



Profilaxia de infeções sexualmente transmissíveis na criança e adolescente vítima de abuso sexual

Sociedade de Infeciologia Pediátrica

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

Em representação da Sociedade de Infeciologia Pediátrica da SPP

1. Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto-Douro, Vila Real
2. Hospital Pediátrico Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra
3. Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã
4. Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa

1. Introdução

Abuso sexual é o envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades que resultam na satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha¹. Pode ocorrer contacto com líquidos biológicos com risco de transmissão do vírus da hepatite B (VHB), vírus da hepatite C (VHC), vírus da imunodeficiência humana (VIH) e outros agentes de transmissão sexual, provocando grande ansiedade à vítima e cuidadores e resultando em recurso aos serviços de urgência.

As presentes recomendações têm como objectivo definir uma política comum a todos os hospitais que garanta os cuidados mais adequados a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.

Apesar de o risco de transmissão de uma infecção sexualmente transmissível (IST) ser habitualmente baixo, o clínico deve informar e minimizar a possibilidade de ocorrer doença. Considerações medico-legais não serão abordadas neste documento.

Risco de aquisição de IST - indicadores de rastreio e profilaxia:

O abusador deve ser identificado e avaliado o risco do seu estado infeccioso, já que se relaciona directamente com o risco de transmissão de doença à vítima. A aquisição de uma IST depende da prevalência de ISTs na comunidade, do tipo e frequência do contacto, número de abusadores, infecciosidade dos microrganismos, susceptibilidade da vítima às infeções (trauma genital, imaturidade imunológica) e tempo até ao início da profilaxia.

Considera-se risco elevado de aquisição de ISTs após um abuso sexual se:^{2,3}

- A vítima apresenta sinais/sintomas de IST;
- Outra criança/adolescente exposta ao mesmo meio ambiente apresenta uma IST;
- O abusador é conhecido e considerado de alto risco para ISTs;
- O abusador é desconhecido;
- Existe evidência clínica de penetração anal, vaginal ou oral.

As recomendações em crianças são baseadas no risco de transmissão e seroconversão em adultos. No entanto, apesar da escassez de dados, o abuso sexual na idade pediátrica merece uma avaliação particular.⁴

2. Micro-organismos e avaliação do risco de transmissão

2.1. Vírus

Vírus da hepatite B (VHB)

O risco de transmissão por via sexual não está quantificado, mas calcula-se que seja baixo. No entanto, depende do estado serológico da fonte, tipo de abuso (maior no abuso anal ou traumático e repetido), exposição a sangue, estado vacinal da vítima.^{5,6}

Vírus da hepatite C (VHC)

O VHC pode ser transmitido por via sexual mas o risco por via mucosa ou pele não íntegra não está quantificado.⁵

Vírus da Imunodeficiência Humana 1 e 2 (VIH 1 e 2)

O VIH sobrevive pouco tempo quando exposto ao ar ambiente (material infectante diminuiu 1 log a cada 9 horas).⁷ A transmissão pode ocorrer através da exposição a sangue ou fluidos corporais potencialmente infectantes (sémen, leite materno, secreções vaginais).⁸

Chlamydia trachomatis

As infeções do trato genital (uretrite, cervicite, endometrite) e o linfogranuloma venéreo atingem valores máximos em adolescentes do sexo feminino, até 20%. A taxa de infeção após abuso sexual em crianças é inferior a 5% e é habitualmente assintomática.^{13,14}

Quadro I. O risco de transmissão do vírus da imunodeficiência humana por via sexual depende de diversos factores⁹

Fonte VIH positiva		
Risco considerável (0.8-3%)	Baixo risco (0.05-0.8%)	Risco mínimo (0.01-0.05%)
Sexo anal receptivo com ejaculação	Sexo vaginal receptivo com e sem ejaculação; Sexo anal receptivo sem ejaculação; Penetração anal e vaginal; Sexo orogenital com ejaculação.	Sexo oral sem ejaculação; Sexo orogenital feminino.
Fonte VIH desconhecida		
Baixo risco (0.05-0.08%)	Risco mínimo (0.01-0.05%)	Risco negligenciável (<0.01%)
Sexo anal receptivo com ejaculação.	Sexo vaginal receptivo sem ejaculação; Sexo anal receptivo sem ejaculação; Penetração anal e vaginal; Sexo oral com ou sem ejaculação.	Contacto de secreções com pele íntegra.

Adaptado de "Recomendaciones sobre profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños". SPNS, GESIDA, CEEISCAT, SEIP e AEP. Emergencias 2009; 21:42-52.

O abuso sexual de menores é muitas vezes repetido, violento/traumático e a maior fragilidade do epitélio vaginal na criança resulta em lesão da mucosa com maior risco de transmissão do vírus.⁷

Além do tipo de exposição e material infectante, deve ser considerada a epidemiologia local da infeção VIH. Até Dezembro de 2011 foram notificados 41035 casos de infeção VIH/SIDA em Portugal, nos diferentes estadios. Os toxicod dependentes constituem 44.7% do total, seguidos da população heterossexual (38%). A maioria dos casos observa-se nas regiões de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, no sexo masculino (80.9%) e entre os 20 e 49 anos (82.5%).¹⁰

Se a fonte é doente conhecido VIH positivo, é essencial saber a virémia e o regime terapêutico. Caso a fonte seja identificada, mas o seu estado infeccioso seja desconhecido, avaliar o risco de ser VIH positivo. São factores de risco: múltiplos parceiros sexuais ou doenças sexualmente transmissíveis, em particular doenças ulcerativas associadas, e a utilização de drogas injectáveis com partilha de material.⁸

2.2 Bactérias**Neisseria gonorrhoeae**

A gonorreia tem um risco de transmissão sexual de 20% no primeiro episódio. Origina uretrite e endocervicite, com leucorreia mucopurulenta.^{11,12}

Treponema pallidum

O *Treponema pallidum* é transmitido por contacto sexual e mais raramente por transfusões sanguíneas e através de pele lesionada. O risco de transmissão sexual de fonte infectada é de aproximadamente 30% e depende da extensão e localização da doença no abusador. Deve apenas ser rastreado na exposição sexual.^{15,16,17}

2.3. Protozoários**Trichomonas vaginalis**

Este protozoário pode infectar o lúmen e superfícies mucosas do trato urogenital, sendo transmitido predominantemente por via sexual. Tem elevada prevalência global. Pode originar leucorreia amarela-esverdeada espumosa, irritação vulvar e disúria. O período de incubação varia entre 4 e 28 dias.^{16,18}

2.4. Outros

Outros vírus de elevada prevalência e de transmissão sexual são o *Herpes simplex* tipo 2 (HSV2) e Vírus do Papiloma Humano (HPV). Além destes, pode ainda ocorrer transmissão de vírus de outras hepatites, citomegalovírus (CMV), vírus Epstein-Barr (EBV), parvovírus, *Yersinia*, *Plasmodium*.^{18,19,20}

3. Procedimento inicial

a) História clínica

Caracterização do episódio:

- Local, data e hora do abuso;
- Factores de risco relativos à vítima e verificar imunização Hepatite B no BSII;
- Episódio isolado/ episódios anteriores;
- Informação sobre abusador, se possível (conhecido/desconhecido, factores de risco e estado serológico);
- Epidemiologia local IST.

Exame objectivo/Actuação médico-legal (de acordo com protocolo local de cada instituição).

b) Avaliação laboratorial inicial na vítima

Serologias AgHBs, Anti-HBs, Anti-HCV, Anti-VIH1 e 2.

4. Profilaxia

A profilaxia está apenas indicada no episódio isolado de abuso sexual. No caso de abuso repetido a profilaxia não está recomendada, devendo ser instituídas medidas comportamentais para a redução do risco de aquisição de ISTs.⁹

4.1. Vírus

VHB – De acordo com o estado vacinal da criança em situações de risco.

Deve ser iniciada idealmente nas primeiras **24 a 72 horas** após o episódio.

A vacina para Hepatite B deve ser considerada se a vítima se apresenta até seis semanas após o episódio de abuso.

A imunoglobulina, se indicada, deve ser considerada até 72 horas após o episódio, mas pode ser usada até sete dias depois.³

Quadro II. Doenças sexualmente transmissíveis: tipo de colheita e exames para diagnóstico²¹

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 Chlamydia trachomatis	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)

Notas:^{3,21}

- Realizar o rastreio de ISTs na vítima previamente à instituição dos fármacos.
- O rastreio da sífilis deve ser repetido 3-4 semanas após a exposição.
- Antes de iniciar profilaxia pós-exposição (PPE) realizar: hemograma, ureia, creatinina, ALT.
- No sexo feminino, em idade pós-púbere, realizar teste de gravidez antes da administração de qualquer profilaxia ou contracepção de emergência;
- Contracepção de emergência preconizada: Levonorgestrel 0,75mg PO dose única.

VHC – Não existe profilaxia eficaz. Se anticorpos VHC positivos agendar consulta de gastro-hepatologia.^{3,5}

VIH – Indicações para profilaxia:

a) Tempo decorrido desde exposição

A profilaxia só está indicada quando **decorreram menos de 72 horas** após a exposição. Quanto mais precoce o início da profilaxia, maior a eficácia. Idealmente, deve ser iniciada 2 a 6 horas após a exposição.

b) Indicações para profilaxia:

A profilaxia de ISTs pós-abuso sexual está indicada nos casos em que o abusador é conhecido VIH positivo ou nos casos de fonte desconhecida. Nos casos em que o abusador é conhecido VIH negativo, a profilaxia não está indicada.

Quadro III. Indicações e fármacos para profilaxia de vírus da hepatite B. Adaptado de 21

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

^a Vacina Hepatite B – 0, 1 e 6 meses. Vacinação de acordo com os esquemas de recurso constantes no programa de saúde infantil e juvenil.

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

^c Resposta adequada se anti-HBs ≥10mUI/mL

^d Se é administrada dose de reforço da vacina HB realizar posteriormente Ac HBs (1-2 meses após a dose de reforço). Se foi também administrada IGHb, o Ac HBs deve ser realizado 4-6 meses depois.

Algumas situações serão ponderadas caso a caso. Em todos os casos, a indicação e instituição de profilaxia deverá ser sempre discutida com a vítima e com a família.^{2,7}

c) Fármacos:

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

Regime recomendado para PPE em idade pediátrica			
Lactentes >4Kg ≤10kg	<p>Zidovudina (AZT) susporal (10 mg/ml) 180-240mg/m² PO 2id (máx 300mg 2id) ou 12mg/kg PO 2id +</p> <p>Lamivudina (3TC) susp oral (10 mg/ml) 4 mg/kg PO 2id, (máx 150 mg 2id) +</p> <p>Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) susp oral (80/20 mg/ml) Lopinavir 12 mg/kg; rTV 3 mg/kg PO 2id (máx 400/100 mg 2id)</p>		
Crianças >10kg <30Kg ou incapacidade em deglutir comprimidos	<p>Zidovudina (AZT) susp oral (10 mg/ml) 9 mg/kg PO 2id (máx 300 mg 2id) +</p> <p>Lamivudina(3TC) susp oral (10 mg/ml) 4 mg/kg PO 2id (máx 150 mg 2id) +</p> <p>Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) susp oral (80/20 mg/ml) Lopinavir 10 mg/kg; rTV 2,5 mg/kg PO 2id (máx 400/100 mg 2id)</p>		
Adolescentes	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>AZT 300 mg PO 2id + 3TC 150 mg PO 2id (ou Combivir® 1 cp 2id) +</p> <p>Tenofovir 300 mg PO id</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>AZT 300 mg PO 2id +</p> <p>Emtricitabina 200 mg PO id + Tenofovir 300 mg PO id (ou Truvada® 1 cp PO id)</p> </td> </tr> </table>	<p>AZT 300 mg PO 2id + 3TC 150 mg PO 2id (ou Combivir® 1 cp 2id) +</p> <p>Tenofovir 300 mg PO id</p>	<p>AZT 300 mg PO 2id +</p> <p>Emtricitabina 200 mg PO id + Tenofovir 300 mg PO id (ou Truvada® 1 cp PO id)</p>
<p>AZT 300 mg PO 2id + 3TC 150 mg PO 2id (ou Combivir® 1 cp 2id) +</p> <p>Tenofovir 300 mg PO id</p>	<p>AZT 300 mg PO 2id +</p> <p>Emtricitabina 200 mg PO id + Tenofovir 300 mg PO id (ou Truvada® 1 cp PO id)</p>		

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

Notas:

- Quando possível questionar sobre estado VIH da fonte e seu esquema terapêutico. Se necessário ajustar terapêutica de forma a não utilizar como profilaxia os fármacos usados na terapêutica da fonte e ajustar de acordo com as resistências.²³
- Os medicamentos devem ser tomados todos à mesma hora; LPV/r deve ser ingerido com comida.
- Os principais efeitos secundários são mal estar geral, náuseas, vômitos e alterações do trânsito intestinal. Pode ser necessário associar antieméticos.

d) Duração da profilaxia: 28 dias.^{2,3,7,23}

e) Considerações ao doente e aos pais

A profilaxia VIH não é 100% eficaz e tem efeitos secundários que devem ser explicados aos doentes e cuidadores. Se é iniciada terapêutica antirretrovírica, é necessário o seu cumprimento rigoroso.^{7,23}

Caso haja dúvidas para o início da profilaxia ou não haja capacidade para tomar uma decisão pela vítima ou cuidadores, a PPE poderá ser iniciada com reavaliação após 24 horas.

4.2. Outras infeções sexualmente transmissíveis

Recomenda-se a profilaxia de IST a vítimas de abuso sexual em idade pós-púbere, pela maior prevalência de infeções assintomáticas pré-existentes nesse grupo etário e o maior risco de desenvolvimento de doença inflamatória pélvica.

A profilaxia antibiótica de IST a vítimas assintomáticas e em idade pré-púbere é discutível, pelo que a sua instituição deve ser considerada caso a caso. Nas crianças pré-puberes, deve ser realizada colheita de amostras e o tratamento deverá ser realizado se surgirem sintomas ou as colheitas se revelarem positivas.

Quadro V. Fármacos para profilaxia de infeções sexualmente transmissíveis²¹

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)
Tricomoniase (<i>Trichomonas vaginalis</i>) e	Metronidazol 2g PO dose única (ou 15 mg/Kg/dia 3id, 7 dias, se P<45Kg)
Bacteriose Vaginal	

A profilaxia da **sífilis** não está preconizada. O tratamento será instituído de acordo com a investigação laboratorial.²¹

5. Seguimento: Consulta de Pediatria/infecciologia Pediátrica**1ª Consulta:**

- Dois a três dias após alta;
- Reavaliação clínica e avaliar resultados analíticos, microbiológicos;
- Rever regime terapêutico e monitorizar efeitos secundários da profilaxia;
- Avaliar estado psico-social da criança e família;
- Avaliar a necessidade de referenciação a outras consultas (cirurgia, ginecologia, pedopsiquiatria...).²⁴

Consultas Subsequentes:

Periodicidade quinzenal durante o primeiro mês. Considerar caso a caso a necessidade de consulta semanal naqueles em que tiver sido iniciada PPENO. Em todos os casos, reavaliação ao 3º mês e ao 6º mês.^{2,7}

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.

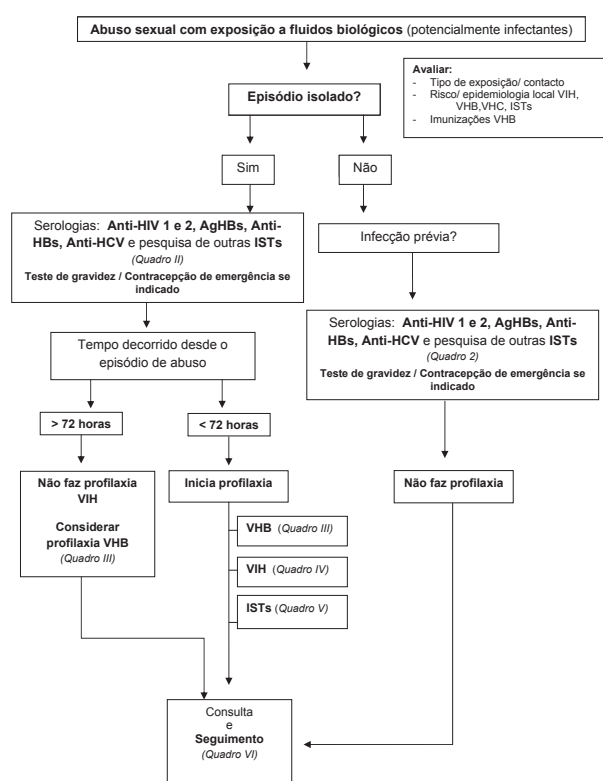
Quadro VI. Seguimento

	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	

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

Nos casos indicados, deverá ser realizado **teste de gravidez** na avaliação inicial e repetido na 2ª e 4ª-6ª semanas após abuso sexual.

FLUXOGRAMA DA PROFILAXIA PÓS-ABUSO SEXUAL



Referências

1. Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. DGS, Fevereiro 2011:9.
2. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/SIDA, Abril 2011.
3. Rogstad K et al. United Kingdom National Guideline on the Management of Sexually Transmitted Infections and Related Conditions in Children and Young People - 2010 Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV.
4. Papenburg J et al. Pediatric injuries from needles discarded in the community: epidemiology and risk of seroconversion. *Pediatrics* 2008; 122; e487.
5. UpToDate 2012, Management of healthcare workers exposed to hepa-

titis B vírus or hepatitis C vírus; disponível em www.uptodate.com.

6. UK National Guidelines on the management of adult and adolescent complaints of sexual assault 2011.
7. Havens P L, Committe on Pediatric AIDS. AAP clinical report: Post-exposure prophylaxis in children and adolescents for nonoccupational exposure to human immunodeficiency virus. *Pediatrics* 2003; 111: 1475-1489.
8. New York State Department of Health AIDS Institute. HIV post-exposure prophylaxis for children beyond the perinatal period, disponível em <http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/post-exposure-prophylaxis/hiv-post-exposure-prophylaxis-for-children-beyond-the-perinatal-period/>.
9. SPNS, GESIDA, CEEISCAT, SEIP e AEP. Recomendaciones sobre profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. *Emergencias* 2009; 21:42-52.
10. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas. Infecção VIH/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2011 / Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas; colaboração com Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Lisboa, Junho 2012.
11. Warner L, Stone KM, Macaluso M, Buehler JW, Austin HD. Condom use and risk of gonorrhea and Chlamydia: a systematic review of design and measurement factors assessed in epidemiologic studies. *Sex Transm Dis* 2006;33(1):36-51.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010 Sexually Transmitted Diseases Surveillance: Gonorrhea.
13. National Health and Nutrition Examination Survey - Chlamydia Prevalence Monitoring Project Profiles and Annual Reports - Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2010.
14. Goulet V, de Barbeyrac B, Raheison S, Prudhomme M, Semaille C, Warszawski J. Prevalence of Chlamydia trachomatis: results from the first national population-based survey in France. *Sex Transm Infect*. 2010;86(4):263-70.
15. Christian, CW, Lavelle, J, Bell, LM Preschoolers with syphilis. *Pediatrics* 103:e4, 1999.
16. Klausner J D, Hook E W. Sexually transmitted diseases. Current diagnosis & treatment, Lange. McGraw-Hill 2007.
17. Ingram DL, Everett VD, Lyna PR, et al: Epidemiology of adult sexually transmitted disease agents in children being evaluated for sexual abuse. *Pediatr Infect Dis J* 11:945-950, 1992.

18. Hammerschlag M R. Sexually transmitted diseases in sexually abused children: medical and legal implications. *Sex Transm Inf* 1998; 74: 167-174.
19. Schwarcz SK, Whittington WL. Sexual assault and sexually transmitted diseases: detection and management in adults and children. *Rev Infect Dis* 1990;12:S682-9.
20. Gutman L T *et al.* Evaluation of sexually abused and nonabused Young girls for intravaginal human papillomavirus infection. *Am J Dis Child* 1992; 146:694-9;
21. American Academy Pediatrics. Prophylaxis after sexual victimization. *Red Book* 2012.
22. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Recomendações portuguesas para o tratamento da infecção por VIH-1 e VIH-2 2012. Disponível em www.sida.pt.
23. Benn P, Fisher M, Kulasegaram R, BASHH PEPSE Guidelines Writing Group Clinical Effectiveness Group. UK guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. *International Journal of STD & AIDS* 2011; 22: 695-708.
24. Benn P, Fisher M, Kulasegaram R, BASHH PEPSE Guidelines Writing Group Clinical Effectiveness Group. UK guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. *International Journal of STD & AIDS* 2011; 22: 695-708.

Julho de 2013