



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM  
PATOLOGIA TROPICAL**



**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS  
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM CRIANÇAS  
ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NA  
CIDADE DE MANAUS**

**CARLA BARROS DA ROCHA RIBAS**

**MANAUS  
2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR  
EM PATOLOGIA TROPICAL**

**CARLA BARROS DA ROCHA RIBAS**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS  
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM CRIANÇAS  
ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NA  
CIDADE DE MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas, como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Patologia Tropical, na área de concentração “Diagnóstico e controle”.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Maria da Graça Souza Cunha**

**Co-orientador: Dr. Antonio Pedro Mendes Schettini**

**MANAUS  
2008**

B482 RIBAS, Carla Barros da Rocha

Perfil clínico – epidemiológico das doenças sexualmente transmissíveis em crianças atendidas em um centro de referência na cidade de Manaus / Carla Barros da Rocha Ribas. – Manaus, 2009.

85p. ; il.

Dissertação (Mestrado) Programa de Pós- Graduação da Universidade Federal do Amazonas.

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis - Crianças. 2. Diagnóstico e Controle das DSTs em crianças. I. Título.

CDU 616.97 – 053.2 (043.3)

**CARLA BARROS DA ROCHA RIBAS**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS  
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM CRIANÇAS  
ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NA  
CIDADE DE MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas, como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Patologia Tropical, na área de concentração “Diagnóstico e controle”.

Aprovada em 14 de outubro de 2008.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria da Graça Souza Cunha, Presidente  
Universidade Federal do Amazonas

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Augusta Bessa Rebello, Membro Interno  
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Sinésio Talhari, Membro Externo  
Fundação de Medicina Tropical do Amazonas

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais que, em vida, me deram vida e me ensinaram a viver e, na saudade, me deixaram de herança o melhor do amor;

Ao meu amado esposo Jonas, que com sua companhia constante, incansável e estimuladora me deu como prêmio, além da concretização do objetivo, a satisfação de termos alcançado juntos a meta final;

Aos meus filhos João Álvaro e Pedro Arthur, luz, esperança e riqueza para toda a minha vida, que, com o dom de sentirem alegria nas coisas simples, têm o poder de tornar os dias de seus pais mais valiosos, no sentido de que tudo vale a pena quando existe uma razão.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é admitir que houve um momento em que se precisou de alguém, é reconhecer que somos tão poderosos e fortes quanto nos permitimos ser, e que a parte mais difícil de qualquer empreendimento é dar o primeiro passo, tomar a primeira decisão. Mas nenhum de nós chega onde está exclusivamente por impulso de nossos próprios pés. Chegamos porque alguém se inclinou e nos alavancou. A todos que compartilharam dos meus ideais, dedico este trabalho, com a mais profunda gratidão e respeito:

A Deus, que com sua luz nos dá esperança, força, caminho, paz e sabedoria;

À Dra. Maria da Graça Souza Cunha, que, com profissionalismo e extrema competência, me orientou precisamente nesse trabalho;

Ao grande amigo Dr. Antonio Pedro Mendes Schettini, pelo apoio incondicional e compartilhamento de seus conhecimentos na co-orientação;

À Megumi Sadahiro, pela consultoria, colaboração e dedicação;

À Valderiza Pedrosa, pela valiosa contribuição, sempre presente em todas as fases desse trabalho;

À Felicien Vásquez, pelo assessoramento;

À Dra. Adele Benzaken, pelo compartilhamento de sua experiência;

À Carolina Callado, pelo apoio e carinho dispensados;

À Josie Eiras, pela parceria na execução desse trabalho;

Aos pequenos pacientes, razão da existência desse estudo, que no silêncio de seu sofrimento, contribuíram de maneira significativa.

Nada lhe pertence mais que seus sonhos.

Friedrich Nietzsche

## RESUMO

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em crianças ainda é um problema de saúde pública pouco estudado. O que se conhece hoje, em relação a este problema no nosso meio, representa apenas um elo da corrente, pois muito precisa ser esclarecido, como a magnitude das DST nessa faixa etária, de que maneira o aparelho de saúde pública precisa se organizar para diagnosticar e tratar esses casos e a relação entre DST em crianças e abuso sexual. O presente estudo é uma investigação epidemiológica, de cunho descritivo exploratório que teve por objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico das DST em pacientes pediátricos que procuraram, espontaneamente ou por encaminhamento, atendimento no Setor de DST da Fundação Alfredo da Matta (FUAM), Centro de Referência estadual e nacional em Hanseníase e DST, na cidade de Manaus. Crianças de zero a 12 anos com DST, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007, constituíram o objeto deste trabalho. São descritas frequências e verificadas características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais das DST nessa faixa etária. O levantamento das variáveis descritas foi realizado por meio de consulta direta em formulário próprio do Setor de DST, que contém informações padrão, e os dados coletados foram armazenados e consolidados para análise utilizando-se o programa Epi-Info. Foram incluídas no estudo 182 crianças que apresentavam DST bacterianas, virais e parasitárias de um total de 296 crianças atendidas no Serviço. Os dados apresentados constituem ferramenta essencial para a realização de outras pesquisas de tipo analítico que auxiliem o embasamento de estratégias de natureza médica e jurídica na definição de ações para o avanço do conhecimento científico, na atualização de normas técnicas que permitam melhorar as informações e a qualificação da atenção nos serviços e em futuras intervenções nas políticas de saúde que se traduzam em práticas operativas e de impacto nas esferas municipais, estaduais e federal.

Palavras-chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis; Crianças; Epidemiologia.



## **ABSTRACT**

Sexually Transmitted Diseases (STI) in children remains a Public Health Problem poorly studied. In reality, what is known today about this problem in our society only represents the ring of the chain, since a lot has to be cleared, such as the magnitude of STI in this age group, how the Public Health needs to get organized in order to diagnose and treat these cases and the association between STI in children and sexual abuse. The present study is a descriptive explorative epidemiological investigation that aims to describe clinic-epidemiologic profile of STI in pediatric patients that seek for help spontaneously or are referred to the STI Sector of Fundação Alfredo da Matta (FUAM), National and State Reference Center in Leprosy and STI, in the city of Manaus. Children from 0 up to 12 years old having STI in the period of January 2003 to December 2007 are the object of this study. The frequencies are described and epidemiologic, clinic and laboratorial characteristics of STI at this age group are verified. The inquiry of variables described is done by direct consultation of patients' files of the STI Sector, which contains standard information and data collected was stored and consolidated for analysis using the Epi-Info Program. In the study, 182 children are included, who represents bacterial, viral and parasite STI from a total of 296 children attended in the health service. The data obtained represents an important tool for medical and legal nature strategies embasement to define actions for the advancement in scientific knowledge, update of technical norms to provide qualified information and improve health services and also, in future interventions on health politics that turns into operational practices and have impact in a city, state and federal level.

**Keywords:** Sexually Transmitted Diseases; Children; Epidemiology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b>	Prevalência de DST em populações de seis capitais brasileiras .....	15
<b>Quadro 2</b>	Principais agentes etiológicos das DST .....	18
<b>Quadro 3</b>	Formas de transmissão de DST em crianças .....	19
<b>Quadro 4</b>	Manifestações clínicas da sífilis congênita recente .....	21
<b>Quadro 5</b>	Manifestações da sífilis congênita tardia .....	22
<b>Quadro 6</b>	Período de incubação das DST e probabilidade de abuso sexual .....	30
<b>Figura 1</b>	Fluxograma do atendimento .....	46
<b>Figura 2</b>	Fluxograma do estudo .....	47
<b>Gráfico 1</b>	Proporção de crianças com DST segundo raça/cor, Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007 .....	49
<b>Gráfico 2</b>	Proporção de casos de DST em crianças distribuídas por Zonas de Manaus, Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007 .....	50
<b>Quadro 7</b>	Co-infecções de DST encontradas .....	55

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Frequência de indivíduos atendidos, crianças atendidas e crianças diagnosticadas com DST no Serviço de DST, Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007 .....	48
<b>Tabela 2</b>	Proporção de crianças com DST Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007 .....	49
<b>Tabela 3</b>	Proporção de crianças com DST segundo local de residência, Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007 .....	50
<b>Tabela 4</b>	Proporção de crianças com DST segundo modo de entrada, Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007 .....	51
<b>Tabela 5</b>	Distribuição de crianças com DST segundo tipo de acompanhante Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007 .....	52
<b>Tabela 6</b>	Distribuição de DST em crianças por síndromes e sexo, Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007 .....	53
<b>Tabela 7</b>	Distribuição de DST em crianças segundo diagnóstico etiológico e sexo Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007 .....	54
<b>Tabela 8</b>	Distribuição de crianças com DST acompanhadas pelo Conselho Tutelar segundo sexo, Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007 .....	56
<b>Tabela 9</b>	Distribuição de crianças acompanhadas pelo Conselho Tutelar (CT) segundo diagnóstico de DST, Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007 .	56

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

<b>Aids</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>AM</b>	Amazonas
<b>CA</b>	Condiloma acuminado
<b>CM</b>	Cancro mole
<b>Ct</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
<b>CT</b>	Conselho Tutelar
<b>DIP</b>	Doença inflamatória pélvica
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>FTA-Abs</b>	Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed
<b>FUAM</b>	Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta
<b>HAV</b>	Vírus da Hepatite A
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HBV</b>	Vírus da Hepatite B
<b>HD</b>	<i>Haemophilus ducreyi</i>
<b>HPV</b>	Papiloma vírus humano
<b>HG</b>	Herpes genital
<b>HSV</b>	Vírus do herpes simples
<b>KG</b>	<i>Klebsiella granulomatis</i>
<b>LGV</b>	Linfogranuloma venéreo
<b>NG</b>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>TP</b>	<i>Treponema pallidum</i>
<b>TV</b>	<i>Trichomonas vaginalis</i>
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNG</b>	Uretrite não gonocócica
<b>VB</b>	Vaginose bacteriana
<b>VDRL</b>	Venereal Disease Research Laboratory

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Doenças sexualmente transmissíveis (DST) - visão geral .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 A clínica .....</b>	<b>18</b>
1.2.1 Etiologia .....	18
1.2.2 Formas de transmissão .....	18
1.2.3 Quadro clínico .....	20
<b>1.3 O abuso sexual .....</b>	<b>27</b>
1.3.1 Idade da criança .....	30
1.3.2 Agentes etiológicos .....	31
1.3.3 Localização da infecção .....	31
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>33</b>
<b>2.1 Geral .....</b>	<b>33</b>
<b>2.2 Específicos .....</b>	<b>33</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>34</b>
<b>3.1 Modelo de Estudo .....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 Universo de Estudo .....</b>	<b>34</b>
3.2.1 Participantes .....	34
3.2.2 Amostra .....	34
3.2.3 Critérios de Inclusão .....	34
3.2.4 Critérios de Exclusão .....	35
<b>3.3 Procedimentos .....</b>	<b>35</b>
3.3.1 Do Atendimento Especializado.....	35
3.3.2 Das Técnicas de Coleta de Dados .....	36
3.3.3 Do Diagnóstico Sindrômico .....	36
3.3.4 Das Técnicas de Coleta e Realização de Exames Complementares .....	38
3.3.5 Da Análise dos Exames Complementares e Diagnóstico Etiológico .....	39
3.3.6 Do Tratamento .....	43
3.3.7 Do Acompanhamento Psicológico e do Conselho Tutelar .....	44
<b>3.4 Banco de Dados .....</b>	<b>44</b>
<b>3.5 Considerações Éticas .....</b>	<b>44</b>

3.6	Consolidação e Análise dos Dados .....	44
4.	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	48
4.1	Características dos Pacientes .....	48
4.2	Procedência .....	50
4.3	Modo de entrada na FUAM .....	51
4.4	Presença do acompanhante .....	51
4.5	Frequência das DST Diagnosticadas .....	52
4.5.1	Quanto ao Diagnóstico Sindrômico .....	52
4.5.2	Quanto ao Diagnóstico Etiológico .....	53
4.5.3	Quanto à associação de DST .....	54
4.6	Abuso Sexual .....	55
4.7	Discussão .....	57
4.8	Considerações Finais .....	71
5.	<b>CONCLUSÃO</b> .....	74
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	75
	<b>APÊNDICES</b> .....	79
	<b>ANEXOS</b> .....	80

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Doenças sexualmente transmissíveis (DST) – visão geral

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) assumem proporções epidêmicas. De um total de aproximadamente 340 milhões de casos novos estimados anualmente no mundo, de quatro DST curáveis (gonorréia, clamídia, sífilis e tricomoníase), 10 a 12 milhões ocorrem no Brasil (WHO, 2006).

DST são um grupo de doenças endêmicas, de múltipla expressão, caracterizadas como infecções que têm como traço comum de importância epidemiológica a transmissão sexual, mas que não se aplicam exclusivamente à área da genitália, pois, alterações no comportamento sexual possibilitaram a localização extragenital destas doenças.

Embora trabalhos isolados revelem um aumento do número de casos de DST nas últimas décadas, não existem dados epidemiológicos que traduzam a exata magnitude destas doenças no Brasil e no mundo. Entretanto, nos últimos anos, provavelmente devido às DST facilitarem a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV), o trabalho com as outras DST, passou a ter redobrada importância (PASSOS; FONSECA, 1990; VAJDIC et al., 2005; WHO, 2006).

Desta forma, um estudo recente de prevalências e frequências de DST em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, permitiu obter uma visão mais ampla da situação das DST em nosso país (BRASIL, 2008). O grupo de homens e mulheres atendidos em clínicas de DST representou população sexualmente ativa de maior vulnerabilidade, e os grupos de gestantes e de homens trabalhadores de indústrias representaram a população sexualmente ativa de menor risco. Estabeleceram-se prevalências descritas no Quadro 1.

DST	Homens e Mulheres (%)	Trabalhadores Indústria(%)	Gestantes(%)
Sífilis	3,3	1,9	2,6
Gonorréia	7,4	0,9	1,5
Infecções por Clamídia	9,0	3,4	9,4
Herpes genital (vesículas)	7,2	-	1,3
Infecções por HPV	41,2	-	40,4
HIV	0,9	-	0,5

Quadro 1 – Prevalência de DST em populações de seis capitais brasileiras.

Fonte: PN-DST/Aids, 2008.

O controle destas infecções é possível, porém, só será eficiente por meio de um sistema de vigilância epidemiológica simples e de boa qualidade, que proporcione informações consistentes e permita a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência do evento na população, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. Por isso, estudos epidemiológicos são considerados instrumentos relevantes para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

No Brasil, dentre as DST, apenas sífilis congênita e Aids, eram de notificação compulsória através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até recentemente. Em fevereiro de 2006, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes/crianças expostas passam a fazer parte da lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2006b). Para as outras DST, a OMS recomenda a notificação baseada em síndromes, tal como ocorre no estado do Amazonas (AM), onde este sistema está sendo ampliado tornando obrigatória a notificação de DST, tais como sífilis em adulto, herpes genital e condiloma acuminado, além das síndromes da úlcera genital, do corrimento uretral e do corrimento vaginal/cervical (AMAZONAS, 2005).

Contudo, o procedimento de notificação pode não estar sendo realizado de maneira sistemática por todos os municípios, visto que nem toda a população tem acesso aos serviços



públicos, que uma proporção considerável dessas doenças se desenvolve de maneira assintomática ou, ainda, devido à ausência de notificação ou notificação incompleta pelos serviços privados onde são atendidas muitas pessoas com DST. Em virtude da provável subnotificação e baixa qualidade das informações prestadas, pode-se então considerar este procedimento ineficiente, tal qual constatado em estudo realizado por Luz; Pedrosa (2005) na cidade do Rio de Janeiro.

As DST e suas complicações estão entre os problemas de saúde pública mais freqüentes no mundo, constituindo-se numa das cinco principais causas de procura por serviços de saúde nos países em desenvolvimento. Devido à elevada morbidade, podem determinar complicações e até mesmo morte tendo influência importante na saúde, economia e organização social das comunidades, sendo enormes os gastos despendidos com o tratamento. Doenças Sexualmente Transmissíveis são o segundo fator materno de causa de doença e morte em mulheres em idade fértil (PANDHI et al., 2003; WHO, 2003).

Em crianças, DST permanecem como um problema pouco conhecido. Poucos estudos têm sido realizados e, ainda, com maior ênfase na abordagem do abuso sexual em detrimento das DST propriamente ditas.

É habitual a idéia de que DST estejam associadas à faixa etária sexualmente ativa, porém cabe ressaltar que, embora, por vezes, clinicamente semelhantes às que ocorrem em adultos, biologicamente, crianças e adolescentes são mais susceptíveis às infecções e a um risco aumentado de morbidade.

Olayinka A.; Olayinka B. (2002), em um estudo retrospectivo na Nigéria, descreveram 102 casos de DST em crianças atendidas em uma Clínica especializada num período de 12 anos, demonstrando o real problema destas doenças em crianças.

Em 2003, Pandhi et al. também evidenciaram em um estudo realizado em Nova Déli, Índia, que crianças constituem um importante subgrupo da população acometida por DST,

demonstrando uma prevalência de 0,82% de DST pediátricas nesta série de casos, em contraste com 0,62% reportado por Singh et al. (1977). Incidência de 12,6% foi relatada num estudo similar no sul da Índia, realizado por Kumar et al. em 2001.

No Brasil, Figueiredo et al. (1997), na cidade do Rio de Janeiro, fizeram um estudo de revisão, no período de 1988 a 1996, identificando DST em 77% das 22 crianças atendidas no ambulatório do Setor de DST de um Hospital Universitário.

Tibúrcio et al. (2000), em um estudo transversal de 1182 pacientes atendidos no ano de 1995, no Setor de DST da Universidade Federal Fluminense, em Niterói, Rio de Janeiro, destacaram a importância de um estudo epidemiológico descritivo na busca de fatores que possam interferir na dinâmica destas infecções na população.

Outro estudo semelhante, com 1333 pacientes com DST atendidos num Centro de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, realizado por Fagundes et al. (2001), avaliou as características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais, demonstrando casos na faixa etária a partir de 02 anos de idade.

Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças envolvem dois fatores essenciais: diagnóstico e tratamento corretos e precoces; e investigação do modo de transmissão para avaliar a possibilidade de abuso sexual, provavelmente mais disseminado do que comumente reconhecido.

Portanto, a abordagem deve ser multidisciplinar, com a participação de profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e psicólogos, além de assistentes sociais, e jurídicos, quando necessários, no intuito de minimizar seqüelas física e emocional na criança, pois, distúrbios somáticos e psicológicos até mesmo tardias têm sido relatadas em adultos que sofreram abuso na infância (ORANJE et al., 2006).

## 1.2 A Clínica

### 1.2.1 Etiologia

Muitos patógenos podem estar envolvidos na etiopatogenia das DST, permitindo a classificação, quanto ao agente etiológico, descritos no Quadro 2:

<b>Bactérias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li>- <i>Chlamydia trachomatis</i></li> <li>- <i>Treponema pallidum</i></li> <li>- <i>Haemophilus ducreyi</i></li> <li>- <i>Klebsiella granulomatis</i></li> </ul>
<b>Vírus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Herpes simples vírus 1 e 2</li> <li>- Papiloma vírus humano</li> <li>- Vírus da Imunodeficiência humana</li> <li>- Vírus da Hepatite B</li> </ul>
<b>Parasitas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Trichomonas vaginalis</i></li> </ul>

Quadro 2 - Principais agentes etiológicos das DST.

### 1.2.2 Formas de transmissão

As DST em crianças ocorrem como resultado de infecção congênita (intra-uterina), por transmissão perinatal ou infecção pós natal adquirida por meio de auto ou hetero-inoculação ou de relações sexuais, sendo que neste último caso, geralmente ocorrem no contexto de abuso sexual (Quadro 3).

Transmissão acidental através de fômites, contato físico ou auto-inoculação é excepcionalmente incomum em crianças conforme demonstraram Neinstein et al. (1984) e Estreich; Foster (1992).

Além dos transtornos da doença apresentada pode também haver complicações tardias, advindas de infecções assintomáticas, ou não tratadas, e de co-infecções como hepatite B e Aids.

Vale ressaltar que, o modo de transmissão pode sofrer interferência do período de latência, da ocorrência de infecções subclínicas e de remissões espontâneas.

Patógeno	Formas de transmissão
HIV, HBV, TP, HPV, HSV	Congênita Intrauterina/Ascendente
CT, NG, TV, HSV, HPV, HBV, HIV HIV (TP, HBV – risco desconhecido)	Perinatal Canal do parto Leite materno
HPV, HSV TV (?), HPV (?) Todas as DST	Contato direto Auto/hetero-inoculação Fômites Sexual
HIV, HBV	Drogas injetáveis/Transfusão sanguínea

CT (*Chlamydia trachomatis*), NG (*Neisseria gonorrhoeae*), HIV (vírus da imunodeficiência humana), HBV (vírus da hepatite B), HPV (papilomavirus humano), HSV (vírus do herpes simples), TV (*Trichomonas vaginalis*), TP (*Treponema pallidum*)

Quadro 3 – Formas de transmissão de DST em crianças.

Fonte: Adaptado de Thomas et al., 2003.

### 1.2.3 Quadro clínico

Tradicionalmente, apenas sífilis, gonorréia, donovanose, cancro mole e linfogranuloma venéreo eram consideradas DST. Entretanto, durante as últimas três décadas, o espectro das DST vem aumentando.

Frequentemente as DST são assintomáticas. Porém, infecções, mesmo sem sintomas, podem desencadear complicações tais como carcinoma cervical, doença inflamatória pélvica (DIP), dor pélvica crônica, gravidez ectópica e infertilidade.

As manifestações clínicas das DST nas crianças, na maioria das vezes, são semelhantes às do adulto, porém, a suscetibilidade é diferente. Cerca de 60 a 80% das meninas pré-púberes apresentam ectrópio do colo uterino, ou seja, o epitélio colunar estende-se do canal endocervical até a porção vaginal do colo, o que pode estar associado a um risco aumentado de infecção por *Chlamydia trachomatis*. A bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, uma vez instalada, também rapidamente coloniza este epitélio exposto. Ademais, a exposição à patógenos oncogênicos, como alguns tipos de HPV, aumenta o risco de carcinoma em idade precoce. Antes de iniciar-se a ovulação, a produção do muco cervical e a imunidade humoral estão ausentes, aumentando o risco e a frequência de complicações, tais como DIP (WHO, 2003).

#### 1.2.3.1 Sífilis

Doença causada pelo *Treponema pallidum*, pode ser classificada em congênita ou adquirida.

Sífilis congênita apresenta-se como:

- Recente – até dois anos de idade. As manifestações clínicas são variadas e as principais estão descritas no Quadro 4.

- Tardia – após dois anos de idade. Certo número de estigmas tem sido relatado. As manifestações podem ser subclínicas e muitos pacientes são diagnosticados por meio de exames solicitados de rotina. Como na sífilis congênita precoce, não existem critérios definidos e sim sugestivos para o diagnóstico, que estão resumidos no Quadro 5.

Início dos sinais	- ao nascimento - após 1º mês
<b>Manifestações específicas</b>	
Absolutas	- presença de TP em esfregaços de lesões de pele ou genitais
Maiores	- VDRL positivo - condiloma plano - lesões ósseas (osteocondrite, periostite) - congestão nasal, rinite hemorrágica - rágades periorificiais - bolhas hemorrágicas palmo-plantares - rash papulo-escamoso - lesões papuloescamosas palmo-plantares ou descamação acral difusa
Menores	- dor ao ser manuseado (pseudoparalisia de Parrot) - irritabilidade - placas mucosas - hepatomegalia, esplenomegalia - linfadenopatia generalizada - sinais do sistema nervoso central - anemia hemolítica, coagulação intravascular difusa, trombocitopenia - contagem elevada de células ou proteína no líquido - pneumonite, peritonite - síndrome nefrótica (edema, ascite)
Outros achados: uveíte, coriorretinite, glaucoma, pancreatite, enterite.	

Quadro 4 – Manifestações clínicas da sífilis congênita recente.

Fonte: Adaptado de Todd; Krause, 2003.

Manifestações específicas	
Absolutas	- molar em amora - dentes de Hutchinson
Sorológicas	- VDRL e/ou FTA-Abs positivo
Clínicas	- bossa frontal - maxilar encurtado - arco palatino alto, perfuração - espessamento esternoclavicular (sinal de Higoumenakis) - proeminência mandibular relativa - ceratite intersticial - rágades - tibia em “sabre” - surdez neural - escápula escafoíde - sinovite (articulações de Clutton) - gomas - paresia, paralisia - retardo de desenvolvimento mental, convulsões, hidrocefalia

Quadro 5 – Manifestações da sífilis congênita tardia.

Fonte: Adaptado de Todd; Krause, 2003.

Sífilis adquirida em crianças é pouco freqüente. Apresenta-se clinicamente semelhante à sífilis do adulto, sendo dividida em:

- primária – cancro, que nas crianças parece ser menor que nos adultos podendo ser menos reconhecido, associado à adenopatia regional indolor; cancros extragenitais podem ocorrer principalmente em cavidade oral.

- secundária – cerca de seis semanas após o cancro, pode surgir rash cutâneo maculopapuloso, condiloma plano, que parece ser a lesão mais comum em crianças, alopecia, sintomas gerais;

- latente – após desaparecimento do rash; assintomática;

- terciária - afeta órgãos levando a complicações do sistema cardiovascular, ósseo e nervoso, não estando bem descrita em crianças.

### 1.2.3.2 Gonorréia

Infecções causadas por *Neisseria gonorrhoeae*, quando adquiridas durante o parto (perinatal), manifestam-se em 30 a 42% dos bebês recém nascidos como conjuntivite se não for feita a profilaxia e, em 7%, ocorre ainda contaminação orogástrica (faringite). A conjuntivite, mais freqüente manifestação em recém natos, manifesta-se após dois a cinco dias de vida inicialmente como exsudato claro que rapidamente torna-se purulento e com sangue, podendo evoluir para ceratite, iridociclite, úlcera de córnea e cegueira (ORANJE et al., 2006; RAWSTRON et al., 1993).

Outras manifestações nesta faixa etária são infecções locais, como abscesso no couro cabeludo, ou sistêmicas, por gonococemia, como sepsis, artrite poliarticular (mais freqüente), meningite e pneumonia.

Em crianças mais velhas, as manifestações são locais com corrimento purulento uretral (uretrite), cervical (cervicite), vaginal (vulvovaginite) orofaríngeo (faringite) ou retal (retite). Infecções disseminadas são incomuns, mas podem ocorrer em pré-adolescentes. Entre 15 e 44% das infecções genitais em crianças são assintomáticas. É menos freqüente em meninos e, nas meninas, a manifestação mais encontrada é vulvovaginite. Raramente meninas pré-pubescentes apresentam dor abdominal e febre sugestivas de DIP. A conjuntivite fora do período neonatal ocorre provavelmente por auto-inoculação (HAMMERSCHLAG,1998; RAWSTRON et al., 1993).

A complicação potencialmente mais séria nas pré-adolescentes é a salpingite com DIP presente em 15% dos casos. Gonococemia é menos freqüente entre adolescentes e manifesta-se como artrite, dermatite (50 a 70%) ou ambos.

#### 1.2.3.3 Cancro mole (Cancróide)

Infecção causada pela bactéria *Haemophilus ducreyi*. Na literatura, há raros estudos de



prevalência desta DST. Manifesta-se como úlcera dolorosa no sítio de infecção podendo associar-se adenomegalia regional.

#### 1.2.3.4 Linfgranuloma venéreo

Linfgranuloma venéreo, associado aos sorotipos L1, L2 e L3 da *Chlamydia trachomatis* está largamente confinado aos trópicos, é raro em crianças e adolescentes e apresenta-se como adenomegalia inguinal (bubão) precedida, de 3 a 30 dias, por discreta úlcera na genitália que regride espontaneamente. Se não tratado, pode evoluir com elefantíase da genitália. E, também como complicação, pode haver inflamação do reto e intestino com formação de abscesso, fibrose, fístula e estenose retal (ORANJE et al., 2006).

#### 1.2.3.5 Outras infecções por *Chlamydia trachomatis*

Grande percentual de indivíduos não apresenta sintomas de infecção por *Chlamydia trachomatis*, ou estes são semelhantes aos da gonorréia. O risco de transmissão perinatal está em torno de 50 a 70%, desencadeando infecção em vários sítios anatômicos como conjuntiva, nasofaringe, vagina e reto.

O sítio mais freqüente de infecção adquirida pelo canal do parto é a nasofaringe em 70% das crianças infectadas. Pneumonia ocorre em 30% destes casos. Cerca de 30 a 50% das crianças nascidas de mães infectadas irão desenvolver conjuntivite e, destes, 50% terão infecção também de nasofaringe. Infecções retais e vaginais podem ser assintomáticas ou manifestar-se até dois anos depois do nascimento (HAMMERSCHLAG, 1989; ORANJE, et al., 2006).

#### 1.2.3.6 Donovanose (Granuloma inguinal)

A donovanose manifesta-se por lesão granulomatosa indolor e friável que envolve a pele e o tecido subcutâneo tendo como agente etiológico a *Klebsiella granulomatis*. Nas últimas décadas vem diminuindo sua incidência e tem sido sugerida transmissão não venérea. Encontram-se relatos na literatura de infecções em crianças e até em neonatos (KRAUSE et al., 2003).

#### 1.2.3.7 Infecções por *Trichomonas vaginalis*

Infecção por *T. vaginalis* em adultos só é possível por transmissão sexual. Em crianças pode ser por contaminação da orofaringe e da vagina no canal de parto, principalmente em menores de um ano de idade. Infecção perinatal ocorre em 5% de crianças nascidas de mães infectadas. É raro o acometimento de meninas pré-puberes devido ao ambiente adverso ao desenvolvimento do microorganismo na vagina nesta faixa etária. A tricomoníase leva a vulvovaginite, com corrimento vaginal, ou uretrite, geralmente assintomáticos. Pode causar efeitos adversos na gestação, como bebês de baixo peso e ruptura prematura de membranas (THOMPSON; GELBART, 1989).

#### 1.2.3.8 Herpes genital (HG)

Entre as infecções virais, o herpes genital é causado principalmente pelo HSV tipo 2 e, menos comumente pelo tipo 1. Classicamente, pode ser reconhecido pela presença de múltiplas vesículas agrupadas sobre base eritematosa que evoluem com ulceração. Infecções genitais são raras na infância. Tem caráter recidivante. É importante co-fator na epidemia do

HIV. Indivíduos co-infectados com HSV e HIV têm risco aumentado de transmitir HIV e os HIV negativos, mas com HSV são mais vulneráveis à aquisição do HIV.

Infecção neonatal pode se manifestar como infecção localizada (na pele, olhos e/ou boca), disseminada, meningoencefalite ou pneumonia. Cerca de 75% das crianças com herpes neonatal nascem de mães que desconhecem ter a doença (ORANJE et al., 2006).

#### 1.2.3.9 Condiloma acuminado

DST viral mais prevalente. É causada por HPV, sendo alta na população sexualmente ativa mais jovem e declinando após 55 anos de idade. Leva à formação de verrugas anogenitais, que podem tornar-se exuberantes e, mais raramente, periorais e na orofaringe. A maioria das lesões em crianças menores de três anos é devida à transmissão vertical que pode acometer a laringe. Os casos suspeitos de abuso são de difícil estimativa. Estudos sugerem que abuso sexual como causa de infecção por HPV em crianças foi superestimado (BECK-SAGUÉ; SOLOMON, 1999). Entre as infecções por HPV genital, os tipos 6 e 11, com menor risco de malignidade são mais frequentes que os tipos 16 e 18, com risco aumentado de malignidade. As infecções pelo tipo 2 são causadas por auto ou hetero-inoculação (OBALEK et al., 1993).

#### 1.2.3.10 Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Aids

HIV provoca estimulação crônica do sistema imune causando ativação imunológica inadequada com exaustão progressiva da resposta imune, desencadeando risco de grande variedade de infecções, doenças inflamatórias e neoplasias. Infecção pode ser assintomática.

Entretanto, infecções oportunistas, febre persistente, emagrecimento acentuado, diarreia crônica, entre outros, levam à suspeita da infecção por HIV.

### **1.3 O abuso sexual**

A par dos indicadores físicos, psicossomáticos, emocionais e de comportamento, levando-se em consideração a idade da criança, o agente etiológico e a localização da lesão, pode-se aventar a hipótese de abuso sexual (HADLICH; KOHL, 1998).

O diagnóstico de abuso sexual é baseado na anamnese e exame físico, com auxílio de exames laboratoriais quando adequados porém, mesmo com contato genital, muitas vezes não se observam achados clínicos aparentes e, o simples exame físico não afasta necessariamente a hipótese de abuso. Portanto, pode ser considerado parte de um espectro maior de abuso em crianças, que varia do estupro à sedução. Com base no Código Penal brasileiro, violência sexual, é definida como relação sexual com outra pessoa por meio de força física, ameaça ou intimidação. Caracteriza relação assimétrica de poder e autoridade e conseqüentemente fere as normas do Direito e rompe as barreiras de classes sociais.

O fato torna-se mais assustador ao nos darmos conta de que os casos notificados representam apenas 10% dos casos que realmente ocorrem, e que a maioria das vítimas permanece sem orientação, sem possibilidade de ação, tratamento ou prevenção. O abuso sexual é fenômeno universal e, diante dos danos que determina às vítimas, é considerado um complexo problema de saúde pública, havendo necessidade de ação preventiva na rede causal das ofensas sexuais (BRASIL, 1999).

Acomete ambos os sexos, sendo, porém mais freqüente nas meninas, e todas as faixas etárias, tendo a fase pré-adolescente risco aumentado. Entre as meninas, ocorre com mais freqüência por volta dos três anos de idade, quando se inicia a sociabilização da criança

tornando-a mais vulnerável a agressores potenciais e, próximo aos nove anos, período pré-puberal, em que o surgimento dos caracteres femininos pode ser um dos fatores que as coloca dentro da mesma dinâmica do abuso sofrido pela adolescente (RAIMER et al., 2003).

Ocorre tanto no espaço privado quanto no público, produzindo conseqüências físicas e psicológicas. Além das lesões genitais e extragenitais, as vítimas vivenciam a possibilidade da aquisição de uma doença sexualmente transmissível e do HIV (REIS et al., 2001).

Não obstante configura em importante desafio para os profissionais de saúde exigindo preparo e capacitação para o manejo clínico e psicológico das vítimas, principalmente nas ocorrências durante a infância e adolescência. Além disso, em função da sua interface com questões policiais e jurídicas exige conhecimentos apropriados de medicina legal e forense.

As reações das vítimas de abuso sexual são muito semelhantes. Na infância e adolescência caracteriza-se pelo silêncio da vítima e, em determinados momentos, dos pais e/ou responsáveis, em função dos sentimentos de vergonha, culpa ou incerteza da investigação e punição legais. Desta forma, observa-se reduzido número de denúncias tornando a incidência real dos crimes sexuais desconhecida, acreditando-se, então, ser essa condição criminosa a de maior subnotificação e sub-registro em todo o mundo (BECK-SAGUÉ; SOLOMON, 1999; DREZETT et al., 1996).

Neste sentido, destaca-se o papel fundamental que deve ser desenvolvido pelo Conselho Tutelar (CT) e/ou pela Vara da Infância e Juventude local, órgãos de proteção à criança e adolescente, responsáveis pelo acompanhamento destes pacientes, pois que segundo estabelece o artigo nº 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os profissionais de saúde têm o dever de denunciar os casos suspeitos ou confirmados de que tenham conhecimento, fundamentando-se em evidências consistentes e sustentáveis, ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e da Juventude local, sem prejuízo de outras medidas legais (BRASIL, 1990).

Nos EUA, onde a violência sexual é um dos crimes mais comuns, calculam-se que apenas 16% dos estupros são comunicados às autoridades e, nos casos de incesto, estes percentuais não chegam a 5%. No início da década de 80, estimava-se que entre 60 e 100 mil crianças americanas eram abusadas sexualmente a cada ano. Pouco mais de uma década foi necessária para que estes números alcançassem os 200 mil casos anuais (BECK-SAGUÉ, 1999).

A violência sexual exerce grande efeito sobre a saúde. Entre as crianças o impacto do abuso pode produzir importante condição futura de vulnerabilidade, facilitando a revitimização na vida adulta ou adolescência onde se observa, então, menor uso regular de contraceptivos e de práticas sexuais seguras, com maior risco de gravidez indesejada e de contrair DST, além da possibilidade, ainda que pequena, de atividade criminosa relacionada à vitimização de crianças (FERGUSON et al., 1997).

O risco de aquisição de uma DST após a ofensa sexual não é de fácil determinação. Entre 28 e 60% das vítimas de violência sexual serão comprovadamente infectadas por uma DST. A taxa de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* pode variar entre 0,8 e 9,6%; entre 1,5 a 26% para *Chlamydia trachomatis*; de 3,1 a 22% para *Trichomonas vaginalis*; de até 1,6% para *Treponema pallidum*; de 2 a 40% para HPV; e de cerca de 3% para hepatite B. O risco de contrair HIV na violência sexual não está bem estabelecido, porém nas crianças, apesar das escassas informações, essa possibilidade é cada vez mais reconhecida, principalmente quando associada a trauma genital, abuso repetido, múltiplos agressores ou outra DST (DREZETT et al., 1996; HAMMERSCHLAG, 1998).

Grande parte das crianças envolvidas com situações crônicas de abuso chega aos serviços de saúde com doenças que muitas vezes encontram-se em adiantada evolução clínica, onde cabe apenas o diagnóstico e tratamento adequados, no sentido de se obter eventual cura ou redução dos danos estabelecidos (DREZETT et al., 1996).

Em uma revisão de literatura, de vinte e cinco estudos realizados em crianças com DST, foi demonstrado que a proporção de abuso sexual neste grupo teve ampla variação, de 3 a 100%, tendo em vista que somente dois estudos apresentavam avaliação criteriosa por profissionais experientes em relação à possibilidade de abuso (BECK-SAGUÉ, 1999).

De acordo com Thomas et al. (2003), interpretação cuidadosa das DST pode corroborar para evidências de abuso sexual, particularmente nas infecções fora do período perinatal, porém raramente são conclusivas. No Quadro 6 estão descritas as DST com seus respectivos períodos de incubação e probabilidade de caracterização de abuso sexual.

DST	Período de Incubação	Probabilidade de abuso sexual
Gonorréia	3 a 4 dias	Alta; provável se criança < 1 ano
Infecções por <i>C.trachomatis</i>	7 a 14 dias	Provável; alta se criança > 3 anos
Herpes simples	2 a 14 dias ou mais	Provável
Tricomoníase	1 a 4 semanas	Alta se criança > 6 semanas
Infecções por HPV	1 a vários meses	Possível; provável se não adquirida perinatal
Sífilis	acima de 90 dias	Alta (excluindo sífilis congênita)
HIV	maioria com soro conversão em 3 meses	Possível (excluindo infecção materna)
HBV	acima de 3 meses	Possível (excluindo infecção materna)

Quadro 6 – Período de incubação das DST e probabilidade de abuso sexual.

Fonte: Adaptado de Thomas et al., 2003.

### 1.3.1 Idade da criança

A idade da criança deve ser considerada na avaliação do padrão de transmissão.

DST em crianças com até dois anos de idade, provavelmente foram adquiridas por transmissão intra-uterina ou perinatal.

Entre dois e dez anos, abuso sexual deve ser inicialmente considerado como o modo de transmissão, seguido pelas vias intra-uterina e perinatal. Entretanto, nestes casos, vale ressaltar que, algumas infecções adquiridas através do canal do parto como as causadas pelos HPV e *C. trachomatis*, podem manifestar-se após três a cinco anos (HADLICH; KOHL, 1998).

Na adolescência, entre 12 e 18 anos, segundo o ECA, contato sexual voluntário ou por abuso, representam os principais modos de transmissão.

### 1.3.2 Agentes etiológicos

De acordo com a Academia Americana de Pediatria, a presença de Gonorréia, Sífilis, infecção por *Chlamydia trachomatis* ou por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) não adquiridos no período perinatal e ainda deste último não ter sido por meio de transfusão sanguínea, caracteriza o abuso sexual.

Na faixa etária de dois a dez anos, forte suspeita de abuso sexual deriva da detecção de infecção por *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae* e *Trichomonas vaginalis* e, suspeita considerável ocorre com a presença de infecção por *Chlamydia trachomatis*, *herpes simplex vírus* (HSV) tipo 2 e sorotipos mais comuns de *papiloma vírus humanos* (HPV) genitais (6, 11, 16, 18). HPV tipos 1 – 5 e 7 na região anogenital pode ser decorrente de auto ou hetero inoculação de localizações extra genitais. Leve suspeita de abuso sexual se dá a partir da presença de infecções por HSV tipo 1 (HADLICH; KOHL, 1998).



### 1.3.3 Localização da infecção

DST localizadas nas áreas genital, anal ou faríngea determinam forte suspeita de abuso sexual. Infecção laríngea ou conjuntival podem ser devidas à transmissão perinatal (HADLICH; KOHL, 1998).

A maioria das DST tem sido relatada em crianças, embora incidência e prevalência exatas permaneçam desconhecidas. Diagnósticos não realizados ou feitos de forma inadequada ocorrem frequentemente devido à falta de conhecimento dos profissionais envolvidos no atendimento à criança.

Enfim, estudos descritivos inicialmente baseados nas comunidades necessitam ser realizados no sentido de conhecer características clínicas e epidemiológicas das DST nas crianças, a fim de despertar atenção para prevenção, educação e reabilitação dos indivíduos envolvidos, na tentativa de identificar vítimas de abuso sexual e evitar o ciclo abusado/agressor de abuso sexual.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Estudar características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais de um grupo de pacientes com DST, na faixa etária de zero a doze anos, que procuraram, por demanda espontânea ou por encaminhamento, atendimento na Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta (FUAM), Centro de Referência localizado na cidade de Manaus-Amazonas.

### **2.2 Específicos**

2.2.1 Descrever as frequências das DST que ocorreram no grupo estudado;

2.2.2 Verificar a distribuição de variáveis tais como: faixa etária, sexo, procedência, modo de entrada, presença de acompanhante à consulta médica, média de idade de início de atividade sexual relatada, média de idade das crianças encaminhadas pelo Conselho Tutelar e média de idade das crianças com DST atendidas por outras demandas.

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1 Modelo de Estudo**

Trata-se de investigação epidemiológica, de cunho descritivo exploratório pela revisão de prontuários e de fichas de notificação para verificar características clínicas, epidemiológicas e laboratoriais das Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças.

### **3.2 Universo de Estudo**

#### 3.2.1 Participantes (População de Referência)

Crianças, com suspeita ou portadoras de DST, na faixa etária de zero a doze anos, que foram referenciadas por outras unidades da Rede de Saúde ou que procuraram espontaneamente a FUAM, para consulta especializada em Centro de Referência.

#### 3.2.2 Amostra (População de Estudo)

Crianças portadoras de DST atendidas na FUAM no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007.

#### 3.2.3 Critérios de inclusão

Crianças com idade entre zero e doze anos (por definição do art. nº 2 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA), portadoras de DST, atendidas no período estabelecido.

#### 3.2.4 Critérios de exclusão

Crianças que não tiveram diagnóstico de DST confirmado;

### **3.3 Procedimentos**

#### 3.3.1 Do Atendimento Especializado

Na FUAM, as crianças, oriundas da demanda espontânea ou por encaminhamento, são inicialmente atendidas no Setor de Triagem e encaminhadas ao Ambulatório do Setor de DST onde são avaliadas por médicos especialistas (ginecologistas e/ou dermatologistas). Quatro possibilidades são previstas: a) crianças com suspeita de DST e suspeita de abuso sexual; b) crianças com suspeita de DST sem suspeita de abuso sexual; c) criança sem suspeita de DST, mas com suspeita de abuso sexual; d) criança sem suspeita de DST e sem suspeita de abuso sexual. No ambulatório de DST, o médico faz a história clínica e solicita exames complementares. É agendado retorno, para avaliação final e confirmação diagnóstica. As crianças que não apresentam DST nem suspeita de abuso sexual (item d), são encaminhadas ao ambulatório de Dermatologia Pediátrica para conduta apropriada. As crianças que têm afastado diagnóstico de DST, mas têm outra dermatose e suspeita de abuso sexual (item c), são encaminhadas ao ambulatório de Dermatologia Pediátrica e ao Setor de Psicologia e Serviço Social para acompanhamento e apoio, com encaminhamento simultâneo ao Conselho Tutelar por meio da Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Maus-Tratos Contra

Crianças e Adolescentes (Anexo C). Entre as crianças que tem diagnóstico de DST confirmado, as que não têm suspeita de abuso sexual (item b) recebem tratamento específico conforme normas do Ministério da Saúde do Brasil. Por outro lado, se simultaneamente há suspeita de abuso sexual (item a), além do tratamento, as crianças são avaliadas também pelo Setor de Psicologia e Serviço Social, com encaminhamento para o Conselho Tutelar.

### 3.3.2 Das Técnicas de Coleta de Dados

Todos os dados são registrados em formulário próprio do Setor de DST, que contém informações padrão (Anexo B), e enviados para armazenamento no banco de dados da FUAM. Todos os prontuários dos pacientes referidos foram pesquisados para coletar informações referentes aos dados pessoais, clínicos e laboratoriais.

### 3.3.3 Do Diagnóstico Síndrômico

O diagnóstico de DST, baseado inicialmente num conjunto de sinais e sintomas, é estabelecido em fluxogramas de conduta, em que uma única consulta deve prover diagnóstico, tratamento e aconselhamento, além do acesso aos insumos de prevenção, quando necessários. Os exames laboratoriais devem ser colhidos na mesma oportunidade.

Caracterizam-se as seguintes síndromes: Corrimento uretral, Corrimento vaginal, Corrimento cervical, Úlcera genital, Verrugas genitais.

#### 3.3.3.1 Síndrome da Úlcera Genital

Presença de lesão anogenital ulcerada, de origem não traumática, podendo haver aumento de linfonodos inguinais (bubão).

#### 3.3.3.2 Síndrome do Corrimento Uretral

Presença de corrimento uretral verificado com o prepúcio retraído ou após compressão da base do pênis em direção à glândula, prurido e disúria.

#### 3.3.3.3 Síndrome do Corrimento Vaginal

Presença de corrimento vaginal, por vezes com odor fétido, edema e hiperemia de vulva, prurido e dor à micção. Muitas vezes não é expressão de uma verdadeira DST pois, vaginose bacteriana (VB) e candidíase são infecções endógenas.

#### 3.3.3.4 Síndrome do Corrimento Cervical

Presença de mucopúsculo cervical associado ou não à hiperemia, friabilidade ou colpíte.

#### 3.3.3.5 Infecção pelo HPV (verrugas anogenitais)

As infecções pelo HPV podem ser subclínicas (visível apenas sob técnica de magnificação após aplicação de reagente ácido acético 5%), assintomáticas ou inaparentes (detectados por técnicas de biologia molecular) ou aparentes, pela presença de verrugas (condilomas) ano-genitais e, mais raramente, periorais e na orofaringe.

### 3.3.4 Das Técnicas de Coleta e Realização de Exames Complementares

Investigação laboratorial relevante é realizada por meio da coleta de material para exames complementares, com apoio psicológico, pelo médico ou por técnicos de comprovada experiência, baseados em critérios éticos, na tentativa de minimizar dor e traumas. São coletadas amostras para exames de laboratório no mesmo dia da consulta. Entretanto, nem sempre é possível obter todos os exames necessários, em especial swabs, de todas as crianças.

Os espécimes de laboratório empregados são: sangue venoso, para análise de sífilis e HIV; material vaginal, cérvico-vaginal, uretral ou retal coletado com swabs para detecções de *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*. Candidíase e vaginose bacteriana também são investigadas, embora não sejam consideradas DST verdadeiras.

São realizados os testes, mais específicos e sensíveis na detecção dos patógenos, de acordo com a clínica e disponibilidade na FUAM:

- ✓ Exame da secreção vaginal/retal ou uretral:
  - 1 lâmina a fresco com soro fisiológico para pesquisa de *T. vaginalis*
  - 1 lâmina a fresco com KOH para pesquisa de Candida e teste das aminas
  - 1 lâmina para bacterioscopia para pesquisa de vaginose bacteriana
  - 1 lâmina para bacterioscopia corada pelo método de Gram para pesquisa de *N.gonorrhoeae* (sexo masculino)
  - cultura para *N. gonorrhoeae* (em meio de Thayer-Martin)
- ✓ Exame de lesões ulceradas:
  - microscopia em campo escuro para pesquisa de *T.pallidum*
  - citologia (esfregaço) - teste de Tzanck para pesquisa de *Herpes vírus*
  - 1 lâmina para bacterioscopia corada pelo método de Gram para pesquisa de

*H. ducreyi*

microscopia (imprint) corada pelo Giemsa para corpúsculos de Donovan

- ✓ Sorologia para sífilis
  - VDRL (Venereal Diseases Research Laboratories) – teste não treponêmico quantitativo (triagem) do Laboratório Laborclin.
  - FTA-Abs (Fluorescent Treponema Antibody Absorbent Test) – teste treponêmico qualitativo (confirmatório) do Laboratório Wama.
- ✓ Pesquisa de anticorpos para Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) – **triagem sorológica** (Etapa I), utilizando-se o Elisa (imunoensaio) - kits GENSCREEN<sup>®</sup> HIV 1 e 2 versão 2 e **prova de confirmação** (Etapa II) para exames positivos por meio de Imunofluorescência indireta e Western-Blot no LACEN-Laboratório Central)
- ✓ Colpocitologia eventualmente
- ✓ Histopatológico - nos casos duvidosos.

### 3.3.5 Da Análise dos Exames Complementares e Diagnóstico Etiológico

Por análise conjunta dos exames clínico e complementares, define-se o diagnóstico etiológico: gonorréia, infecção não gonocócica, sífilis, cancroíde, linfogranuloma venéreo, outras infecções por clamídia e donovanose (DST de origem bacteriana); herpes genital, condiloma acuminado e Aids (DST de origem viral); trichomoníase (DST de origem parasitária).

#### 3.3.5.1 Gonorréia



Corrimento purulento uretral (uretrite), cervical (cervicite), vaginal (vulvovaginite) orofaríngeo (faringite) ou retal (retite). Conjuntivite, ceratite, iridociclite, úlcera de córnea e cegueira (oftalmia neonatal). Bacterioscopia positiva para diplococos Gram-negativos intra e extracelulares e/ou cultura positiva para *N. gonorrhoeae*.

#### 3.3.5.2 Infecção não gonocócica

Infecção uretral/cervical, acompanhado ou não de disúria, na ausência de gonococos à bacterioscopia e/ou cultura negativa para *N. gonorrhoeae* e presença de mais de cinco polimorfonucleares/campo na amostra da secreção. Entre diversos agentes etiológicos, a *C. trachomatis* é o mais comum.

#### 3.3.5.3 Sífilis

A sífilis adquirida pode ser classificada em:

Primária - cancro, associado à adenopatia regional indolor; presença de treponema à pesquisa em campo escuro

Secundária - presença de sífilides papulosas disseminadas principalmente palmo-plantares, e/ou condiloma plano, acompanhados ou não por poliadenomegalia, e sorologia positiva;

Terciária - presença de lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (demência), cardiovasculares (aneurismas) ou articulares (artropatia de Charcot) e sorologia positiva

Latente - sorologia positiva em portador assintomático de sífilis

Sífilis é considerada congênita em todas as crianças nascidas de mãe com sífilis, diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério e quando manifesta-se pela presença de lesões clínicas compatíveis com sífilis congênita precoce ou tardia, em todo indivíduo com menos de 13 anos, associadas a sorologia positiva com titulações ascendentes dos testes não treponêmicos. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

#### 3.3.5.4 Cancro mole (Cancróide)

Úlceras dolorosas (pode ser única) podendo associar-se adenomegalia regional em que observa-se presença de bacilos Gram-negativos intracelulares geralmente em cadeias paralelas.

#### 3.3.5.5 Linfgranuloma venéreo

Adenomegalia inguinal (bubão) precedida, de 3 a 30 dias, por discreta úlcera na genitália, pode evoluir com elefantíase local. O diagnóstico é basicamente clínico, não sendo rotineira a comprovação laboratorial para identificar anticorpos contra clamídia.

#### 3.3.3.6 Donovanose (Granuloma inguinal)

Lesão ulcerada granulomatosa indolor e friável que envolve a pele e o tecido subcutâneo. Corpúsculos de Donovan podem ser identificados em material de biópsia ou por bacterioscopia.

### 3.3.5.7 Herpes Genital:

Evidência de pequenas lesões ulcerativas na região anogenital, que foram precedidas por lesões vesiculosas isoladas ou agrupadas em “cacho”, sobre base eritematosa, cujo aparecimento, por sua vez, foi precedido de ardor ou prurido com adenopatia inguinal dolorosa bilateral em cerca de 50% dos casos. O diagnóstico citológico de Tzanck pode ser utilizado com visualização de multinucleação e balonização celulares em lâmina fixada com álcool 70%.

### 3.3.5.8 Condiloma acuminado

Verrugas ano-genitais, que podem tornar-se exuberantes e, mais raramente, periorais e na orofaringe comprovadas ao exame clínico e/ou biópsia. Condilomas, em crianças, apresentam algumas peculiaridades tais como: geralmente perianais e localizados preferencialmente, ou exclusivamente, na pele e não na mucosa, mais papilomatosos, hiperkeratósicos, bem delimitados e geralmente não confluentes.

### 3.3.5.9 Tricomoniase

Vulvovaginite ou uretrite confirmada pela visualização de *T. vaginalis* em exame à fresco da secreção.

### 3.3.5.10 Infecção pelo HIV/Aids

Infecção pode ser assintomática. Entretanto, infecções oportunistas, febre persistente, emagrecimento acentuado, diarreia crônica, entre outros, associadas a sorologias positivas de duas amostras de sangue.

#### 3.3.5.11 Candidíase vulvovaginal

Corrimento e prurido vulvovaginal com presença de *Candida sp* detectada ao exame direto da secreção. Não é considerada DST.

#### 3.3.5.12 Vaginose bacterianas

Corrimento vaginal por aumento exagerado de bactérias, em especial as anaeróbias (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides sp*, *Mobiluncus sp*, micoplasmas, peptoestreptococos), associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos (que são os agentes predominantes na vagina normal) com presença de *clue cells* indicadoras de *Gardnerella vaginalis* ao exame direto e/ou teste da amina positivo ou pela medida de pH vaginal > 4,5. Entretanto, medidas de pH vaginal são inválidas na faixa etária da população estudada em virtude de meninas na fase pré-puberal apresentarem secreção vaginal alcalina.

#### 3.3.6 Do Tratamento

O tratamento das DST em crianças segue diretrizes do tratamento para adultos conforme Manual de Controle das DST do PN-DST/Aids – Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c). Considerações especiais incluem uso de doses adequadas para a idade evitando-se drogas com conhecido efeito adverso em crianças.

### 3.3.7 Do Acompanhamento Psicológico e do Conselho Tutelar

Os casos de suspeita de abuso sexual são encaminhados ao profissional Psicólogo e/ou Assistente Social que acompanha o paciente e conscientiza a família quanto à necessidade de comunicação aos órgãos competentes, pois o Serviço de Saúde deve garantir os direitos de proteção à criança e ao adolescente.

### 3.4 Banco de Dados

Os dados coletados foram armazenados e consolidados para análise utilizando-se o programa Epi-Info versão Windows 3.4.3.

### 3.5 Considerações Éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Alfredo da Matta, em 20 de dezembro de 2006, conforme parecer número 024/2006 (Anexo A).

Como este estudo utilizou exclusivamente informações registradas em prontuários médicos e fichas de notificação compulsória, foi aprovado pelo CEP solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devido tratar-se de dados secundários, garantindo-se sigilo das informações coletadas.

### 3.6 Consolidação e Análise dos Dados

No que se refere às características dos pacientes incluídos neste estudo, foram obtidas frequências dos dados de sexo, idade, cor, procedência, modo de entrada e presença de acompanhante no momento da consulta.

Foram descritas as diferentes DST, categorizando-as em diagnóstico etiológico e diagnóstico sindrômico.

Verificou-se a média de idade das crianças encaminhadas pelo Conselho Tutelar, que tiveram confirmação de DST, e a média de idade das crianças com DST atendidas por outras demandas.

Gráficos e tabelas foram realizados para permitir boa visualização dos resultados.

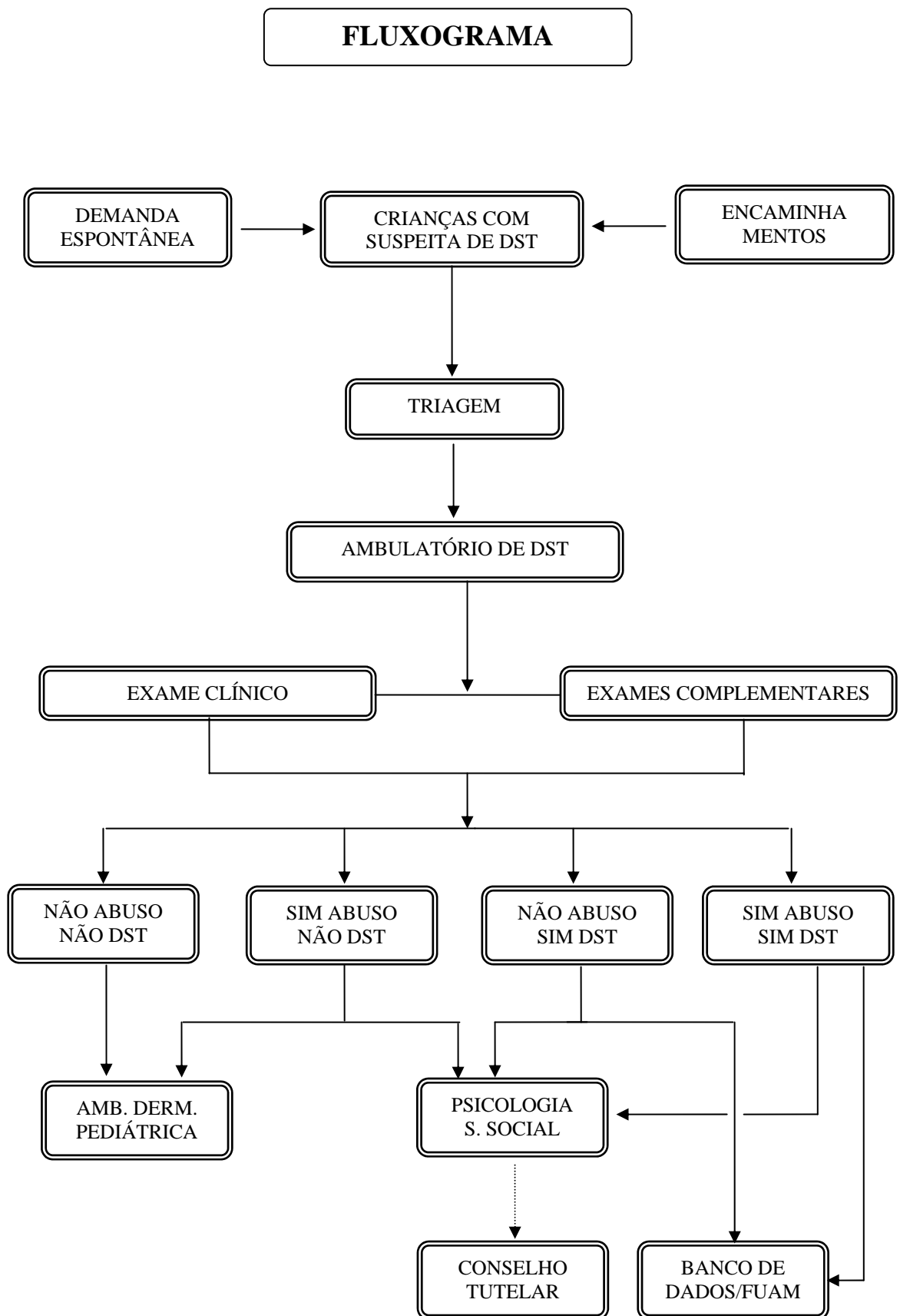


Figura 1 – Fluxograma do atendimento.

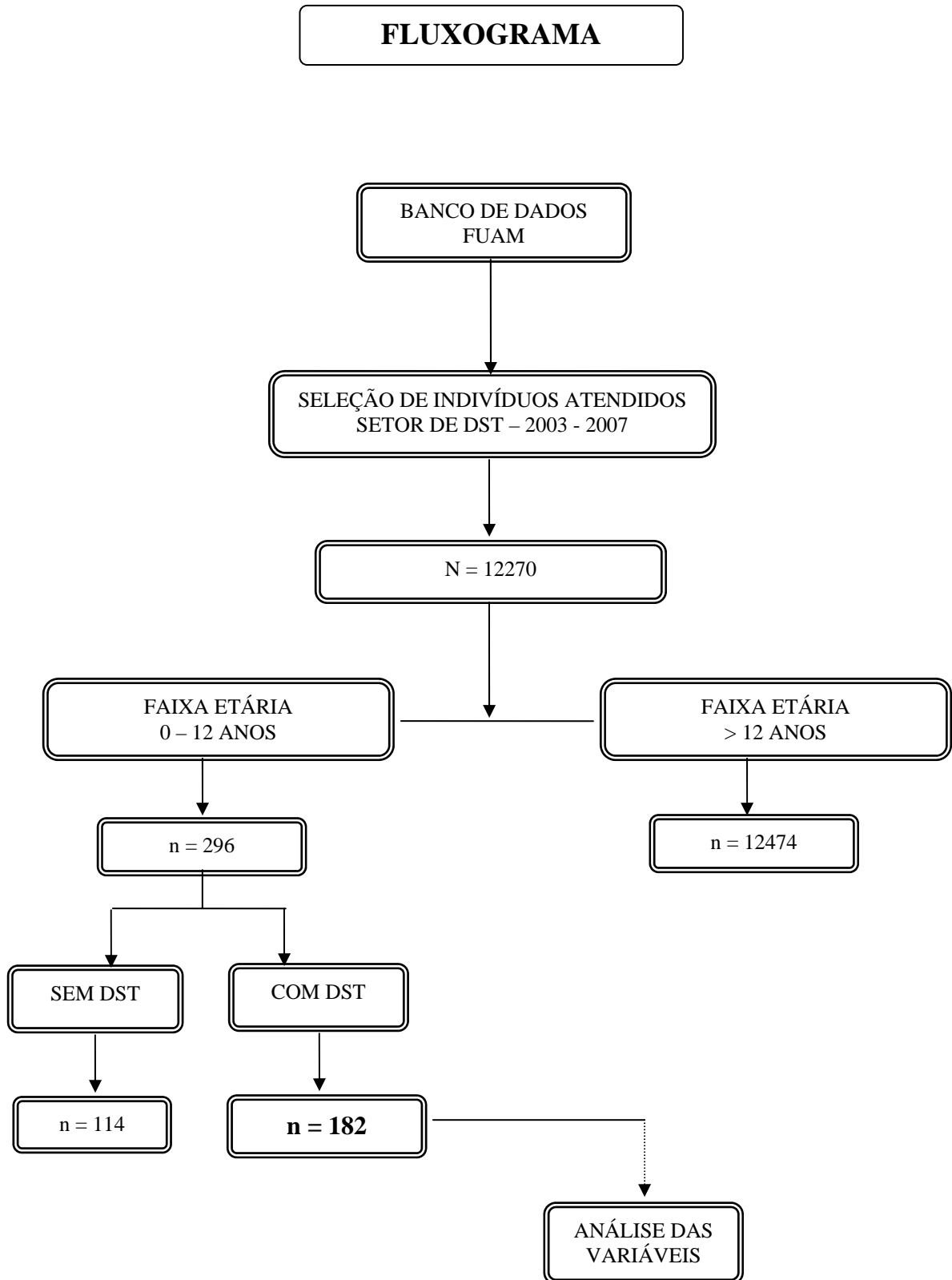


Figura 2 – Fluxograma do estudo.



## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Características dos Pacientes

No período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007, 12770 pacientes foram atendidos no Setor de DST da FUAM, sendo 296 (2,3%) crianças na faixa etária de zero a 12 anos; destas, foram incluídas no estudo, 182 (61,5%) crianças portadoras de DST (Tabela 1).

Tabela 1.

Frequência de indivíduos atendidos, crianças atendidas e crianças diagnosticadas com DST no Serviço de DST, Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007

Ano diagnóstico	Serviço de DST/Fundação Alfredo da Matta				
	Indivíduos atendidos	Crianças atendidas	%	Crianças com DST	%
2003	3584	49	1,37	44	<b>89,80</b>
2004	2066	70	3,39	32	<b>45,71</b>
2005	2287	79	3,45	39	<b>49,37</b>
2006	2536	64	2,52	42	<b>65,63</b>
2007	2297	34	1,48	25	<b>73,53</b>
<b>Total</b>	<b>12770</b>	<b>296</b>	<b>2,32</b>	<b>182</b>	<b>61,49</b>

Fonte: Fundação Alfredo da Matta

No grupo estudado, a frequência observada quanto ao sexo, foi de 119 (65,4%) para o feminino e 63 (34,6%) para o masculino (Tabela 2).

A média de idade das crianças incluídas no estudo foi de 8,5 anos (dp=3,3).

E, a média de idade do início de atividade sexual relatada como voluntária foi de 11 anos (dp=1,1).

Tabela 2.  
 Proporção de crianças com DST  
 Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	63	34,6
Feminino	119	65,4
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Fundação Alfredo da Matta

Quanto à frequência da cor de pele/raça, no Gráfico 1, evidencia-se predomínio da parda (59,3%), seguida da branca (15,4%), negra (4,9%), indígenas (3,3%) e amarela (1,1%). Em 15,9% dos prontuários, não havia registro desta informação.

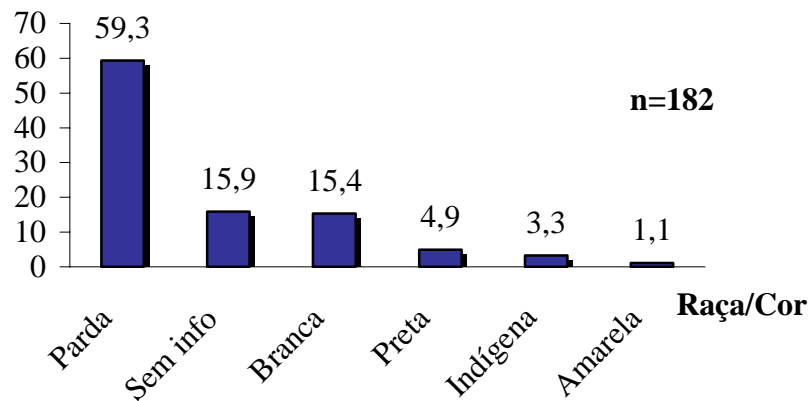


Gráfico 1 - Proporção de crianças com DST segundo raça/cor  
 Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007

Fonte: Fundação Alfredo da Matta

## 4.2 Procedência

Visualiza-se, na Tabela 3, a procedência dos pacientes do estudo: 89% de Manaus, 9,9% de outros municípios do interior do Amazonas e 1,1% de municípios de outros Estados.

Tabela 3.

Proporção de crianças com DST segundo local de residência,  
Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007

Local de residência	n	%
Municípios outros Estados	2	1,1
Municípios interior AM	18	9,9
Manaus	162	89,0
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Fundação Alfredo da Matta

No Gráfico 2, quanto à distribuição por zona de residência dos 162 pacientes procedentes de Manaus demonstra-se que 28,4% residiam na zona sul, 25,3%, na leste, 21% na norte, 12,3% na centro-sul, 6,2% na centro-oeste, 6,2% na oeste e 0,6% na área rural.

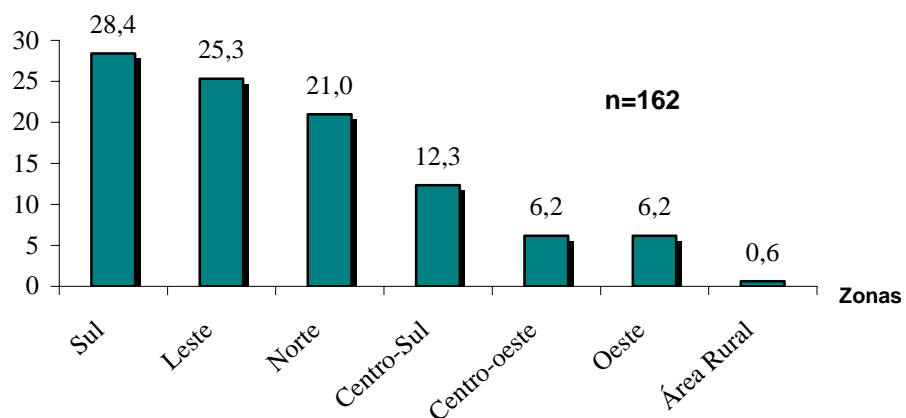


Gráfico 2 - Proporção de casos de DST em crianças distribuídas por Zonas de Manaus, Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007

Fonte: Fundação Alfredo da Matta

### 4.3 Modo de entrada na FUAM

A distribuição de acordo com o modo de entrada na FUAM está representada na Tabela 4: 43,4% por demanda espontânea, 21,4% encaminhados por outras Unidades Básicas de Saúde (UBS), 19,2% pelo Conselho Tutelar e 3,8% por outros encaminhamentos. Em 12,1% dos prontuários, não havia registro desta informação.

Tabela 4.

Proporção de crianças com DST segundo modo de entrada,  
Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007

<b>Modo de Entrada</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Demanda espontânea	79	43,4
Outras UBS	39	21,4
Conselho tutelar	35	19,2
Sem informação	22	12,1
Outros	7	3,8
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Fundação Alfredo da Matta

### 4.4 Presença do acompanhante

Quanto à presença do acompanhante das crianças no momento da consulta, 63 crianças estavam acompanhadas dos pais, 17 por outros familiares e dois por outros acompanhantes. Não havia registro desta informação em 100 prontuários (Tabela 5).

Tabela 5.

Distribuição de crianças com DST segundo tipo de acompanhante, Fundação Alfredo da Matta-2003 a 2007

<b>Acompanhante</b>	<b>n</b>
Pais	63
Outros familiares	17
Outros acompanhantes	2
Sem informação	100
<b>Total</b>	<b>182</b>

**Fonte:** Fundação Alfredo da Matta

#### 4.5 Freqüências das DST Diagnosticadas

##### 4.5.1 Quanto ao Diagnóstico Sindrômico

Do total de DST diagnosticadas no período, a distribuição dos casos, de acordo com o sexo, está detalhada na Tabela 6. No sexo masculino, 51,6% apresentou verrugas anogenitais, 37,1%, síndrome do corrimento uretral, e 11,3%, síndrome da úlcera genital. No sexo feminino, 43,7% apresentou verrugas anogenitais, 40,8%, síndrome do corrimento vaginal, 10,6%, síndrome do corrimento cervical e 4,9%, síndrome da úlcera genital.

Tabela 6.

Distribuição de DST em crianças por síndromes e sexo  
Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007

Síndromes	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Corrimento uretral	23	37,1	-	-
Corrimento cervical	-	-	15	10,6
Corrimento vaginal	-	-	58	40,8
Verrugas anogenitais	32	51,6	62	43,7
Úlcera genital	7	11,3	7	4,9
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Fundação Alfredo da Matta

#### 4.5.2 Quanto ao Diagnóstico Etiológico

A Tabela 7 demonstra a distribuição dos casos, baseados no agente etiológico, de acordo com o sexo. Entre os pacientes do sexo masculino, 50,8% apresentou condiloma acuminado, 19%, gonorréia, 17,5%, outras uretrites, 6,3%, herpes genital, 3,2%, sífilis e 1,6%, candidíase. Entre as crianças do sexo feminino, 47% apresentaram condiloma acuminado, 14,4%, vaginose bacteriana, 11,4%, candidíase, 10,6%, outras cervicites, 5,3% herpes genital, 5,3% gonorréia, 3,8%, tricomoníase, 1,5% sorologia positiva para HIV e 0,8%, sífilis.

Tabela 7.

Distribuição de DST em crianças segundo diagnóstico etiológico e sexo  
Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007

Diagnóstico etiológico	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
<b>Bacterianas</b>				
Sífilis	2	3,2	1	0,8
Vaginose bacteriana	-	-	19	14,4
Cancro mole	1	1,6	-	-
Infecção gonocócica	12	19,0	7	5,3
Outras uretrites	11	17,5	-	-
Outras cervicites	-	-	14	10,6
<b>Virais</b>				
HIV	-	-	2	1,5
Condiloma	32	50,8	62	47,0
Herpes genital	4	6,3	7	5,3
<b>Parasitárias</b>				
Tricomoníase	-	-	5	3,8
Candidíase	1	1,6	15	11,4
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Fundação Alfredo da Matta

#### 4.5.3 Quanto às Co-infecções de DST

Dos 182 pacientes desta casuística que foram diagnosticados com DST, 164 (90,1%) apresentavam apenas uma delas e 18 (9,9%) apresentavam mais de uma DST.

No quadro 7, visualizamos as co-infecções encontradas no grupo estudado.

Co-infecções	Frequência
Condiloma acuminado + Candidíase	5
Condiloma acuminado + C. vaginal não espec	4
Condiloma acuminado + Vaginose bacteriana	3
Gonorréia + Tricomoníase	2
Condiloma acuminado + Sífilis	1
Gonorréia + Vaginose bacteriana	1
Tricomoníase + Sífilis	1
Gonorréia + Tricomoníase + Vaginose	1

Quadro 7 – Co-infecções encontradas

#### 4.6 Abuso Sexual

Acompanhamento pelo Conselho Tutelar (CT) caracterizou os casos em que havia suspeita ou confirmação de abuso sexual.

A distribuição dos pacientes encaminhados pela FUAM ao CT e do CT à FUAM, de acordo com o sexo, está representada na Tabela 8.

De 59 pacientes que foram acompanhados pelo CT, a FUAM encaminhou 16 crianças do sexo feminino e oito do sexo masculino. E, dos 35 pacientes encaminhados à FUAM pelo CT, 33 eram do sexo feminino e dois do sexo masculino.



Tabela 8.

Distribuição de crianças com DST acompanhadas pelo Conselho Tutelar segundo sexo, Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007

Encaminhamentos	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Conselho Tutelar para Fundação Alfredo da Matta	2	33	35
Fundação Alfredo da Matta para Conselho Tutelar	8	16	24
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>49</b>	<b>59</b>

Fonte: Fundação Alfredo da Matta

A distribuição dos pacientes acompanhados pelo CT de acordo com a DST, está representada na Tabela 9: 14 casos de condiloma acuminado, 13 de outras cervicites, 11 de vaginose bacteriana, 10 de gonorréia, sete de candidíase, quatro de tricomoníase, três de sífilis, dois de herpes genital, um de outras uretrites.

Tabela 9.

Distribuição de crianças acompanhadas pelo Conselho Tutelar (CT) segundo diagnóstico de DST, Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007

Diagnóstico etiológico	n	Acompanhadas CT
Sífilis	3	3
Herpes genital	11	2
Cancro mole	1	
Infecção gonocócica	19	10
Condiloma	94	14
Tricomoníase	5	5
Outras uretrites	11	1
Outras cervicites	14	13
HIV	2	
Vaginose bacteriana	19	11
Candidíase	16	7

Fonte: Fundação Alfredo da Matta

A média de idade das crianças, com diagnóstico de DST, que tinham sido encaminhadas pelo CT, com suspeita de abuso sexual, foi de 10,8 anos (dp=1,6). E, a média de idade dos pacientes com DST que foram encaminhados à FUAM por outras demandas foi de 7,9 anos (dp=3,4).

#### **4.7 Discussão**

As frequências das doenças sexualmente transmissíveis (DST) têm aumentado nos últimos anos, sendo consideradas, tanto no Brasil como em nível mundial, um dos problemas de saúde de maior impacto na população. A determinação da magnitude do problema ainda é dificultada pela inconsistência das notificações, pois, em geral, os números oficiais não são condizentes com a realidade. Graves repercussões ocorrem em ambos os sexos, como infertilidade, aborto, gravidez indesejada, infecções neonatais, risco aumentado para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e para o câncer genital, além de traumas psicológicos, levando a um impacto social com custos elevados de tratamento (BRASIL, 2008).

Diversos estudos têm demonstrado que o aumento da incidência das DST está relacionado a fatores como início cada vez mais precoce das atividades sexuais nas últimas décadas, por desconhecimento sobre o assunto, pelo comportamento sexual mais liberal com determinadas práticas de risco, como sexo anal, maior número de parcerias sexuais, aumento das relações desprotegidas, e, particularmente entre crianças/adolescentes, alcoolismo e uso de drogas intra-domiciliar, prostituição materna, ausência de um dos pais, pobreza, ou possivelmente pela combinação de vários desses fatores (PANDHI et al., 2003; TIBURCIO et al., 2000).

Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças podem ser adquiridas por transmissão vertical, contato acidental ou podem ser ainda um marcador de abuso sexual. É

difícil conhecer com que frequência os abusos são responsáveis pelas DST em crianças, pois que esta situação, em ambientes domésticos, normalmente determina uma condição de silêncio imposta pelo agressor.

O presente estudo foi realizado na FUAM, Centro de Referência estadual e nacional em Hanseníase e DST localizado em Manaus. Para o Estado do Amazonas, estima-se aproximadamente 170.000 casos novos de DST a cada ano (BRASIL, 2006a).

No período estudado, do total de 12770 pacientes atendidos no Setor de DST, 296 (2,3%) eram crianças de até 12 anos; destas, 182 (61,5%) foram notificadas como casos de DST (Tabela 1). Cabe destacar que crianças, por vezes, ali chegam desconhecendo, seus responsáveis, a possibilidade de sua doença estar relacionada à DST.

A frequência de DST encontrada neste estudo, 2,3%, foi maior quando comparada a outras encontradas na literatura como estudos realizados em Niterói, Brasil e em Nova Déli, Índia, que encontraram percentuais de 0,51% e 0,62% respectivamente. (CARVALHO et al, 1999; SINGH et al., 1977). Como maioria dos estudos sobre o tema emprega processo de amostragem por conveniência, a frequência aqui encontrada não significa necessariamente que o problema é mais grave em nosso meio, entretanto enfatiza a necessidade de estudos que abordem a questão das DST em crianças nesta região.

DST não foram caracterizadas em 114 das 296 crianças atendidas que apresentavam outros motivos para procurar atendimento tais como: realização de sorologias (VDRL/HIV), abuso sexual e/ou manifestações clínicas sugestivas de DST não confirmadas, ou ainda outras dermatoses com lesões na área genital.

Em relação às características demográficas observadas na amostra estudada (Tabela 2), embora encontrássemos um índice de 15,9% de não preenchimento da informação quanto à cor de pele/raça, no prontuário, houve predomínio de pessoas de cor parda (59,3%) que representa a cor predominante nesta região (IBGE, 2008). Dentre as DST diagnosticadas,

3,3% ocorreu na raça indígena. A identificação de DST nesta população específica havia sido relatada em recente estudo de prevalências realizado em seis capitais brasileiras (BRASIL, 2008).

A média de idade foi de 8,5 anos e, quanto à questão do gênero, 119 (65,4%) eram pacientes do sexo feminino e 63 (34,6%) do sexo masculino, na proporção de 1,8/1.

Cabe ressaltar que, na totalidade dos pacientes atendidos no período no Setor de DST, conforme Tabela 1, atendimento às DST na população, em geral, predominou no sexo masculino, resultado semelhante ao encontrado no estudo empreendido por Fagundes et al.(2001). Por outro lado, o predomínio inverso, do sexo feminino, entre crianças, foi também relatado por outros autores na literatura médica (BECK-SAGUÉ; SOLOMON, 1999; SINGH, 1977; WILLIAMS et al., 2001).

Fatores biológicos, psíquicos e sociais podem interferir no desenvolvimento e expressão das DST em crianças, portanto, na possibilidade da relação destas infecções com abuso sexual, as meninas possivelmente são alvo predileto das práticas de aliciamento/pedofilia. Hammerschlag (1998), em um estudo de revisão nos Estados Unidos, verificou que aproximadamente 80 a 90% dos casos de abuso sexual em crianças ocorreram no sexo feminino. Outro fator a ser considerado, para explicar a diferença de frequência quanto ao gênero diz respeito à susceptibilidade fisiológica aumentada às DST, nas meninas jovens, devido à imaturidade física e imunológica do trato genital (THOMAS et al., 2003).

Dentre os pacientes desta casuística, 162 (89%) eram procedentes de Manaus, 18 (9,9%) de municípios do interior do Amazonas e dois (1,1%) de outro Estado vizinho. A evidência de que a grande maioria das crianças atendidas é oriunda da capital do Estado do Amazonas é similar ao encontrado na demanda total de pacientes atendidos no Setor de DST, reproduzindo-se assim o que ocorre na prática diária de um Serviço de Referência de DST. É

provável que, com o processo de descentralização do atendimento às DST, em curso no momento, haja modificação destes números em futuros estudos.

Dos pacientes com domicílio em Manaus, 66 (40,7%) eram provenientes das áreas sul e centro-sul da cidade, proporção que também se mantém com base na totalidade dos pacientes atendidos no Setor. Possivelmente maior número de pacientes oriundos destas regiões da cidade, está associado à proximidade destas áreas à instituição de referência no atendimento de DST.

Quanto ao modo de entrada na FUAM, embora como Centro de Referência receba muitos pacientes encaminhados, verificou-se que 81 (44,5%) chegaram ao Serviço por encaminhamentos e 79 (43,4%) por demanda espontânea, sendo que em 22 (12,1%) prontuários não havia esta informação. Este maior percentual de pacientes encaminhados demonstra que está sendo utilizada a rede de atendimento hierarquizado, mas também aponta para a necessidade de uma maior intensificação do processo de referência e contra-referência.

Dentre os pacientes encaminhados, 35 (43,2%) haviam sido referenciados pelo Conselho Tutelar da região, órgão público municipal cuja função é zelar pelos direitos da infância e juventude, conforme os princípios estabelecidos pelo ECA. Fica evidenciado pelos dados encontrados, o papel importante deste Conselho na condução dos casos em que há suspeita ou confirmação de maus tratos.

Os resultados demonstrados no atual estudo, quanto ao modo de apresentação para consulta, são semelhantes a outros como o estudo empreendido por Williams et al. (2001), na Grã-Bretanha, baseado em informações dos profissionais envolvidos no atendimento a crianças/adolescentes menores que 16 anos, em clínicas de medicina genitourinária, o qual revelou que o modo mais comum de apresentação destes pacientes aos Serviços de saúde foi espontâneo, além dos encaminhamentos por pediatras, outros clínicos, polícia e órgão de proteção à criança.

Entre as crianças diagnosticadas com DST, encaminhadas pelo Conselho Tutelar, verificou-se média de idade de 10,8 anos. Por outro lado, entre as crianças encaminhadas à FUAM por outras demandas, a média de idade foi de 7,9 anos.

A média de idade maior para as crianças que haviam sido encaminhadas à FUAM pelo CT poderia estar relacionada com características do grupo alvo para o qual as ações desenvolvidas por este Conselho são dirigidas, particularmente o Programa Sentinela que auxilia no combate ao abuso sexual e comercial de crianças e adolescentes promovendo campanhas de informação, sensibilização e mobilização da comunidade e estabelecendo parcerias com diferentes setores (saúde, educação, trabalho, justiça e segurança, esporte, cultura e lazer) para prestação de serviços à criança, ao adolescente e à família.

Com relação à presença de acompanhantes no momento da consulta, observou-se um alto índice de não referência a esta informação, em 100 (54,9%) prontuários. Dos responsáveis citados, 63 (34,4%) crianças estavam acompanhadas por, pelo menos, um dos pais, 17 (9,2%) por outros familiares e duas (1%) por outros acompanhantes. Um dos fatores, que pode ter influenciado o alto índice de ausência desta informação, deve-se ao fato de não haver local específico para registro desta informação no prontuário que, entretanto, deve obrigatoriamente constar em prontuários de pacientes desta faixa etária. Por outro lado, destaca-se que, entre as crianças acompanhadas, os pais foram a maioria, revelando que, no grupo estudado houve a identificação pela família da possibilidade da criança apresentar doença, tendo sido tomada a conduta mais adequada para estes casos.

No que diz respeito à idade de início de atividade sexual “voluntária”, havia referência registrada nos prontuários de 34 (18,7%) pacientes, com média de idade de 11 anos. É possível que crianças adquiram DST de parceiros sexuais com os quais tenham relações sexuais voluntárias, entretanto, o Código Penal brasileiro (artigo 224) estabelece como marco para caracterização de violência presumida a idade de 14 anos, tornando este “consentimento”

destituído de valor e, portanto, ficando o parceiro passível de punição (DREZETT, 2001).

Existem dificuldades inerentes à interpretação de DST em crianças pela dificuldade em eliminar abuso sexual. Relatos da literatura mostram proporção de 3 a 100% de abuso sexual como causa de DST em crianças, apesar de dados insuficientes, para sua caracterização, em vários estudos (BECK-SAGUÉ; SOLOMON, 1999). Vale lembrar que, cabe ao médico examinar e cuidar da criança, registrando alterações ao exame no prontuário, entretanto, a caracterização de abuso sexual será decisão judicial.

Embora sejam causadas por diferentes agentes infecciosos, as manifestações clínicas das DST nas crianças, na maioria das vezes, semelhantes às do adulto, são limitadas e, o principal objetivo da abordagem sindrômica inicial é facilitar o manejo por meio da coleta dos exames complementares necessários bem como introduzir a terapêutica adequada, em alguns casos, neste momento.

Convém ressaltar que, embora todos os pacientes tenham sido examinados por médico especialista (ginecologista e/ou dermatologista), na elaboração das hipóteses diagnósticas, ainda que baseadas em história e exame clínico adequados, o diagnóstico sindrômico não foi utilizado como medida exclusiva, pois que apesar deste ser o que inicialmente decidia a condução do caso, poderia estar incorreto. Portanto, no presente estudo, utilizamos os diagnósticos sindrômico e etiológico para avaliação dos casos de DST atendidos.

Com base na abordagem sindrômica, foram realizados 204 diagnósticos nos 182 pacientes desta casuística conforme Tabela 6.

Verruga anogenital foi o diagnóstico sindrômico mais frequente em ambos os sexos, 51,6% no masculino e 43,7% no feminino, seguido no masculino pela síndrome do corrimento uretral (37,1%) e síndrome da úlcera genital (11,3%) e no feminino, pela síndrome do corrimento vaginal (40,8%), síndrome do corrimento cervical (10,6%) e síndrome da úlcera genital (4,9%).

À exceção das verrugas anogenitais, que não foi a DST mais prevalente no estudo de prevalências e frequências de DST em seis capitais brasileiras, verificou-se, no grupo de pacientes atendidos em clínicas de DST, proporções semelhantes às encontradas neste estudo. Entre homens 43,3% de síndrome do corrimento uretral, 36,8% de verrugas anogenitais e 16,6% de síndrome da úlcera genital; entre as mulheres, 40,2% de síndrome do corrimento vaginal, 21,5% de verrugas anogenitais, 8,6% de síndrome da úlcera genital e 4,2% de síndrome do corrimento cervical (BRASIL, 2008).

Entre as prováveis etiologias da síndrome do corrimento uretral, segunda mais frequente entre os pacientes do sexo masculino neste estudo, destacam-se gonorréia, infecção por clamídia e tricomoníase.

Nas síndromes do corrimento vaginal/cervical, segunda e terceira mais frequentes, respectivamente, entre as pacientes do sexo feminino deste grupo, as prováveis etiologias são tricomoníase, candidíase, vaginose bacteriana, gonorréia e infecção por clamídia. Infecções genitais por *Candida* e Vaginose bacteriana embora não sejam expressão de uma verdadeira DST foram consideradas no diagnóstico sindrômico como corrimentos vaginais/cervicais.

As etiologias consideradas na síndrome da úlcera genital, menor frequência nesta amostra, são sífilis, cancro mole, herpes genital, donovanose e, raramente, linfogranuloma. Nos casos em que há história ou evidência de lesões vesiculosas pode-se caracterizar clinicamente o herpes genital.

As infecções por HPV têm sua expressão clínica na forma dos chamados condilomas acuminados ou verrugas genitais. Entretanto, estas infecções podem ser assintomáticas (inaparentes) ou, ainda, podem assumir uma forma subclínica, visível apenas sob técnica de magnificação após aplicação de reagente (ácido acético 5%), raramente realizado em crianças.

A emissão dos diagnósticos etiológicos, então, justificou-se pela semelhança das manifestações clínicas entre algumas DST, e pela necessidade imperativa de tratamento e



acompanhamento eficazes, particularmente em crianças. Entretanto, o diagnóstico pode sofrer interferência de diversos fatores relacionados à doença, como a dificuldade de caracterização da forma de transmissão; ao doente, como dificuldade em realizar todos os exames nas crianças; e ao médico, como a dificuldade de condução médico-legal frente ao diagnóstico de DST nesta faixa etária.

Acrescentam-se ainda fatores ligados à tecnologia empregada, pois nem todos os exames estão sempre disponíveis, e à forma de aquisição de dados, que pode ser bastante difícil em se tratando de crianças e seus familiares, muitas vezes em uma atitude inicial de negação e/ou omissão.

Quanto aos diagnósticos etiológicos, dentre as DST de origem bacteriana (11,8%), o mais freqüente foi infecção gonocócica (82,6%), predominando no sexo masculino.

Em relação às DST de origem viral (54,9%), condiloma acuminado foi o mais frequente, 87,9%, predominando no sexo feminino.

Comparando ao estudo de prevalência das DST em seis capitais brasileiras (BRASIL, 2008), homens e mulheres que demandaram atendimento em clínicas de DST, apresentaram 14,4% para DST bacterianas e 41,9% para as DST virais, semelhante ao encontrado no nosso estudo.

Foi possível identificar entre 23 casos de síndrome do corrimento uretral, 12 (52,2%) pacientes com etiologia confirmada de gonorréia. Nos outros 11 (47,8%) não foi possível determinar agente etiológico (outras uretrites). Entre 73 casos de corrimento vaginal/cervical, 19 (26%) foram identificados como vaginose bacteriana, 15 (20,5%) como candidíase, sete (9,6%) como gonorréia, cinco (6,8%) como tricomoníase, 14 (19,2%) não tiveram agente etiológico confirmado (outras cervicites) e 13 (17,8%) permaneceram como síndrome do corrimento vaginal sem etiologia definida. Dos 14 pacientes com síndrome da úlcera genital foi possível estabelecer os seguintes diagnósticos etiológicos: no sexo masculino, quatro

(28,6%) casos de herpes genital, um (7,1%) de sífilis primária, um (7,1%) de cancro mole e um (7,1%) de candidíase; no sexo feminino, sete (50%) de herpes genital. É importante esclarecer que o caso de candidíase no sexo masculino havia sido diagnosticado inicialmente como síndrome da úlcera genital. Os casos de condiloma, 32 (34%) no sexo masculino e 62 (66%) no feminino, foram todos baseados no exame clínico e os casos de herpes genital foram diagnosticados clinicamente e após afastadas outras etiologias para úlcera genital, mesmo na ausência de teste de Tzanck positivo. Uma criança do sexo masculino apresentava sífilis secundária, e uma do sexo feminino sífilis latente. Dentre as crianças encaminhadas ao Serviço para realização de sorologia para HIV, duas, do sexo feminino, apresentaram positividade aos testes, uma delas era filha de mãe também HIV positivo.

Os resultados mostram que condiloma acuminado foi a infecção mais frequente, afetando crianças/pré-adolescentes e sugerindo que a infecção produz-se em geral em tenra idade.

Destacamos que, embora a maioria (90,1%) das crianças apresentasse apenas uma DST, 18 (9,9%) estavam acometidas por mais de uma doença, demonstrando que as DST, mesmo em crianças, apresentam-se associadas e, reforça a importância da busca por outras infecções frente a um diagnóstico de DST. Entre diferentes co-infecções encontradas, a mais frequente foi condiloma acuminado/corrimento vaginal em 12 pacientes.

Co-infecções são relatadas na literatura e, no estudo de prevalências de DST nas seis capitais brasileiras, as mais frequentemente encontradas foram gonorréia/infecção por clamídia/condiloma nas infecções triplas e dois tipos de HPV entre as duplas (BRASIL, 2008).

A prevalência de infecção gonocócica em crianças carece de dados na literatura. Segundo Rawstron et al. (1993), estudos realizados nos Estados Unidos referem gonorréia em 3% a 12% dos adolescentes sexualmente ativos, em ambos os sexos. Em pré-adolescentes,

ocorre mais frequentemente no sexo feminino como vulvovaginites, e no masculino como uretrites, cerca de 25% assintomáticos. O risco de aquisição de gonorréia por abuso sexual depende de vários fatores, incluindo a prevalência desta infecção na população adulta e, portanto, vem diminuindo desde a incidência de cerca de 25% relatada por Singh et al. (1977) até a média de 3% descrita por Beck-Sagué; Solomon (2001).

Aparte infecções perinatais, diagnóstico de gonorréia em crianças é altamente sugestivo de abuso sexual pelo fato de não existirem dados convincentes acerca de outras formas de transmissão não sexual (NEINSTEIN et al., 1984; RAWSTRON et al., 1993).

Neste estudo, dos 19 casos de gonorréia, 10 foram acompanhados pelo CT, fortalecendo a hipótese da frequente ligação entre DST bacterianas e abuso sexual.

Entre as infecções não gonocócicas, neste grupo, considerou-se a hipótese de infecção por *C. trachomatis*. Dados da literatura, a partir de crianças que sofreram abuso sexual, referem a presença deste patógeno em cerca de 3,3%, geralmente assintomática. Adolescentes sexualmente ativos têm taxas de infecção acima de 20%. Este diagnóstico em crianças, além de pouco frequente, pode ser um marcador de abuso sexual, afastada a possibilidade de transmissão perinatal em que a manifestação mais frequente é a conjuntivite. A co-infecção com gonorréia pode estar presente em até 60%, em adultos, tendo relato de um estudo em crianças com 27% de casos desta associação (BECK-SAGUÉ; SOLOMON, 2001; HAMMERSCHLAG, 1989).

Nesta população estudada, foram acompanhados pelo CT, 13 de 14 pacientes com outras cervicites, e um dos 11 pacientes com outras uretrites.

Tricomoniase é causa comum de vaginite em adultos e uma das infecções mais frequentemente adquiridas após abuso sexual. Em crianças estes dados são limitados, porém a presença deste patógeno nesta população é altamente sugestiva de abuso sexual. No estudo de metanálise realizado por Beck-Sagué; Solomon (1999), tricomoniase foi evidenciada em

aproximadamente 9,4% das crianças, após abuso sexual. Infecção perinatal é provável e transmissão não sexual teoricamente possível. *T. vaginalis* não foi detectado entre os pacientes masculinos desta casuística. Pode ser assintomática em até 50% no sexo feminino e em mais de 90% do sexo masculino (HAMMERSCHLAG, 1998; THOMASON; GELBART, 1989). As cinco pacientes com tricomoníase deste grupo foram acompanhadas pelo CT.

A vaginose bacteriana é caracterizada pela ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos da flora vaginal normal e aumento exagerado de bactérias anaeróbias, em especial a *Gardnerella vaginalis*. Nas mulheres adultas, não se trata de infecção de transmissão sexual, porém pode ser desencadeada pela relação sexual, ao terem contato com sêmen de pH elevado. É uma das causas mais frequentes de corrimento vaginal em adultos e provavelmente em crianças, podendo sinalizar, nesta faixa etária, início de atividade sexual ou abuso. Por outro lado, *G. vaginalis* pode ser encontrada em meninas virgens assintomáticas. Embora dados em crianças sejam limitados, VB pode estar presente em aproximadamente 15% a 18,3% das vítimas de abuso sexual (BECK-SAGUÉ; SOLOMON, 1999; HAMMERSCHLAG, 1998; PANDHI et al., 2003). Segundo Argent; Lachman (1995), é recomendável investigar abuso sexual ante este diagnóstico em meninas pré-puberais. Das 19 pacientes com VB, neste estudo, 11 foram acompanhadas pelo CT.

Candidíase é uma vulvovaginite, causada pela *Candida sp*, que cresce quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento. A relação sexual não é a principal forma de transmissão visto que esses organismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas, entretanto pode ser encontrado até quatro vezes mais em parceiros sexuais de mulheres infectadas (TIBÚRCIO et al., 2000). Pode estar associada a fatores predisponentes como imunossupressão, diabetes e uso de corticóides e de antibióticos de largo espectro, clima quente e úmido, entre outros. Há controvérsias quanto à frequência em crianças, porém segundo Fischer (2001), como condição estrógeno-dependente, é rara na

infância, podendo caracterizar-se apenas como contaminante em dermatite das fraldas. Contudo, foi o problema ginecológico mais comum em crianças/adolescentes em um grande estudo realizado por Koumantakis et al. (1997). Dezesseis pacientes, do atual estudo, apresentaram esta infecção isolada ou como co-infecção e sete foram acompanhados pelo CT.

Cancro mole é infecção de transmissão exclusivamente sexual, mais freqüente nas regiões tropicais e no sexo masculino e com risco de infecção em um intercuro sexual de 80% em adultos. Apresenta difícil estimativa de prevalência em adultos e, embora rara em crianças, pode ocorrer por abuso sexual. Pandhi et al. (2003), encontraram cancróide na faixa etária de 10 a 14 anos, em ambos os sexos. Nesta sua casuística, abuso heterossexual foi documentado em duas pacientes do sexo feminino e, contato heterossexual com profissionais do sexo foi relatado pelos pacientes do sexo masculino. Predispõe a infecção e transmissão do HIV. Foi encontrado um caso de CM, no sexo masculino, entre os pacientes deste estudo, não havendo referência, no prontuário, de acompanhamento pelo CT.

Sífilis, doença infecciosa sistêmica, de transmissão sexual ou vertical, pode ter evolução crônica, potencialmente grave, quando não tratada. Nos adultos, apresenta risco de infecção em um intercuro sexual de 60%. Deve-se suspeitar de sífilis adquirida em crianças, sintomáticas ou com sorologia positiva, em que evidências de sífilis congênita não sejam documentadas. Embora, em crianças, sífilis congênita seja mais freqüente que adquirida, enfatiza-se como objetivo deste estudo, esta última. Quase sempre associada a abuso sexual, reflete, portanto, a epidemiologia da sífilis no adulto (RAWSTRON et al., 1993). Em estudo de Beck-Sagué; Solomon (1999), observou-se 3,3% de pacientes infectados após abuso sexual. Transmissão não sexual, perinatal ou acidental, pode ocorrer sendo, porém, extremamente incomum. A prevalência entre crianças com suspeita de abuso sexual permanece freqüente nos países em desenvolvimento, o que foi observado por Pandhi et al. (2003), em um estudo em Nova Déli, em que a DST mais freqüente em um grupo de crianças

de até 14 anos foi sífilis. Carvalho et al. (1999), em um estudo em Niterói, Brasil, encontraram 13% de casos de sífilis adquirida entre 23 crianças, de até 10 anos, com DST. Recentemente, estudos têm demonstrado muita atenção à interação entre sífilis e HIV (HAMMERSCHLAG, 1998; RAWSTRON et al., 1993). Os três pacientes diagnosticados com sífilis, no nosso estudo, foram acompanhados pelo CT. Condiloma plano foi a apresentação clínica encontrada no paciente com sífilis secundária.

Infecção por HIV pode ocorrer após abuso sexual e, provavelmente, esta forma de transmissão está subestimada. A possibilidade de transmissão de HIV após abuso sexual possui um risco menor que 0,1% diante de um único incidente, até 1,6% dos casos (REIS, et al., 2001). Em um estudo, realizado por Lindegren et al. (1998), de 9136 crianças, menores de 13 anos, com sorologia HIV positiva, 26 tinham sofrido abuso sexual. Gutman et al. (1991), em um outro estudo semelhante, com 96 crianças com sorologia HIV positiva, relataram que abuso sexual foi a forma de transmissão mais frequente (14,6%), entre os prováveis modos de aquisição de HIV, naquela população. Ademais, vale destacar que o risco de transmissão, associado às lesões ulceradas genitais, mostra a importância da realização do teste anti-HIV nestes casos. No nosso estudo, duas crianças apresentaram sorologia positiva para HIV, em um caso a mãe era também soropositiva. Não havia referência de acompanhamento destas crianças pelo CT.

Herpes genital é virose transmitida predominantemente pelo contato sexual (inclusive oro-genital) e sua prevalência está aumentando entre adultos. A transmissão pode-se dar, também, pelo contato direto com lesões ou objetos contaminados. Embora com risco desconhecido, crianças podem ser infectadas após abuso sexual, independente do tipo viral, e até mesmo por autoinoculação no caso de gengivoestomatite. Mais recentemente, tem sido reconhecida a importância do herpes, na etiologia de úlceras genitais, predispondo à transmissão de grande percentual dos casos de HIV, o que coloca o controle do herpes como

uma prioridade (HAMMERSCHLAG, 1998; PANDHI et al., 2003). Nesta casuística, o HG foi diagnosticado em 11 pacientes, com dois destes sendo acompanhados pelo CT.

A incidência de verrugas anogenitais em crianças tem aumentado a partir de 1990 paralelamente ao aumento da incidência na população adulta, grupo em que são as DST virais mais prevalentes (HORNOR, 2004; SIEGFRIED et al., 1998).

Nos casos de infecção por HPV em crianças, segundo Reis et al. (2001), evidências consideráveis indicam que as lesões após a infância são devidas a abusos sexuais. Por outro lado, embora relatos na literatura expressem variação de 8 a 80% de casos de verrugas anogenitais, em crianças, em consequência de abuso sexual, Beck-Sagué e Solomon (1999), em um estudo de metanálise, consideraram que dentre muitos estudos publicados, apenas uma minoria de crianças apresentava verrugas após abuso sexual, pois que na maioria das vezes, não houve tipagem do HPV que reduziria ou até mesmo eliminaria a possibilidade de transmissão sexual diante da presença do tipo 2 (cutâneo).

Já, Hornor (2004), observa que a tipagem viral pode não ser conclusiva dado que os tipos 1 e 2 (cutâneos) podem ser transmitidos para a genitália por meio de auto-inoculação, inoculação acidental ou mesmo por manipulação abusiva.

Obalek et al. (1993), realizaram estudo incluindo 25 crianças, entre sete meses e 12 anos, com verrugas anogenitais, evidenciando que 74% das crianças estavam infectadas por HPV genital e 17,4% por HPV 2. Todas as crianças infectadas por HPV 2 apresentavam verrugas nas mãos induzidas pelo mesmo vírus.

Comparativamente, Obalek et al. (1990), anteriormente em outro estudo análogo, com 32 crianças, com verrugas anogenitais, encontraram HPV 6 e 11, responsáveis por condilomas em adultos, em 15 crianças; destas, cinco haviam nascido de mães com condiloma. HPV 2, responsável por verrugas comuns, foi revelado em outras sete crianças e, nesses casos, os pais

estavam livres de lesões anogenitais mas apresentavam verrugas cutaneas ou estas estavam também presentes nas próprias crianças.

Portanto, a presença de condiloma em crianças nem sempre é consequência de abuso sexual, pois que deve-se levar em conta diferentes formas de transmissão, idade da criança, período de incubação, localização da lesão, história materna/paterna de verrugas genitais, presença de verrugas não genitais na criança e/ou familiares, tipo de HPV e evidência de alteração do comportamento psicossocial da criança. Entre as 94 crianças deste estudo que apresentavam verrugas anogenitais, somente 14 delas foram acompanhadas pelo CT. Não havia relato nos prontuários de verrugas em outras áreas na própria criança nem nos parentes próximos.

Não foram observadas, no grupo estudado, doenças como linfogranuloma venéreo e donovanose, de ocorrência pouco frequente (BRASIL, 2006c).

Por fim, embora DST em crianças não possam ser abordadas sem levar em consideração a possibilidade de abuso sexual e que este possa resultar, a longo prazo, em graves sequelas para as vítimas, o diagnóstico deste, baseado no exposto e, a menos que existam outras razões para a suspeita, deve ser abordado cautelosamente, pois identificado erroneamente também leva a sérias consequências para a criança, para sua família e para o acusado (HORNOR, 2004; JONES et al., 2007).

#### **4.8 Considerações Finais**

Destaca-se a importância deste estudo inicial do tipo epidemiológico descritivo, pois que, embora não possam ser extrapolados para o município de Manaus como um todo, os resultados obtidos contribuem para o conhecimento de algumas características das DST nesta



faixa etária. Cabe ressaltar, que informações coletadas com base em prontuários médicos podem apresentar deficiências ou imprecisões, influenciando na elaboração do estudo.

Contudo, é um bom passo para a realização de outras pesquisas de tipo analítico, relevantes para identificação de possíveis fatores relacionados à vulnerabilidade para adquirir DST na população desta faixa etária, correlacionando-os com a possibilidade de abuso sexual, auxiliando então no planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde, que possam interferir na dinâmica destas infecções.

O Setor de DST da FUAM, ao longo dos anos, vem ampliando seus recursos humanos, contando com a participação de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, bioquímicos e epidemiologistas, atentos à saúde sexual do adolescente e ao abuso sexual, além de atuar na área de pesquisas e coordenar a capacitação de equipes de saúde e de técnicos especializados para o combate às DST. E ainda assim, o número de atendimentos cresce a cada ano, refletindo uma população carente de atendimentos em DST.

Na abordagem de DST em crianças, a questão do abuso sexual permeia a rotina dos profissionais envolvidos que devem, portanto, estar atentos para sinais, por vezes brandos, que denunciem maus tratos. Desta forma, é fundamental aprimoramento destes profissionais quanto aos aspectos éticos, médico-legais e psicossociais envolvidos nestes casos, na tentativa de evitar com que a suspeita de abuso, ao invés de atemorizar, encorage-os às condutas necessárias. Esforços devem ser feitos pelas autoridades de saúde no sentido de ofertar à população equipes de saúde preparadas para o atendimento destes casos.

Uma grande barreira a ser transposta é, sem dúvida, o investimento em recursos técnicos e materiais avançados, exigindo uma fonte de financiamento público ou privado que os subsidiem.

Por fim, com base nos resultados demonstrados e na vivência adquirida durante a realização do estudo propõe-se que crianças com queixas relacionadas aos órgãos genitais

sejam encaminhadas para investigação de doenças sexualmente transmissíveis e que, verificada a possibilidade de abuso sexual, esta hipótese deva ser diligentemente investigada, com auxílio de parcerias como a do Conselho Tutelar.

Todavia, faz-se necessário elaboração de um fluxograma, pelos gestores de saúde pública, a ser adotado pelas instituições envolvidas no atendimento às crianças vitimadas.

Doenças Sexualmente Transmissíveis, por vezes, podem ser consideradas um lamentável indicador que contribui para revelar o abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes, vítimas muitas vezes silenciosas, que têm, a partir do diagnóstico da doença, a oportunidade de obter os primeiros cuidados e atenção para seu cruel sofrimento, até então oculto.

## 5. CONCLUSÃO

1. As frequências e características clínicas das Doenças Sexualmente Transmissíveis nas crianças do estudo não diferiram do encontrado na literatura.
2. Na presença de DST em crianças deve-se sempre estar alerta para a possibilidade de abuso sexual, visto que esta pode ser o sinalizador de ofensas sexuais, por vezes, dissimuladas e repetidas.
3. O predomínio das DST no sexo feminino, nesta faixa etária, coincide com dados da literatura pesquisada e sinaliza que meninas são alvo predileto das práticas de abuso sexual.
4. Condiloma acuminado foi a DST mais frequente entre as crianças do estudo, por outro lado é a que carece de melhores parâmetros para confirmar ou afastar possibilidade de abuso sexual.
5. Com base no conhecimento de sinais e sintomas referentes tão somente às DST nas crianças, não se tem parâmetros fidedignos de confirmação de abuso.
6. Deve-se sempre investigar co-infecções de DST e HIV em crianças
7. Recomenda-se, na avaliação das DST em crianças, a utilização de recursos laboratoriais avançados, tais como testes de biologia molecular, para identificação de cepas de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* e tipagem de HPV, para diferenciar cutâneos e genitais, no sentido de tentar caracterizar ou afastar suspeita de abuso sexual.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMAZONAS. Resolução n<sup>o</sup>. 049, de 26 de outubro de 2005. Dispõe sobre a lista de Doenças Sexualmente Transmissíveis para notificação compulsória no Estado do Amazonas. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Amazonas. In: **Diário Oficial do Estado**, Manaus, n.30731, 01 nov. 2005, Publicações diversas, p.6.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject review. **Pediatrics**, v.103, n.1, p.186-91, 1999.
- ARGENT, A.C.; LACHMAN, P.I. Sexually transmitted diseases in children and evidence of sexual abuse. **Child Abuse and Neglect**, v.19, n.10, p. 1303-10, 1995.
- BECK-SAGUÉ, C.M.; SOLOMON, F. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: review of selected literature. **Clinical Infectious Diseases**, v.28 (supl), p.74-83, 1999.
- BRASIL. Lei n<sup>o</sup>. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, v.134, 16 jul. 1990, Seção 1, p 6054.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Norma Técnica. Brasília, 1999.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Área Técnica de Epidemiologia de DST. **Programa Nacional de DST/AIDS**. Disponível em: [http://www.Aids.gov.br/data/Pages/\\_LUMISBCD47A0DPTBRIE.htm](http://www.Aids.gov.br/data/Pages/_LUMISBCD47A0DPTBRIE.htm). Acesso em: 30 jul. 2006a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n<sup>o</sup>. 5, de 21 de fevereiro de 2006. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, v.38, 22 fev.2006b, Seção 1, p.34.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4.ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 140p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras**, 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CARVALHO, A.V.V., PASSOS, M.R.L., OLIVEIRA, L.H.S., LOPES, V.G.S., HERDY, G.V.H., PINHEIRO, V.M.S. Sífilis adquirida na infância: estudo clínico, laboratorial e abuso sexual. **DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.11, n.5, p.4-20, 1999.
- DREZETT, J.; NAVAJAS FILHO, E.; SPINELLI, M.; TONON, E.M.P.; CARNEVALLI, C.A.; HEGG, R; PINOTTI, J.A. Aspectos biopsicossociais em mulheres adolescentes e

adultas sexualmente vitimizadas: resultados da implantação de um modelo integrado de atendimento. **Revista do Centro de Referência**, v.1, p.23-8, 1996.

DREZETT, J. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: os desafios dos profissionais de saúde. **Pacto São Paulo Contra a Violência, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes**. São Paulo, 2001. p.17-39.

DREZETT, J.; CABALLERO, M.; JULIANO, Y.; PRIETO, E.T.; MARQUES, J.A.; FERNANDES, C.E. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **Jornal de Pediatria**, 2001.

ESTREICH, S.; FOSTER, G.E. Sexually transmitted diseases in children: Introduction. **Genitourinary Medicine**, v.68, p.2-8, 1992.

FAGUNDES, L.J.; PATRIOTA, R.C.R.; GOTLIEB, S.L.D. Avaliação da demanda no ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis do C. S. Geraldo de Paula Souza – Faculdade de Saúde Pública – USP, Brasil, no período de 1994 a 1998. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.76, n.2, p. 223-32, 2001.

FERGUSON, D.M.; HORWOOD, L.J.; LYNSKEY, M.T. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. **Child Abuse and Neglect**, v.21, p. 789-803, 1997.

FIGUEIREDO, P.A.L.; PASSOS, M.R.L.; PINHEIRO, V.M.S.; BARRETO, N.A.; CARVALHO, A.V.V.; BRAVO, R.S. Doenças Sexualmente Transmissíveis na Infância. **DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.9, n.6, p.17-23, 1997.

FISCHER, G.O. Vulval disease in pre-pubertal girls. **Australasian Journal of Dermatology**, v.42, p.225-36, 2001.

GUTMAN, L.T., ST CLAIR, K.K., WEEDY, C., HERMAN-GIDDENS, M.E., LANE, B.A., NIEMEYER, J.G., MCKINNEY, R.E.JR. Human immunodeficiency virus transmission by child sexual abuse. **American Journal of Diseases of Children**, v.145, n.2, p.137-41, 1991.

HADLICH, S.F.; KOHL, P.K. Sexually transmitted diseases in children. A practical approach. **Dermatologic Clinics**, v.16, n.4, p.859-61, 1998.

HAMMERSCHLAG, M.R. Chlamydial infection. **The Journal of Pediatrics**, v.114, p.727-34, 1989.

HAMMERSCHLAG, M.R. Sexually transmitted diseases in sexually abused children: medical and legal implications. **Sexually Transmitted Infections**, v.74, p.167-174, 1998.

HORNOR, G. Ano-genital warts in children: Sexual abuse or not? **Journal of Pediatric Health Care**, v.18, n.4, p.165-170, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censos Demográficos, 2000. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?z=t&o=21&i=P>>. Acesso em: 10 ago. 2008.

JONES, V.; SMITH, S.J., OMAR, H.A. Nonsexual transmission of anogenital warts in children: a retrospective analysis. **Scientific World Journal**, v.7, p.1896-9, 2007.

KOUMANTAKIS, E.E., HASSAN, E.A., DELIGEOROGLOU, E.K., CREATSAS, G.K. Vulvovaginitis during childhood and adolescence. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v.10, n.1, p. 30-43, 1997.

- KUMAR, M.V. et al. Sexually transmitted infection in child sexual abuse. **Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology**, v.67, p.75-7, 2001.
- LARCHER, V. Physical and sexual abuse. In: HARPER, J.; ORANJE, P.A.; PROSE, N. **Textbook of Pediatric Dermatology**. 2.ed. U.S.A.: Blackwell Publishing, 2006. p.1850-66.
- LINDEGREN, M.L., HANSON, I.C., HAMMET, T.A., FLEMING, P.L., WARD, J.W. Sexual abuse of children: intersection with the HIV epidemic. **Pediatrics**, v. 102, n.4, E46, 1998.
- LUZ, T.C.B.; PEDROSA, M.L. A subnotificação de casos de doenças sexualmente transmissíveis: A situação do Estado do Rio de Janeiro. **DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.17, n.2, p.111-6, 2005.
- NEILL, S.M. Vulvovaginitis and lichen sclerosus. In: HARPER, J.; ORANJE, P.A.; PROSE, N. **Textbook of Pediatric Dermatology**. 2.ed. U.S.A.: Blackwell Publishing, 2006. p.1819-26.
- NEINSTEIN, L.S.; GOLDENRING, J.; CARPENTER, S. Non sexual transmission of sexually transmitted diseases: an infrequent occurrence. **Pediatrics**, v.74, p. 67-75, 1984.
- OBALEK, S., JABLONSKA, S., FAVRE, M., WALCZAK, L., ORTH, G. Condylomata acuminata in children: frequent association with human papillomaviruses. **Pediatric Dermatology**, v.10, n.2, p. 101-6, 1993.
- OBALEK, S., MISIEWICZ, J., JABLONSKA, S., FAVRE, M., ORTH, G. Childhood condyloma acuminatum: association with genital and cutaneous human papillomaviruses responsible for cutaneous warts. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v.23, n.2, p. 205-213, 1990.
- OLAYINKA, A.T.; OLAYINKA, B.O. Sexually transmitted diseases in children, a cause for concern. **Journal of Tropical Pediatrics**, v.48, p.316, 2002.
- ORANJE, P.A.; BILO, R.A.C.; HARTWIG, N.G. Sexually transmitted diseases in children and adolescents. In: HARPER, J.; ORANJE, P.A.; PROSE, N. **Textbook of Pediatric Dermatology**. 2.ed. U.S.A.: Blackwell Publishing, 2006. p.1827-66.
- PANDHI, D.; KUMAR, S.; REDDY, B.S.N. Sexually transmitted diseases in children. **The Journal of Dermatology**, v.30, p.314-20, 2003.
- PASSOS, M.R.L.; FONSECA, C.G. Epidemiologia das DSTs. **DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.2, n.2, p.37-41, 1990.
- RAIMER, S.S.; RAIMER, B.G.; DUARTE, A.M.; PRUKSACHATKUNAKORN, C.; BOYER, L. Physical injury and environmental hazards. In: SCHACHNER, L.A.; HANSEN, R.C. **Pediatric Dermatology**. 3.ed. U.S.A.: Mosby, 2003. p.1227-65.
- RAWSTRON, S.A.; BROMBERG, K.; HAMMERSCHLAG, M.R. STD in children: syphilis and gonorrhoea. **Genitourinary Medicine**, v.69, p.66-75, 1993.
- REIS, J.N.; MARTIN, C.C.S.; BUENO, S.M.V. Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis. **DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.13, n.4, p.40-45, 2001.
- SIEGFRIED, E.; RASNICK-CONLEY, J.; COOK, S.; LEONARDI, C.; MONTELEONE, J. Human papillomavirus screening in pediatric victims of sexual abuse. **Pediatrics**, v.101, p. 43-7, 1998.

SINGH, O.P.; BHARGAVA, N.C.; JAISWAL, N.L. Sexually transmitted diseases in children. **Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology**, v.43, p.155-7, 1977.

THOMAS, A.; FOSTER, G.; ROBINSON, A.; ROGSTAD, K. National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people. **Archives of Disease in Childhood**, v.88, p.303-11, 2003.

THOMASON, J.L.; GELBART, S.M. Trichomonas vaginalis. **Obstetrics and Gynecology**, v.74, p.536-41, 1989.

TIBURCIO, A.S.; PASSOS, M.R.L.; PINHEIRO, V.M.S. Epidemiologia das DSTs: perfis dos pacientes atendidos num centro Nacional de Treinamento. **DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.12, n.4, p.4-39, 2000.

TODD, G.; KRAUSE, W. Sexually transmitted disease. In: SCHACHNER, L.A.; HANSEN, R.C. **Pediatric Dermatology**. 3.ed. U.S.A.: Mosby, 2003. p.1181-225.

VAJDIC, C.M.; MIDDLETON, M.; BOWDEN, F.J.; FAIRLEY, C.K.; KALDOR, J.M. The prevalence of genital *Chlamydia trachomatis* in Australia 1997-2004: a systematic review. **Sex Health**, v.3, n.2, p.169-83, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for the management of sexually transmitted infections**. Revised version, 2003. 98p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Disponível em: <http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/Aids.htm>. Acesso em: 30 jul. 2006.

## APÊNDICE A – Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, CARLA BARROS DA ROCHA RIBAS, médica dermatologista da Fundação Alfredo da Matta, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NA CIDADE DE MANAUS**”, solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a **dispensa** da utilização do **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** para a realização deste projeto tendo em vista que o mesmo utilizará somente dados secundários obtidos a partir dos prontuários e base de dados de notificação dos casos com as informações referentes aos pacientes.

Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº. 251 de 5 de agosto de 1997 referentes as informações obtidas com Projeto.

Manaus, 09 de outubro de 2007.



## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Alfredo da Matta



Governo do Estado do Amazonas  
Secretaria de Estado da Saúde  
**FUNDAÇÃO “ALFREDO DA MATTA”**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

---

### PARECER Nº 024/ 2006 - CEP/ FUAM

**Registro Projeto n.º 008/06 – CEP**

#### **I - IDENTIFICAÇÃO:**

**Projeto de Pesquisa:** “Perfil clínico-epidemiológico das Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças atendidas em um Centro de Referência na cidade de Manaus”.

**Pesquisador Responsável:** Dra. Carla Barros da Rocha Ribas.

**Local da Pesquisa:** Fundação Alfredo da Matta – AM.

**Data de entrada no CEP:** 30/11/2006

**GRUPO:III**

#### **II - OBJETIVOS:**

Geral:

Estudar características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais de um grupo de pacientes com DST, na faixa etária de zero a doze anos, que procuraram, por demanda espontânea ou por encaminhamento, atendimento na Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta (FUAM), Centro de Referência localizado na cidade de Manaus-Amazonas.

Específicos:

- Descrever as frequências das DST que ocorreram no grupo estudado;
- Verificar a distribuição de variáveis tais como: faixa etária, sexo, procedência, presença de acompanhante à consulta médica, média de idade de início de atividade sexual relatada, média de idade das crianças encaminhadas pelo Conselho Tutelar e média de idade das crianças com DST atendidas por outras demandas.

**III - SUMÁRIO DO PROJETO:**

Trata-se de uma investigação epidemiológica, de cunho descritivo exploratório pela revisão de prontuários para analisar características clínicas, epidemiológicas e laboratoriais das Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças.

N amostral: Crianças portadoras de DST atendidas na FUAM no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007.

**IV - DOCUMENTOS APRESENTADOS:**

Folha de rosto, projeto de pesquisa em português, orçamento financeiro, dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido, currículos vitais dos pesquisadores.

**V - CONSIDERAÇÕES:**

O projeto cumpre as exigências da Resolução 196/96

**VI - PARECER DO CEP;**


*PROJETO APROVADO*

**VI - DATA DA REUNIÃO:**

20 DE DEZEMBRO DE 2006


Rossilene C. da S. Cruz  
Coordenadora do CEP/FUAM

**ANEXO B - Ficha clínica de casos de DST e Testagem sorológica.**



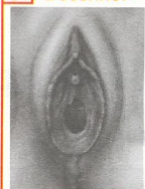
Gov. do Estado do Amazonas  
Fundação Alfredo da Matta

**Ficha Clínica de Casos de DST e Testagem Sorológica**



Dados Pessoais	1 Nome do Paciente:		2 Nº do Registro:		
	3 Nome da Mãe:		4 Sexo: 1 <input type="checkbox"/> F 2 <input type="checkbox"/> M		
	5 Data de nascimento:	6 Idade: Anos	7 Escolaridade: 1 - Nenhuma 2 - 1ª a 4ª série 3 - 5ª a 8ª série 4 - Médio 5 - Superior 9 - Ignorado	8 Estado Civil: 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Amasiado 4 - Separado 5 - Viúvo 9 - Ignorado	9 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorada
	10 Procedência:		11 Situação no mercado de trabalho: 1 - Emprego Assalariado 2 - Autônomo 3 - Aposentado 4 - Pensionista 5 - Estudante 6 - Desempregado 9 - Ignorado		12 Ocupação:
	13 Endereço:		14 Bairro:		
	15 Ponto de Referência:		16 Telefone:	17 Celular:	
	18 Endereço de Apoio:		19 Bairro:		
	20 Ponto de Referência:		21 Telefone:	22 Celular:	
	23 Reside próximo ao Centro de Saúde: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		24 Unidade PMF:		
	Comportamento Sexual	25 Passado venéreo: <input type="checkbox"/> Outros: 1 - Corrimento 2 - Sífilis 3 - C. Acuminado 4 - Úlcera 5 - D.I.P 6 - Outros 9 - Ignorado		26 Quantos(as) parceiros(as) fixos(as) atualmente: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Um <input type="checkbox"/> Dois <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro <input type="checkbox"/> Cinco <input type="checkbox"/> Mais de cinco	
27 Quantos(as) parceiros(as) eventuais nos últimos 3 meses: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Um <input type="checkbox"/> Dois <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro <input type="checkbox"/> Cinco <input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Sete <input type="checkbox"/> Oito <input type="checkbox"/> Nove <input type="checkbox"/> Dez <input type="checkbox"/> >10		28 Orientação Sexual: <input type="checkbox"/> HSH Ativo <input type="checkbox"/> HSH Passivo <input type="checkbox"/> MSM <input type="checkbox"/> Bissexuais <input type="checkbox"/> Heterossexuais			
29 Idade 1ª relação sexual Anos		30 Última relação sexual sem preservativo (Dias): 1 2 3 a 7 8 a 15 16 a 30 31 a 60 61 a 90 > 90		31 Uso do Preservativo: <input type="checkbox"/> Todas as Relações <input type="checkbox"/> Só com parceiro fixo <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Não usa	
Aconselhamento		32 Motivo para procura de teste Anti-HIV <input type="checkbox"/> Parceiro sabidamente HIV + <input type="checkbox"/> Relação sexual sem proteção <input type="checkbox"/> Usuário de drogas injetáveis <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> História de parceiro(a) supostamente HIV + <input type="checkbox"/> Transfusão de sangue <input type="checkbox"/> Suspeita Clínica com orientação médica <input type="checkbox"/> Triagens (emprego, cirurgia, gravidez etc) <input type="checkbox"/> Eliminar camisinha relações sexuais <input type="checkbox"/> Encaminhamento ambulatório de DST			
	33 Encaminhado ao Ambulatório de DST por: <input type="checkbox"/> Parceiro(a) c/ corrimento <input type="checkbox"/> Outra Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Parceiro(a) c/ outras DST <input type="checkbox"/> Demanda Espontânea <input type="checkbox"/> PACS/PSF <input type="checkbox"/> Ignorado				
	34 Já fez o teste de HIV antes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	35 Local: <input type="checkbox"/> Serviço Público <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/> Particular	36 Quantas vezes?	37 Data do último exame:	
Dados da Consulta	38 HDA .....				
	39 Duração dos sintomas Dias	40 Usou remédio para o problema atual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	41 Nome do remédio		
	42 Se não lembra o nome assinalar se era: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Injetável <input type="checkbox"/> Outros:		43 Quem indicou o remédio? <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Médico C. Saúde <input type="checkbox"/> Médico Particular <input type="checkbox"/> Outros:		
	Queixa Masculina	44 Queixas - Masculina <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Gânglios <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Ardência Uretral <input type="checkbox"/> Verrugas <input type="checkbox"/> Outros:		45 Pênis <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Corrimento visível <input type="checkbox"/> Verrugas <input type="checkbox"/> Corrimento ordenhado <input type="checkbox"/> Outros:	
47 Escroto e Região Peri-anal <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Verrugas <input type="checkbox"/> Normal		46 Se o corrimento for visível Cor: _____ Volume: _____			
48 Região Inguinal <input type="checkbox"/> Linfadenomegalia <input type="checkbox"/> Linfadenomegalia Ulcerada <input type="checkbox"/> Normal					



Queixa Feminina	<b>49</b> Queixas - Feminina <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Prurido/Ardência <input type="checkbox"/> Dor Pélvica <input type="checkbox"/> Úlcera Genital <input type="checkbox"/> Dor à relação <input type="checkbox"/> Verruga Genital <input type="checkbox"/> Outros:.....	<b>50</b> Usa método anticoncepcional <input type="checkbox"/> Calendário <input type="checkbox"/> Camisinha Masculina <input type="checkbox"/> Pílula <input type="checkbox"/> Camisinha feminina <input type="checkbox"/> Injetável <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outros:.....	<b>51</b> Desenho: 																																																																							
	<b>52</b> H.G.O. Nº Aborto: ..... Nº Gestã: ..... Último Aborto: ..... Nº Para: ..... Lacta: .....	<b>53</b> Último preventivo	<b>54</b> DUM:																																																																							
Exame Físico Feminino	<b>55</b> Genitália Externa <input type="checkbox"/> Úlcera: ..... <input type="checkbox"/> Verruga: ..... <input type="checkbox"/> Outros: ..... <input type="checkbox"/> Normal .....	<b>56</b> Exame Especular (vagina) <input type="checkbox"/> Corrim. Mucóide <input type="checkbox"/> Corrim. Esbranquiçado <input type="checkbox"/> Corrim. Purulento <input type="checkbox"/> Corrim. amarelo-esverdeado <input type="checkbox"/> Úlceras: ..... <input type="checkbox"/> Verrugas: ..... <input type="checkbox"/> Outros: ..... <input type="checkbox"/> Normal .....	<b>57</b> Exame Pélvico <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade <input type="checkbox"/> Dor à mobilização do colo <input type="checkbox"/> Anexos dolorosos <input type="checkbox"/> Anexos aumentados <input type="checkbox"/> Outros: ..... <input type="checkbox"/> Normal .....																																																																							
	<b>58</b> Exame Especular (Colo uterino): <input type="checkbox"/> Corrim. Mucóide <input type="checkbox"/> Corrim. Esbranquiçado <input type="checkbox"/> Corrim. Purulento <input type="checkbox"/> Corrim. amarelo-esverdeado <input type="checkbox"/> Úlceras: ..... <input type="checkbox"/> Verrugas: ..... <input type="checkbox"/> Normal .....	<b>59</b> Exame Inguinal <input type="checkbox"/> Linfadenomegalia <input type="checkbox"/> Linfadenomegalia Ulcerada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Outros: .....	<b>60</b> Gravidez <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Outros: .....																																																																							
Exames Diretos	<b>61</b> Exame Diretos: <input type="checkbox"/> A Fresco <input type="checkbox"/> Corado (Gram) <input type="checkbox"/> Campo Escuro <input type="checkbox"/> Imunofluorescência <input type="checkbox"/> Teste de Amina <input type="checkbox"/> TZANCK <input type="checkbox"/> Pesquisa Donovanose <input type="checkbox"/> Outros: .....	<b>62</b> Achados dos Exames Diretos: 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado <input type="checkbox"/> Diplococos Gram neg. intra-celular <input type="checkbox"/> Mais de 5 Plócitos por campo <input type="checkbox"/> Bacilos Gram negativos (sugestivos de H. ducrey) <input type="checkbox"/> Treponema pallidum <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> TZANCK <input type="checkbox"/> Fungos <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> Ph _____ <input type="checkbox"/> Corpúsculos de Donovan <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Teste de Amina																																																																								
	<b>63</b> SOROLOGIA <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Pos</th><th>Neg</th><th>Ind</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> VDRL</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> RPR</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> FTA-ABS</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> TPHA</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> MHATP</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Chlamydia</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> HTLV</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> HSV 1</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> HSV 2</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> HIV 1 e 2</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr></tbody></table>		Pos	Neg	Ind	<input type="checkbox"/> VDRL	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> RPR	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> FTA-ABS	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> TPHA	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> MHATP	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> Chlamydia	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> HTLV	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> HSV 1	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> HSV 2	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> HIV 1 e 2	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/>	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/>	( )	( )	( )	<b>64</b> CULTURA <input type="checkbox"/> Gonococo <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Haemophilus ducrey ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/>	<b>65</b> BIOLOGIA MOLECULAR <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Pos</th><th>Neg</th><th>Ind</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Papiloma Virus Humano</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Gonococcus</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr></tbody></table>		Pos	Neg	Ind	<input type="checkbox"/> Papiloma Virus Humano	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> Gonococcus	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis	( )	( )	( )	<input type="checkbox"/>	( )	( )
	Pos	Neg	Ind																																																																							
<input type="checkbox"/> VDRL	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/> RPR	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/> FTA-ABS	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/> TPHA	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/> MHATP	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/> Chlamydia	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/> HTLV	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/> HSV 1	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/> HSV 2	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/> HIV 1 e 2	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/>	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/>	( )	( )	( )																																																																							
	Pos	Neg	Ind																																																																							
<input type="checkbox"/> Papiloma Virus Humano	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/> Gonococcus	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis	( )	( )	( )																																																																							
<input type="checkbox"/>	( )	( )	( )																																																																							
Exames	<b>66</b> CITOLOGIA ( ) Colpocitologia ( ) Histopatologia																																																																									
	<b>67</b> Resultado da Colpocitologia <input type="checkbox"/> Nomal <input type="checkbox"/> NIC I <input type="checkbox"/> NIC II <input type="checkbox"/> NIC III/Carcinoma in situ <input type="checkbox"/> Carcinoma Invasivo <input type="checkbox"/> Compatível com HPV <input type="checkbox"/> Atípias de Significado Indeterminado <input type="checkbox"/> Inflamatório																																																																									
Diagnóstico	<b>68</b> Laudo Histopatológico																																																																									
	<b>69</b> Diagnóstico(s) Síndrômico(s): .....																																																																									
Tratamento	<b>70</b> Diagnóstico(s) Etiológico(s): .....																																																																									
	<b>71</b> Tratamento: .....																																																																									
Enc.	<b>72</b> Encaminhamento: <input type="checkbox"/> Acompanhamento <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao FMTM <input type="checkbox"/> Faltosos <input type="checkbox"/> Outros: .....																																																																									
	<b>73</b> Aconselhamento: .....	<b>74</b> Médico: .....	<b>75</b> Enfermagem: .....																																																																							
Atendimento	Data: ___/___/___ Profissional: .....	Data: ___/___/___ Profissional: .....	Data: ___/___/___ Profissional: .....																																																																							

## ANEXO C - Ficha de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescentes.



**GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS**  
Secretaria de Estado da Saúde



### FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTES

(Considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade - Lei n.º 8.069, de 13/7/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente)

<b>I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO</b>				
Data do atendimento: ____/____/____				
Unidade: _____				
Endereço da unidade: _____				
Telefones.: _____				
Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional): _____				
<b>II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE</b>				
Nome: _____				
DN: ____/____/____				
Idade: _____	Sexo: _____	Registro na unidade: _____		
Filiação: _____				
Responsável(is) Legal(is): _____				
Acompanhante: _____				
Grau de Relacionamento: _____				
Endereço: _____				
Telefone para contato: _____				
Referência para localização: _____				
<b>III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS / VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores)</b>				
<b>Maus-tratos identificados/Causador (es) provável dos maus-tratos:</b>				
Abuso Físico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Sexual	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Psicológico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Negligência	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abandono	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Outras síndromes especificadas de maus-tratos _____				
Síndrome não especificada de maus-tratos _____				
Descrição sumária do ocorrido: _____				



<p style="text-align: center;"><b>INSTRUTIVO</b></p> <p><b>IV - DADOS DO ATENDIMENTO</b> (incluir observações da anamnese e exame físico que surgiram a partir da caracterização de maus-tratos)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR _____ em ____/____/____</p>	
<p style="text-align: center;"><b>ATENÇÃO:</b> assinatura e carimbo da Direção</p>	<p style="text-align: center;">Ver instrutivo no verso da ficha</p>

