

Perfil clínico-epidemiológico das Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças atendidas em um centro de referência na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil *

Clinical and epidemiological profile of sexually transmitted diseases in children attending a referral center in the city of Manaus, Amazonas, Brazil

Carla Barros da Rocha Ribas ¹

Antônio Pedro Mendes Schettini ³

Josie Eiras Bisi dos Santos ⁵

Maria da Graça Souza Cunha ²

Jonas Ribas ⁴

Resumo: FUNDAMENTOS: Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças permanecem um problema de saúde pública pouco estudado, sendo ainda necessários esclarecimentos sobre seu manejo e a relação destas com o abuso sexual infantil.

OBJETIVOS: Descrever o perfil clínico-epidemiológico das Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças atendidas em centro de referência na cidade de Manaus.

MÉTODOS: Realizou-se estudo descritivo exploratório para verificar características clínicas, epidemiológicas e laboratoriais das Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças atendidas durante o período de janeiro/2003 a dezembro/2007.

RESULTADOS: Foram incluídas no estudo 182 crianças que apresentavam DST. A maioria era do sexo feminino (65,4%) e de cor parda; a média de idade foi de 8,5 anos; 89% eram procedentes da cidade de Manaus; os pais foram os principais acompanhantes na consulta; verruga genital foi o principal diagnóstico em ambos os sexos; e, 90,1% apresentavam apenas uma DST.

CONCLUSÃO: As frequências e características clínicas das DST nas crianças do estudo não diferiram do encontrado na literatura. Embora, com base em sinais e sintomas referentes tão somente às DST nas crianças, não se tenham parâmetros fidedignos de confirmação de abuso, deve-se sempre estar alerta para esta possibilidade, visto que estas doenças podem ser sinalizadoras de ofensas sexuais, por vezes, dissimuladas e repetidas.

Palavras-chave: Criança; Doenças sexualmente transmissíveis; Epidemiologia

Abstract: BACKGROUND: Sexually transmitted diseases in children remain a public health concern that is relatively ignored. Further data are required on the management of these diseases and their association with child sexual abuse.

OBJECTIVES: To describe the clinical and epidemiological profile of sexually transmitted diseases in children receiving care at a referral center in the city of Manaus, Amazonas, Brazil.

METHODS: A descriptive, exploratory study was conducted to evaluate the clinical, epidemiological and laboratory characteristics of the sexually transmitted diseases (STD) found in children who received care at this clinic between January 2003 and December 2007.

RESULTS: A total of 182 children with STDs were included in the study. The majority were female (65.4%), dark-skinned and with a mean age of 8.5 years. Furthermore, 89% were from the city of Manaus and their parents were usually responsible for having brought them to the clinic. Genital warts constituted the principal diagnosis in children of both sexes and 90.1% of the children had only one STD.

CONCLUSIONS: The frequencies and clinical characteristics of the STDs in the children in this study were similar to data reported in the literature. Although the signs and symptoms of the STDs found in these children do not, in themselves, constitute reliable parameters by which to confirm abuse, professionals should always be alert to this possibility, since these diseases may represent a sign of sexual offenses that may be dissimulated and repetitive.

Keywords: Child; Epidemiology; Sexually transmitted diseases

Recebido em 30.09.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 28.02.2010.

* Trabalho realizado na Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta – Manaus (AM), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding: None*

¹ Mestrado - Médica Dermatologista/Coordenadora da Residência Médica da Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta (FUAM) – Manaus (AM), Brasil.

² Doutorado - Médica Dermatologista da Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta (FUAM) – Manaus (AM), Brasil.

³ Mestrado - Médico Dermatologista da Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta (FUAM) – Manaus (AM), Brasil.

⁴ Mestrado - Chefe do Serviço de Dermatologia e Professor de Dermatologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Manaus (AM), Brasil.

⁵ Especialização - Médica Dermatologista do Hospital Geral de Belém – Belém do Pará (PA), Brasil.

INTRODUÇÃO

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são um grupo de doenças endêmicas, de expressão clínica variada, caracterizadas epidemiologicamente como infecções de transmissão sexual.

Poucos estudos sobre DST em crianças têm sido realizados, abordando com maior ênfase o abuso sexual em detrimento das DST propriamente ditas.

Estudo conduzido por Pitché et al. (2001), no Togo, demonstrou 33 casos de DST em crianças com até 11 anos de idade, destacando o papel do abuso sexual nesse contexto.¹

Olayinka A.; Olayinka B. (2002), em um estudo retrospectivo numa clínica especializada na Nigéria, descreveram 102 casos de DST em crianças de até 13 anos atendidas num período de 12 anos, demonstrando o real problema destas doenças na população pediátrica.²

Em 2003, Pandhi et al. evidenciaram, da mesma forma, em um estudo realizado em Nova Déli, Índia, que crianças constituíam um importante subgrupo da população acometida por DST, relatando 127 casos de DST em menores de 15 anos.³

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.⁴

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 pudessem interferir na dinâmica destas infecções na população.⁵

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.⁶

Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças podem resultar de infecção congênita, transmissão perinatal ou infecção pós-natal adquirida por meio de auto ou heteroinoculação ou de relações sexuais, sendo que neste último caso, geralmente, ocorrem no contexto de abuso sexual.

Interpretação cuidadosa das DST, com base no agente etiológico, período de incubação, idade da criança e localização da infecção, pode corroborar para evidências de abuso sexual, particularmente nas infecções fora do período perinatal, porém raramente são conclusivas.⁷

Transmissão acidental através de fômites, con-

tato físico ou autoinoculação é incomum em crianças conforme demonstraram Neinstein et al. (1984) e Estreich; Foster (1992).^{8,9}

Portanto, na abordagem das DST em crianças dois fatores são essenciais: diagnóstico e tratamento corretos e precoces; e investigação do modo de transmissão para avaliar a possibilidade de abuso sexual.

O objetivo deste trabalho foi estudar características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais de crianças com DST, atendidas na Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta (FUAM), Centro de Referência localizado na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Alfredo da Matta, foi realizada investigação epidemiológica, de cunho descritivo exploratório pela revisão de prontuários e de fichas de notificação, verificando-se características clínicas, epidemiológicas e laboratoriais das Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças e, ainda, no que se refere às características dos pacientes, obtendo-se frequências dos dados de sexo, idade, cor e procedência.

Foram incluídas no estudo crianças com suspeita ou portadoras de DST, na faixa etária de zero a doze anos, que haviam sido referenciadas por outras unidades da Rede de Saúde ou que tinham procurado espontaneamente a FUAM, para consulta especializada em Centro de Referência, durante o período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007.

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

Foram utilizadas para análise descritiva as variáveis relacionadas à presença do acompanhante durante a consulta e ao agente etiológico, categorizando as DST em diagnóstico etiológico e diagnóstico sindrômico. Verificou-se a média de idade das crianças com DST encaminhadas pelo Conselho Tutelar e a média de idade das crianças com DST atendidas por outras demandas.

RESULTADOS

No período de cinco anos, 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).

No grupo estudado, a frequência observada quanto ao gênero foi de 119 (65,4%) casos femininos e 63 (34,6%) masculinos. A média de idade das crianças incluídas no estudo foi de 8,5 anos (dp=3,3); e a

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	89,80
2004	2066	70	3,39	32	45,71
2005	2287	79	3,45	39	49,37
2006	2536	64	2,52	42	65,63
2007	2297	34	1,48	25	73,53
Total	12770	296	2,32	182	61,49

Fonte: Fundação Alfredo da Matta

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

Quanto à frequência da cor de pele/raça, evidenciou-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.

Os pacientes do estudo eram procedentes em 89% dos casos de Manaus, 9,9% de outros municípios do interior do Amazonas e 1,1% de municípios de outros Estados.

A distribuição de acordo com o modo de entrada na FUAM foi de 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.

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

Com base no diagnóstico sindrômico, do total de DST diagnosticadas no período, a distribuição dos casos, de acordo com o sexo, está detalhada na tabela 2. No sexo masculino, 51,6% apresentaram verrugas anogenitais, 37,1% síndrome do corrimento uretral, e 11,3% síndrome da úlcera genital. No sexo feminino, 43,7% apresentaram verrugas anogenitais, 40,8% síndrome do corrimento vaginal, 10,6% síndrome do corrimento cervical e 4,9% síndrome da úlcera genital.

A tabela 3 demonstra a distribuição dos casos, baseada no agente etiológico, de acordo com o sexo. Entre os pacientes do sexo masculino, 50,8% apresentaram condiloma acuminado, 19% gonorreia, 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% gonorreia, 3,8% trico-

moníase, 1,5% sorologia positiva para HIV e 0,8% sífilis.

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 1, visualizamos as co-infecções encontradas no grupo estudado.

Acompanhamento pelo Conselho Tutelar (CT) deu-se nos casos em que havia suspeita ou confirmação de abuso sexual. 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.

Dos pacientes com DST acompanhados pelo CT, 14 casos eram de condiloma acuminado, 13 de outras cervicites, 11 de vaginose bacteriana, 10 de gonorreia, sete de candidíase, quatro de tricomoníase, três de sífilis, dois de herpes genital, um de outras uretrites.

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

TABELA 2: 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
Total	62	100,0	142	100,0

Fonte: Fundação Alfredo da Matta

TABELA 3: Distribuição de DST em crianças segundo diagnóstico etiológico e sexo Fundação Alfredo da Matta - 2003 a 2007

Diagnóstico etiológico	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Bacterianas				
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
Virais				
HIV	-	-	2	1,5
Condiloma	32	50,8	62	47,0
Herpes genital	4	6,3	7	5,3
Parasitárias				
Tricomoníase	-	-	5	3,8
Candidíase	1	1,6	15	11,4
Total	63	100,0	132	100,0

Fonte: Fundação Alfredo da Matta

encaminhados à FUAM por outras demandas foi de 7,9 anos (dp=3,4).

DISCUSSÃO

A frequência de DST encontrada neste estudo, 2,3%, foi maior quando comparada a estudos realizados em Niterói, Brasil e em Nova Déli, Índia, que encontraram percentuais de 0,51% e 0,82%, respectivamente.^{10,3} Como a 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.

Em relação às características demográficas observadas na amostra estudada, houve predomínio de pessoas de cor parda (59,3%) que representa a cor predominante nesta região.¹¹ Dentre as DST diagnosticadas, 3,3% ocorreram na raça indígena. A identificação de DST nesta população específica é um fato preocupante e havia sido relatada em recente estudo de prevalências realizado em seis capitais brasileiras.¹²

Cabe ressaltar que, na totalidade dos pacientes atendidos no período do estudo, houve predomínio do sexo masculino, resultado semelhante ao encontrado em estudo empreendido por Fagundes et al.(2001).⁶ Por outro lado, o predomínio no sexo feminino, entre crianças, também relatado por outros autores levanta a hipótese de que as meninas prova-

QUADRO 1: Co-infecções encontradas em crianças atendidas na Fundação Alfredo Da Matta – 2003 a 2007

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

velmente são alvos mais frequentes de práticas de aliciamento/pedofilia.^{13,14,15}

A evidência de que a grande maioria das crianças atendidas era oriunda da capital do Estado do Amazonas foi similar ao encontrado na demanda total de pacientes atendidos no Setor de DST, reproduzindo-se assim o que ocorre na prática diária da Instituição onde o estudo foi realizado.

Quanto ao modo de entrada, foi possível verificar que 44,5% chegaram ao Serviço por encaminhamentos e 43,4% por demanda espontânea, o que aponta para a necessidade de uma maior intensificação do processo de referência e contrarreferência com rede de saúde pública.

Dentre os pacientes encaminhados, 43,2% haviam sido referenciados pelo Conselho Tutelar da região, ficando evidente o papel importante deste Conselho na condução dos casos em que há suspeita ou confirmação de maus tratos.

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 pelo CT poderia estar relacionada às ações desenvolvidas por este Conselho, particularmente programas que auxiliam o combate ao abuso sexual e comercial de crianças e adolescentes.

Com relação à presença de acompanhantes no momento da consulta, observou-se um alto índice de não referência desta informação, justificada pela ausência de local específico para registro no prontuário que, entretanto, deve obrigatoriamente constar nos prontuários de pacientes desta faixa etária. Dos responsáveis citados, os pais foram maioria, revelando que no grupo estudado houve a identificação pela família da possibilidade de a criança apresentar doença.

No que diz respeito à idade de início de atividade sexual voluntária, havia referência registrada no prontuário de 34 (18,7%) pacientes, com média de idade de 11 anos. Apesar da possibilidade de crianças adquirirem DST de parceiros sexuais com os quais tenham relações sexuais ditas “voluntárias”, caracteriza-se como violência presumida a atividade sexual com menores de 14 anos, conforme o Código Penal brasileiro (artigo 224), ficando o parceiro passível de punição.^{16,17}

Com base na abordagem sindrômica, foram realizados 204 diagnósticos nos 182 pacientes desta casuística. À exceção das verrugas anogenitais, verificaram-se, no grupo de pacientes atendidos em clínicas de DST, as mesmas proporções encontradas no estudo de prevalências e frequências de DST em seis capitais brasileiras.¹²

Infecções genitais por cândida e vaginose bacteriana, embora não sejam expressão de uma verdadeira DST, foram consideradas no diagnóstico sindrômico como corrimentos vaginais/cervicais.

Nos casos de síndrome da úlcera genital em que havia história ou evidência de lesões vesiculosas foi possível 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 ou, ainda, podem assumir uma forma subclínica, visível apenas sob técnica de magnificação, raramente realizada em crianças.

Quanto aos diagnósticos etiológicos, dentre as DST de origem bacteriana (11,8%), o mais frequente 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, 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.¹²

Cabe ressaltar que, embora a maioria das crianças apresentasse apenas uma DST, 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.

A prevalência de infecção gonocócica em crianças carece de dados na literatura. Segundo Rawstron et al. (1993), estudos realizados nos Estados Unidos relatavam gonorreia em 3% a 12% dos adolescentes sexualmente ativos, em ambos os sexos. Cerca de 25% dos pré-adolescentes acometidos eram assintomáticos.¹⁸

O risco de aquisição de gonorreia por abuso sexual depende de vários fatores, incluindo a prevalência desta infecção na população adulta. Excetuando-se as infecções perinatais, diagnóstico de gonorreia em crianças é, portanto, altamente sugestivo de abuso sexual pelo fato de não existirem dados convincentes acerca de outras formas de transmissão não sexual.^{8,18,19}

Entre as infecções não gonocócicas, neste grupo, considerou-se a hipótese de infecção por *Chlamydia trachomatis*. Dados da literatura, a partir de crianças que sofreram abuso sexual, referem a presença deste patógeno em cerca de 3,3%, geralmente assintomática. Este diagnóstico em crianças, além de pouco frequente, pode ser um marcador de abuso sexual, afastada a possibilidade de transmissão perinatal em que as manifestações mais comuns são conjuntivite e pneumonia.^{13,20,21}

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.^{13,15,22}

Vaginose bacteriana (VB) em mulheres adultas não caracteriza DST, porém pode ser desencadeada por meio de relação sexual, pelo 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. Embora dados em crianças sejam limitados, VB pode estar presente em aproximadamente 15% a 18,3% das vítimas de abuso sexual.^{3,13,15} Segundo Argent; Lachman (1995) é recomendável investigar abuso sexual ante este diagnóstico em meninas pré-puberais.²³

Quanto à vulvovaginite causada pela *Candida sp*, 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.⁵ 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.²⁴ Contudo, foi o problema ginecológico mais comum em crianças/adolescentes em um grande estudo realizado por Koumantakis et al. (1997).²⁵

Cancro mole (CM) é infecção de transmissão exclusivamente sexual. Apresenta difícil estimativa de prevalência em adultos e, embora rara em crianças,

pode ocorrer por abuso sexual. Pandhi et al. (2003) encontraram cancroide na faixa etária de 10 a 14 anos, em ambos os sexos.³

Deve-se suspeitar de sífilis adquirida em crianças, sintomáticas ou com sorologia positiva, em que evidências de sífilis congênita não sejam documentadas. Quase sempre associada a abuso sexual, reflete, portanto, a epidemiologia da sífilis no adulto.^{18,26} Em estudo de Beck-Sagué; Solomon (1999), observaram-se 3,3% de pacientes infectados após abuso sexual.¹³ Transmissão não sexual, perinatal ou acidental, pode ocorrer sendo, porém, extremamente incomum. Condiloma plano foi a apresentação clínica encontrada no paciente com sífilis secundária, neste estudo.

Infecção por HIV pode ocorrer após abuso sexual e, provavelmente, esta forma de transmissão está subestimada.²⁷ Em um estudo realizado por Lindgren et al. (1998), de 9136 crianças, menores de 13 anos, com sorologia HIV positiva, 26 tinham sofrido abuso sexual.²⁸ 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 e, num dos casos, a mãe era também soropositiva.

Herpes genital (HG) é virose transmitida predominantemente pelo contato sexual 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 gíngivoestomatite.^{3,15}

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.²⁷ 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 mui-

tos estudos publicados, apenas uma minoria de crianças apresentava verrugas após abuso sexual, pois que, na maioria das vezes, não havia sido realizada a tipagem do HPV que reduziria ou até mesmo eliminaria a possibilidade de transmissão sexual diante da presença do tipo 2 (cutâneo).¹³ 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 autoinoculação, inoculação acidental ou mesmo por manipulação abusiva.²⁹

Portanto, a presença de condiloma em crianças nem sempre é consequência de abuso sexual, pois devem ser levadas 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.^{9,30}

Doenças de ocorrência incomum na atualidade, como linfogranuloma venéreo e donovanose, não foram observadas, no grupo estudado.

CONCLUSÃO

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 das DST nesta faixa etária. As frequências e características clínicas das DST nas crianças do estudo não diferiram do encontrado na literatura e, embora o diagnóstico de DST não signifique necessariamente abuso, deve-se sempre estar alerta para esta possibilidade. Outras pesquisas de tipo analítico são necessárias 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. □

REFERÊNCIAS

1. Pitché P, Kombaté K, Gbadoé AD, Tchangai-Walla K. Sexually transmitted diseases in young children in Lomé (Togo). Role of sexual abuse. *Arch Pediatr*. 2001;8:25-31.
2. Olayinka AT, Olayinka BO. Sexually transmitted diseases in children, a cause for concern. *J Trop Pediatr*. 2002;48:316.
3. Pandhi D, Kumar S, Reddy BSN. Sexually transmitted diseases in children. *J Dermatol*. 2003;30:314-20.
4. Figueiredo PAL, Passos MRL, Pinheiro VMS, Barreto NA, Carvalho AVV, Bravo RS. Doenças sexualmente transmissíveis na infância: análise dos casos atendidos no Setor de DST/UFF no período de 1988 a 1996. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 1997;9:17-23.
5. Tiburcio AS, Passos MRL, Pinheiro VMS. Epidemiologia das DST: perfis dos pacientes atendidos num centro Nacional de Treinamento. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2000;12:4-39.
6. Fagundes LJ, Patriota RCR, Gotlieb SLD. 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. *An Bras Dermatol*. 2001;76:223-32.
7. Thomas A, Forster G, Robinson A, Rogstad K; Clinical Effectiveness Group Association of Genitourinary Medicine; Medical Society for the Study of Venereal Diseases. National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people. *Arch Dis Child*. 2003;88:303-11.
8. Neinstein LS, Goldenring J, Carpenter S. Non sexual transmission of sexually transmitted diseases: an infrequent occurrence. *Pediatrics*. 1984;74:67-76.
9. Estreich S, Foster GE. Sexually transmitted diseases in children: Introduction. *Genitourin Med*. 1992;68:2-8.
10. Carvalho AVV, Passos MRL, Oliveira LHS, Lopes VGS, Herdy GVH, Pinheiro VMS. Sífilis adquirida na infância: estudo clínico, laboratorial e abuso sexual. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 1999;11:4-20.
11. Sidra.ibge.gov [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos, 2000 [Acesso: 10 Ago. 2008]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?z=t&o=21&i=P>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e freqüências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
13. Beck-Sagué CM, Solomon F. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: review of selected literature. *Clin Infect Dis*. 1999;28:S74-83.
14. Williams O, Foster G, Robinson A. Screening for sexually transmitted infections in children and adolescents in the United Kingdom: British Co-operative Clinical Group. *Int J STD AIDS*. 2001;12:487-92.
15. Hammerschlag MR. Sexually transmitted diseases in sexually abused children: medical and legal implications. *Sex Transm Infect*. 1998;74:167-74.
16. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Lei nº. 8.069 (13 de julho de 1990). In: *Diário Oficial da União*. Brasília; 1990. p. 6054.
17. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatr (Rio J)*. 2001;77:413-9.
18. Rawstron SA, Bromberg K, Hammerschlag MR. STD in children: syphilis and gonorrhoea. *Genitourin Med*. 1993;69:66-75.
19. Goodyear-Smith F. What is the evidence for non-sexual transmission of gonorrhoea in children after the neonatal period? A systematic review. *J Forensic Leg Med*. 2007;14:489-502.
20. Hammerschlag MR. Chlamydial infection. *J Pediatr*. 1989;114:727-34.
21. Darville T. Chlamydia trachomatis infections in neonates and young children. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005;16:235-44.
22. Thomason JL, Gelbart SM. Trichomonas vaginalis. *Obstet Gynecol*. 1989;74:536-41.
23. Argent AC, Lachman PI, Hanslo D, Bass D. Sexually transmitted diseases in children and evidence of sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1995;19:1303-10.
24. Fischer GO. Vulval disease in pre-pubertal girls. *Australas J Dermatol*. 2001;42:225-36.
25. Koumantakis EE, Hassan EA, Deligeorgiou EK, Creatsas GK. Vulvovaginitis during childhood and adolescence. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1997;10:39-43.
26. Woods CR. Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005;16:245-57.
27. Reis JN, Martin CCS, Bueno SMV. Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2001;13:40-5.
28. Lindegren ML, Hanson IC, Hammet TA, Fleming PL, Ward JW. Sexual abuse of children: intersection with the HIV epidemic. *Pediatrics*. 1998;102:E46.
29. Hornor G. Ano-genital warts in children: Sexual abuse or not? *J Pediatr Health Care*. 2004;18:165-70.
30. Jones V, Smith SJ, Omar HA. Nonsexual transmission of anogenital warts in children: a retrospective analysis. *Scientific World Journal*. 2007;7:1896-9.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Carla Barros da Rocha Ribas
 Rua 24 de Maio, 220 sala 510 - Centro
 69.010-080 Manaus - AM, Brasil
 Tel./Fax: 92 3234 5019 / 92 3232 5687
 E-mail: ribas@internext.com.br

Como citar este artigo/How to cite this article: Ribas CBR, Cunha MGS, Schettini APM, Ribas J, Santos JEB. Perfil clínico-epidemiológico das Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças atendidas em um centro de referência na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2011;86(1):80-6.