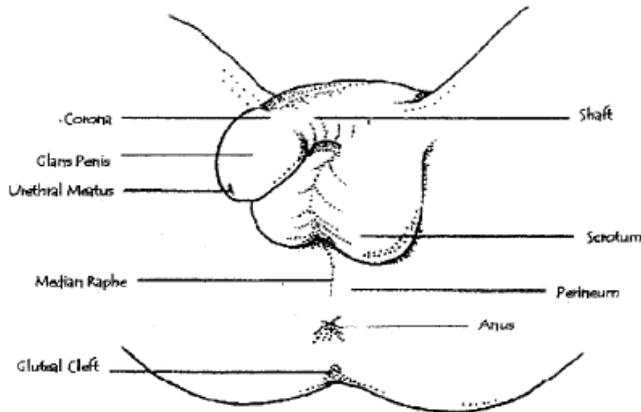
FIMOSE:

ALTERAÇÕES DA GLANDE:

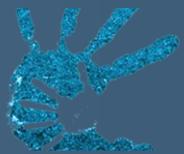
LOCALIZAÇÃO DAS IRREGULARIDADES:

OUTROS:

EXAME OBJECTIVO



- SEXO FEMININO/ MASCULINO
- CLASSIFICAÇÃO DA OBSERVAÇÃO GENITAL
- I. NORMAL
 - II. NÃO ESPECÍFICO
 - III. INDETERMINADO
 - IV. PREOCUPANTE
 - V. TRAUMA DO HÍMEN – CICATRIZADO (SEXO F)
 - VI. LESÕES AGUDAS



CONCEITOS

< 72 horas

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

Riscos de transmissão sexual de VIH

4 para 10 000 sexo vaginal receptivo com penetração

138 para 10 000 Sexo anal receptivo

Transmissão por contacto com sangue ou líquidos
sanguinolentos:

VHB: 1 em 3, VHC: 1 em 30, VIH: 1 em 300

CONCEITOS

< 72 horas

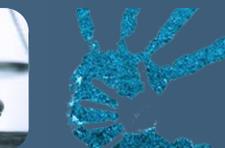
QP VIH



QP IST



> 72 horas



Seguimento

Risco de transmissão de IST

Neisseria gonorrhoeae: IST mais comum - prevalência 0% a 26.3%

Chlamydia trachomatis: prevalência entre os 4% e os 17%

Sífilis: entre 0% a 30%

Tricomonoas vaginalis: entre 0% a 19%

HPV: entre 0.6% e os 2.3%

Reynolds et al. (2000) Review of the epidemiology of STDs in sexual assault victims

CONCEITOS

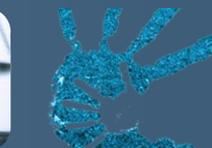
< 72 horas

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento



19/09/2015

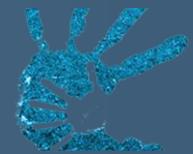
Sexual Assault and Abuse and STDs - 2015 STD Treatment Guidelines

CDC

Sexual Assault and Abuse and STDs

Risk for Acquiring HIV Infection

HIV infection has been reported in children for whom sexual abuse was the only known risk factor. Children might be at higher risk for HIV acquisition than adolescent and adult sexual assault or sexual abuse survivors because the sexual abuse of children is frequently associated with multiple episodes of assault and mucosal trauma might be more likely. Serologic testing for HIV infection should be considered for sexually abused children. The decision to test for HIV infection should involve the family, if possible, and be made on a case-by-case basis depending on the likelihood of infection among assailant(s) (890(<http://www.cdc.gov/std/tg2015/references.htm#890>)). Although data are insufficient concerning the efficacy of nPEP among children, treatment is well tolerated by infants and children with and without HIV infection, and children have a minimal risk for serious adverse reactions because of the short period recommended for prophylaxis



CONCEITOS

< 72 horas

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

considerar o tipo de abuso

violento/ traumático
com penetração vaginal ou anal
maior fragilidade do epitélio vaginal na criança resulta em lesão da mucosa com maior risco de transmissão do vírus.

considerar riscos do agressor

Se VIH + saber virémia e regime terapêutico

Se desconhecido

- ▶ múltiplos parceiros sexuais
- ▶ IST em particular doenças ulcerativas associadas
- ▶ utilização de drogas injectáveis com partilha de material
- ▶ não ser circuncidado

considerar epidemiologia local

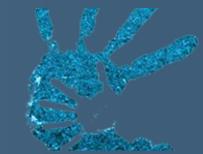
47.390 casos de infecção VIH/SIDA em Portugal (2013)

61,1% heterossexuais , Toxicodependentes

Lisboa (44,4%), Porto, Setúbal e Faro

sexo masculino (80.9%) e entre os 20 e 49 anos (82.5%)

Relatório: Infecção Vih/Sida – A Situação Em Portugal A 31 De Dezembro De 2013



CONCEITOS

< 72 horas

QP VIH

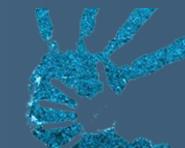
QP IST

> 72 horas

Seguimento

Agressor	Tipo de agressão	Necessidade de QP
Desconhecido	<u>Agressão sexual de baixo risco</u> : sem penetração e sem feridas	Sem QP
	Agressão sexual com penetração ou traumática	QP durante 28 dias
VIH -	Qualquer tipo de exposição	Sem QP
VIH +	<u>Agressão sexual de baixo risco</u> : sem penetração e sem feridas	Sem QP
	Agressão sexual com penetração ou traumática	QP durante 28 dias

A indicação e instituição de profilaxia deverá ser sempre discutida com a vítima e/ou com a família.
 Pedir consentimento verbal
 Esclarecer potenciais efeitos indesejáveis e interações medicamentosas
 Realçar a importância de cumprir rigorosamente o esquema posológico dos 28 dias.



CONCEITOS

< 72 horas

QP VIII

QP IST

> 72 horas

seguimento

RECOMENDAÇÕES PARA A PROFILAXIA DE INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL
Sociedade de Infeciologia Pediátrica, SPP

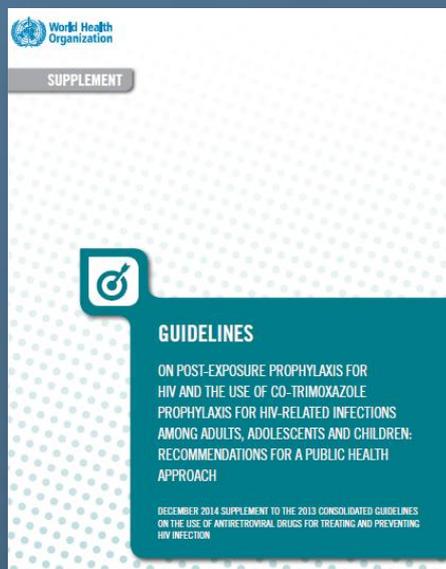
c) Fármacos:

Regime recomendado para PPE em idade pediátrica

<p>Lactentes >4Kg ≤10kg</p>	<p>Zidovudina (AZT) susp oral (10 mg/ml) 180-240mg/m²/dose PO 2id (máx 300mg/dose) ou 12mg/kg/dose PO 2id</p> <p>+</p> <p>Lamivudina (3TC) susp oral (10 mg/ml) 4 mg/kg PO 2id (máx 150 mg 2id)</p> <p>+</p> <p>Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) susp oral (80/20 mg/ml) Lopinavir 12 mg/kg/ritonavir 3 mg/kg PO 2id</p>	
<p>Crianças >10kg <30kg ou incapacidade em deglutir comprimidos</p>	<p>Zidovudina (AZT) susp oral (10 mg/ml) 9 mg/kg PO 2id (máx 300 mg 2id)</p> <p>+</p> <p>Lamivudina (3TC) susp oral (10 mg/ml) 4 mg/kg PO 2id (máx 150 mg 2id)</p> <p>+</p> <p>Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) susp oral (80/20 mg/ml) Lopinavir 10 mg/kg/ ritonavir 2,5 mg/kg PO 2id (máx 400/100 mg 2id)</p>	
<p>Adolescentes ≥30Kg</p>	<p>AZT 300 mg PO 2id + 3TC 150 mg PO 2id (ou Combivir® 1 cp PO 2id)</p> <p>+</p> <p>Tenofovir 300 mg PO id</p>	<p>Emtricitabina 200 mg PO id + Tenofovir 300 mg PO id (ou Truvada® 1 cp PO id)</p> <p>+</p> <p>AZT 300 mg PO 2id</p>

Quadro 4. Fármacos para profilaxia de VIH.^{2,7,8,22}

(Segundo recomendações nacionais em vigor em Outubro de 2012. Para actualização posterior consulta em www.sida.pt)



CONCEITOS

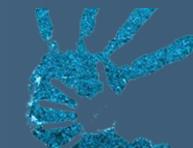
< 72 horas

QP VIII

QP IST

> 72 horas

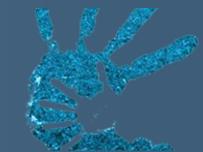
Seguimento



The following table summarizes the new and updated WHO recommendations presented in this supplement.

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children

Recommendation	Strength	Quality of the evidence
Post-exposure prophylaxis for HIV		
Number of antiretroviral drugs		
An HIV post-exposure prophylaxis regimen with two antiretroviral drugs is effective, but three drugs are preferred.	Conditional	Low
Preferred antiretroviral regimen for adults and adolescents^a		
TDF + 3TC (or FTC) is recommended as the preferred backbone regimen for HIV post-exposure prophylaxis among adults and adolescents.	Strong	Low to moderate
LPV/r or ATV/r is recommended as the preferred third drug for HIV post-exposure prophylaxis among adults and adolescents. Where available, RAL, DRV/r or EFV can be considered as alternative options.	Conditional	Very low



QP VIII

CONCEITOS

< 72 horas

QP IST

> 72 horas

Seguimento

ADULTOS E ADOLESCENTES (>10 ANOS)

1^a

2^a

3^a



TDF
TENOFIVIR

3TC
LAMIVUDINA

FCT
EMTRICITABINE

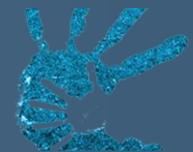
LPV/r
LOPINAVIR/RITONAVIR

ATV/r
ATAZANAVIR/RITONAVIR

OU

Adult and Adolescent ARVdrug dosages for use in PEP

Generic name	Dose
Tenofovir (TDF)	300 mg once daily
Lamivudine (3TC)	150 mg twice daily or 300 mg once daily
Emtricitabine (FTC)	200 mg once daily
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	400 mg/100 mg twice daily or 800 mg/200 mg once daily ^a
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	300 mg +100 mg once daily
Raltegravir (RAL)	400 mg twice daily
Darunavir + ritonavir (DRV/r)	800 mg +100 mg once daily or 600 mg +100 mg twice daily
Efavirenz (EFV)	600 mg once daily



CONCEITOS

< 72 horas

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

CRIANÇAS (< 10 ANOS)



Preferred antiretroviral regimen for children ≤10 years old^b

AZT + 3TC is recommended as the preferred backbone regimen for HIV post-exposure prophylaxis among children 10 years and younger.

ABC + 3TC or TDF + 3TC (or FTC) can be considered as alternative regimens.

Strong

Low

LPV/r is recommended as the preferred third drug for HIV post-exposure prophylaxis among children younger than 10 years.

An age-appropriate alternative regimen can be identified among ATV/r, RAL, DRV, EFV and NVP.

Conditional

Very low

CONCEITOS

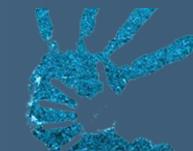
< 72 horas

QP VIII

QP IST

> 72 horas

seguimento



CRIANÇAS (< 10 ANOS)

Supplemental

GUIDELINES

ON POST-EXPOSURE PROPHYLAXIS FOR THE PREVENTION OF HIV TRANSMISSION: PROPHYLAXIS FOR HIV-RELATED INFECTIONS AMONG ADULTS, ADOLESCENTS AND CHILDREN: RECOMMENDATIONS FOR A PUBLIC HEALTH APPROACH

INCLUDES DATA SUPPORTIVE TO THE 2015 CONSOLIDATED GUIDELINES ON THE USE OF ANTIRETROVIRAL DRUGS FOR PREVENTING AND TREATING HIV INFECTION

Simplified dosing of child-friendly fixed-dose solid formulations of recommended preferred ARV drugs for post-exposure prophylaxis of HIV for twice-daily dosing among children

Drug	Strength of tablets (mg)	Number of tablets by weight band morning (AM) and evening (PM)										Strength of adult tablet (mg)	Number of tablets by weight band		
		3.0–5.9 kg		6.0–9.9 kg		10.0–13.9 kg		14.0–19.9 kg		20.0–24.9 kg			25.0–34.9 kg		
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
AZT/3TC	Tablet (dispersible) 60 mg/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300/150	1	1	

Simplified dosing of child-friendly solid and oral liquid formulations of recommended preferred ARV drugs for post-exposure prophylaxis of HIV for twice-daily dosing among children

Drug	Strength of tablets (mg) or oral liquid (mg/ml)	Number of tablets by weight band, morning (AM) and evening (PM)										Strength of adult tablet (mg)	Number of tablets by weight band		
		3.0–5.9 kg		6.0–9.9 kg		10.0–13.9 kg		14.0–19.9 kg		20.0–24.9 kg			25.0–34.9 kg		
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM

Solid formulations

3TC	Tablet (dispersible) 30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	150	1	1
AZT	Tablet (dispersible) 60 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300	1	1
LPV/r	Tablet (heat stable) 100 mg/25 mg	–	–	–	–	2	1	2	2	2	2	100/25	3	3

Liquid formulations

AZT	10 mg/ml	6 ml	6 ml	9 ml	9 ml	12 ml	12 ml	–	–	–	–	–	–	–
3TC	10 mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	–	–	–	–	–	–	–
LPV/r*	80/20 mg/ml	1 ml	1 ml	1.5 ml	1.5 ml	2 ml	2 ml	2.5 ml	2.5 ml	3 ml	3 ml	–	–	–

*LPV/r syrup should not be used for premature babies or infants younger than 2 weeks of age. NVP should be used instead at the following dose: 5 ml twice daily (3.0–5.9 kg), 8 ml twice daily (6.0–9.9 kg) and 10 ml twice daily (10.0–13.9 kg) if syrup is available; 1 tablet twice daily (3.0–5.9 kg), 1.5 tablets twice daily (6.0–9.9 kg) and 2 tablets twice daily (10.0–13.9 kg) if dispersible 50-mg tablets are available.

CONCEITOS

< 72 horas

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

considerar
o tipo de abuso

violento/ traumático
com penetração vaginal ou anal
maior fragilidade do epitélio vaginal na criança resulta em lesão da mucosa
com maior risco de transmissão

VÍTIMA PÓS-PÚBERE

Profilaxia de IST recomendada

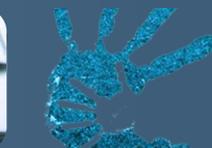
- ▶ maior prevalência de infecções assintomáticas pré-existentes
- ▶ risco de doença inflamatória pélvica

VÍTIMA PRÉ-PÚBERE

Profilaxia de IST discutível (Protocolo SPI), Guideline 2015 CDC não recomenda

Deve ser realizada colheita de amostras

Tratamento deverá ser realizado se surgirem sintomas ou se colheitas +



CONCEITOS

< 72 horas

QP VIH

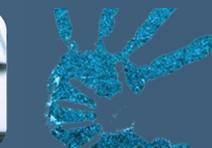
QP IST

> 72 horas

Seguimento

RECOMENDAÇÕES PARA A PROFILAXIA DE INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL
Sociedade de Infeciologia Pediátrica, SPP

Infeção e agente	Profilaxia
Infeção Gonocócica (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	Ceftriaxone 250 mg i.m. dose única
Infeção a <i>Chlamydia trachomatis</i>	Azitromicina 1g PO dose única (ou 20 mg/Kg, se P<45Kg)
Tricomoníase (<i>Trichomonas vaginalis</i>) e Bacteriose Vaginal	Metronidazol 2g PO dose única (ou 15 mg/Kg/dia 3id, 7 dias, se P<45Kg)



CONCEITOS

< 72 horas

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

RECOMENDAÇÕES PARA A PROFILAXIA DE INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL
Sociedade de Infeciologia Pediátrica, SPP

Criança exposta	Fonte		
	AgHBs positivo	AgHBs negativo	AgHBs desconhecido
Não vacinada ou vacinação incompleta	Vacinação HB ^a + IGHB ^b (1 dose)	Seguir PNV	Vacinação HB ^a + IGHB ^b (1 dose)
Vacinação completa	Anti-HBs > 10mUI/ml: ^c (adequado) ∅	∅	Se fonte de alto risco = AgHBs positivo
	Anti-HBs < 10mUI/ml: IGHB (1 dose) + dose reforço de vacina HB ^d	∅	Se fonte de alto risco = AgHBs positivo

IGHB, Imunoglobulina anti-hepatite B. Dose 0.06 ml/kg (max. 5 ml) intra-muscular

CONCEITOS

< 72 horas

QP VIH

QP IST

> 72 horas

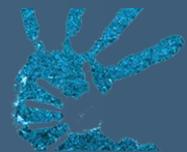
Seguimento

19/09/2015

Sexual Assault and Abuse and STDs - 2015 STD Treatment Guidelines

Sexual Assault and Abuse and STDs

- HPV vaccination is recommended for female survivors aged 9–26 years and male survivors aged 9–21 years. For MSM with who have not received HPV vaccine or who have been incompletely vaccinated, vaccine can be administered through age 26 years. The vaccine should be administered to sexual assault survivors at the time of the initial examination, and follow-up dose administered at 1–2 months and 6 months after the first dose.



contracepção de emergência

se

agressão sexual com penetração vaginal e ejaculação ♀ pós menarca

Contracepção de emergência < 72 horas

Levonorgestrel (Norlevo®) comprimido 0,75 mg – 2 comprimidos toma única

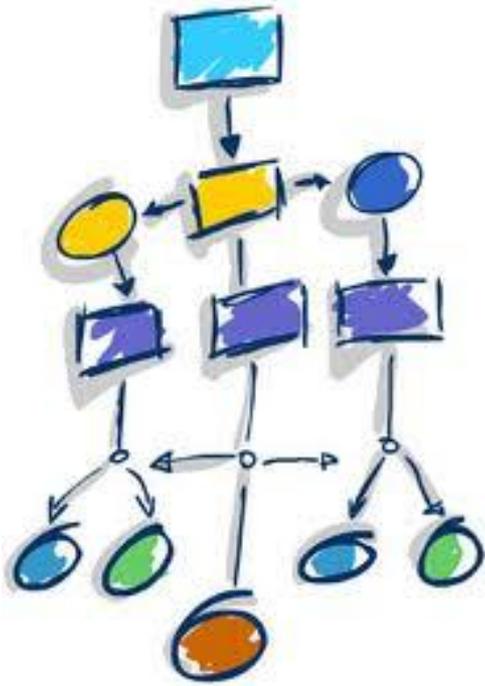
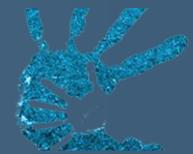
Levonorgestrel (Norlevo®) comprimido 1,5 mg – 1 comprimido toma única

Contracepção de emergência < 120 horas/ 5 DIAS

Acetato de ulipristal (ellaOne®) comprimido 30 mg – 1 comprimido toma única



NO



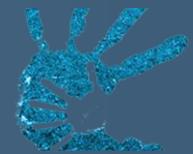
algoritmo de actuação nº2

ABUSO SEXUAL > 72 horas





NO



CONCEITOS

< 72 horas

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

actuação As > 72 horas

ANAMNESE

- (se possível em conjunto com Psicologa e/ou Assistente Social)
- Local, data e hora do abuso
- Episódio isolado / recorrente
- Informação sobre o abusador
- Informação sobre o tipo de abuso
- Antecedentes pessoais e estado vacinal

Contactos a realizar:

- ▶ NHACJR
- ▶ Assistente Social
- ▶ Psicóloga
- ▶ PSP/PJ

EXAME OBJECTIVO

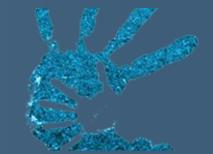
- **EO incluindo genitais**
- **CONSERVAR:** fotografia identificável das lesões

INML

- Contactar **INML** para articular marcação de observação. Confirmar que foi apresentada queixa à PSP.



NO



> 72 horas

CONCEITOS

< 72 horas

QP VIH

QP IST

Seguimento

actuação As > 72 horas

E.C.D.

- Avaliação laboratorial: sem indicação

SEROLOGIAS

- Ac anti-VIH 1 e 2
- AgHBs (teste rápido) + AcHBs
- Ac anti-VHC
- VDRL (tubo bioquímica)

T.I.G.

- Urina II para Teste Immunológico da Gravidez (TIG) se penetração vaginal na ♀ pós-pubere

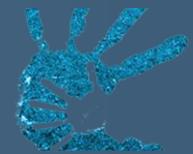
COLHEITAS

- ISTs Tipo de colheita e exames

Agente	Tipo de colheita	Exames complementares
Infecção Gonocócica (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	Zaragatoa uretral e vaginal ou endocervical	Exame direto, cultura e TSA
Infecção a <i>Chlamydia trachomatis</i>	Zaragatoa uretral e endocervical	Exame direto, Imunofluorescência ou PCR
Tricomoníase (<i>Trichomonas vaginalis</i>) e Bacteriose Vaginal	Zaragatoa	Exame direto e ou cultura de secreções
Herpes Genital (<i>Herpes simplex 2</i>)	Raspado da lesão	Exame directo, PCR
Sífilis (<i>Treponema pallidum</i>)	Sangue	VDRL (se positivo, FTAabs ou TPHA)



NO



CONCEITOS

< 72 horas

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

actuação As > 72 horas

PPE

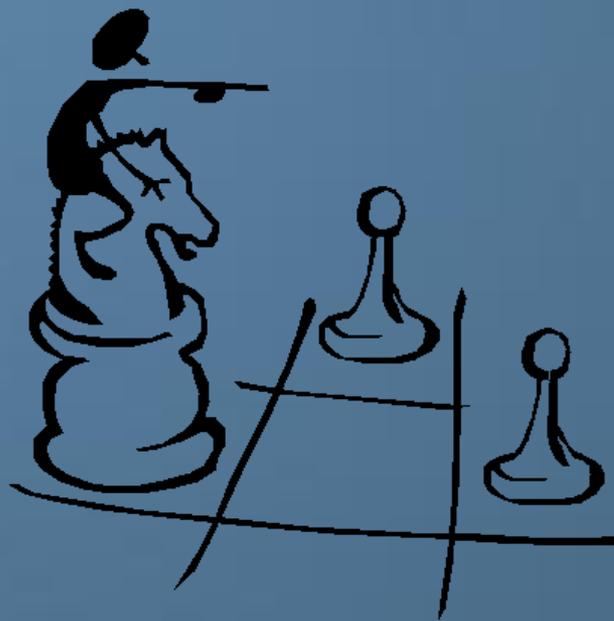
- **Avaliação risco e indicação para profilaxia ISTs**
- **Sem** indicação para PPE AVIH
- Contraceção de emergência **não** indicada → se TIG positivo referenciar ao SU Obstetrícia

alta

- Avaliação conjunta do risco: alta vs internamento
- Criança em perigo eminente ou actual com oposição dos detentores do poder paternal → PSP → Procurador Ministério Público (art.91º) → Acolhimento Emerg. ou Linha Nac. Emerg. Social → telf. 144
- Sem critério de internamento e sem risco → ALTA + ECMIJ + Consulta Ped Apoio e Risco/Psic. NHACJR

NHACJR

- Preencher Protocolo Maus-Tratos NHACJR
- Seguimento em consultas pediatria e psicologia



seguimento:



NO



CONCEITOS

< 72 horas

QP VIH

QP IST

> 72 horas

Seguimento

Consulta Pediatria de Apoio e Risco Consulta Infecçiologya Pediátrica

RECOMENDAÇÕES PARA A PROFILAXIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL
Sociedade de Infecçiologya Pediátrica, SPP

Controlos analíticos após exposição:

- **Ac HIV1 e 2:** 4-6 semanas, 3º e 6º meses;
- **VHB:** 4-6 semanas, 3º e 6º meses, de acordo com o estado vacinal;
- **VHC:** RNA HCV 4-6 semanas; Anti-HCV no 3º e 6º meses.

	Consultas	Hemograma ALT Creatinina	Anti-HIV1 e 2	Anti-HBs	RNA HCV/ Anti-HCV	Rastreio de IST's
S1	X					
S2	X					X
S3	X					
S4-6	X	X	X	X*	Só pedir se ALT aumentada	X
M3	X		X	X*	Anti-HCV	
M6	X		X	X*	Anti-HCV	

Quadro 6. Seguimento. * De acordo com estado vacinal. Legenda: S – semana; M – mês.



The Underwear Rule

ENSINE A REGRA "AQUI NINGUÉM TOCA" AOS SEUS FILHOS

Cerca de uma em cada cinco crianças é vítima de violência ou abuso sexual. Ajude a impedir que a sua criança seja uma vítima. Ensine-lhe a Regra "Aqui ninguém toca".



VER O FILME ▶



A REGRA
"AQUI NINGUÉM TOCA" ▶



PARA
DESCARREGAR ▶



O LIVRO ▶

OUTRAS LÍNGUAS ▶



obrigada

Alexandra Vasconcelos

alexandravasc@gmail.com