

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA INFÂNCIA

Análise dos Casos Atendidos no Setor de DST/UFF no Período de 1988 a 1996

PAULA ALEXANDRA LEITE FIGUEIREDO¹, MAURO ROMERO LEAL PASSOS², VANDIRA MARIA DOS SANTOS PINHEIRO², NERO ARAUJO BARRETO², ALTAMIRO VIANNA E VILHENA DE CARVALHO³, RENATO DE SOUZA BRAVO⁴

INTRODUÇÃO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) foram conceituadas em 1983 pelo grupo de Consultores da Oficina Sanitária Panamericana como "grupos de doenças endêmicas, de múltipla expressão, que incluem as doenças venéreas clássicas (sífilis, gonorréia, linfogranuloma venéreo, cancro mole e donovanose) e um número crescente de síndromes e entidades clínicas (uretrites não gonocócicas, herpes genital, vaginites, etc.) que têm como traço comum de importância epidemiológica a transmissão durante a atividade sexual"¹.

A classificação mais conhecida dessas patologias é a de Pereira Jr. & Serruya, de 1981, que as dividem em essenciais, freqüentes e eventualmente transmitidas pelo ato sexual².

Na infância, não existe ainda um consenso geral na literatura quanto às formas de transmissão dessas doenças^{3,5,7,8}. É conhecido tanto valor da transmissão peri-natal de doenças como a sífilis, herpes genital, condiloma acuminado (HPV), infecção por *Chlamydia*, candidíase e gonorréia como suas conseqüências para o neonato, que vão desde atraso no crescimento intra-uterino e baixo peso ao nascer, prematuridade, anomalias congênitas à morte fetal, contribuindo para o aumento das taxas de morbimortalidade infantil^{3,4}.

O abuso sexual infantil (ASI) é reconhecido como um problema sério e comum, sendo apontado como uma das principais causas de DST na infância, atingindo crianças independentemente de idade, sexo, classe sócio-econômica ou localização geográfica^{5,8}, gerando

normalmente uma criança com alterações emocionais e afetivas. A outra forma de contágio descrita na literatura consultada é por contato indireto com roupas íntimas e toalhas de pessoas contaminadas^{6,7} por patologias como candidíase, gonorréia e condiloma acuminado, não se conhecendo bem até hoje quais as implicações futuras na criança, se não tratadas.

Apesar de todo o progresso da ciência com a descoberta de novos quimioterápicos e antibióticos, as DSTs representam ainda um grande desafio a ser enfrentado pelas autoridades de saúde pública de todo mundo. Seu recrudescimento é uma resposta às transformações sociais, culturais, políticas, econômicas e tecnológicas, constituindo exemplos as mudanças de hábitos e costumes sexuais, a urbanização desordenada, a migração e a industrialização crescentes^{9,10}.

A estimativa da incidência anual de DSTs curáveis (não incluindo AIDS e as outras DSTs virais) é de 333 milhões de casos em todo o mundo. Ao mesmo tempo, a AIDS e o HIV apresentam efeitos devastadores nos jovens. Calcula-se que, nos países em desenvolvimento, acima de dois terços dos casos novos de infecção por HIV ocorrem entre os 15 e os 24 anos⁹. No Brasil, não se possui dados que traduzam a verdadeira situação em todo o país; existem apenas dados isolados de Serviços direcionados ao atendimento de DSTs que revelam também um aumento no número de casos destas doenças nos últimos anos¹⁰.

Devido às DSTs estarem geralmente associadas a uma faixa etária denominada de sexualmente ativa (15-30 anos)¹⁰, torna-se difícil pensar nestas doenças na infância, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o grupo etário dos zero aos dez anos de idade¹¹. Cabe-me citar, entretanto, que, durante e após a minha formação como médica pediatra em Angola (país africano da região Ocidental da África Austral), não raramente, me deparei com crianças com queixas arrastadas de corrimento vaginal, prurido, verrugas e úlceras genitais sugestivas de DST, trazidas ao consultório pelos pais, preocupados com o tempo de duração dos

1 - Médica, Especialista em DST - Setor de DST - Universidade Federal Fluminense (UFF).

2 - Docente do Setor de DST - Setor de DST - (UFF).

3 - Mestrando do Setor de DST - Setor de DST - (UFF).

4 - Docente - Departamento Materno-infantil - (UFF).

O ASI é reconhecido como um problema sério e comum, sendo uma das principais causas de DST na infância...

sintomas apesar de tratamentos médicos anteriores, bem como um número cada vez crescente de pacientes com HIV/AIDS. Várias questões se impõem, a saber, começando pela definição de DST, em que penso ser discutível o próprio conceito de contagiosidade principalmente na infância, quais as DSTs mais frequentes na infância, e se estas estariam relacionadas à epidemiologia das DSTs no adulto, o que poderia ser feito para diminuir sua incidência, dentre outros. Estas questões aliadas ao fato de não existir no meu país um serviço direcionado a pesquisas e/ou ao atendimento às DSTs/AIDS motivaram-me para a realização do curso de especialização em Doenças Sexualmente Transmissíveis, direcionando meu objeto de pesquisa para a infância. A opção pelo Setor de DST/AIDS da Universidade Federal Fluminense (UFF) na República Federativa do Brasil surgiu não só pela existência de convênio entre os dois países, mas principalmente pelo fato deste Setor ser um centro de referência nacional em DST/AIDS para o Ministério da Saúde no Brasil e na América Latina e no Caribe, atuando nas áreas de ensino, pesquisa e extensão com assistência médica, direcionadas às doenças de transmissão sexual.

A pediatria é uma especialidade que se interessa não só pela saúde dos lactentes, crianças e jovens, mas também com o seu crescimento e desenvolvimento e sua oportunidade de atingir o potencial máximo como adultos¹². O pediatra geralmente é visto como um adulto confiável que se importa com os seus pacientes e como pessoas seguras com as quais as crianças, os jovens e os pais podem discutir sobre assuntos "delicados" como sexualidade, abuso sexual e DST/AIDS. Assumindo assim uma responsabilidade adicional no sentido de promover mudanças na percepção e no comportamento individual para limitar não só as conseqüências, a longo prazo, na saúde materno infantil (infertilidade, gravidez ectópica, prematuridade, natimortalidade, infecção neonatal), como também os questionamentos socioculturais ligados à sexualidade.

Para tal, torna-se essencial que o pediatra e todos os profissionais de saúde que tenham contato com crianças e adolescentes conheçam os comportamentos sexuais das várias faixas etárias, estejam cientes da realidade das DSTs na infância, associados ou não ao abuso sexual infantil (ASI), e estejam preparados para identificá-los, além de intervir e ajudar à criança efetivamente, lembrando sempre que a criança de hoje será o jovem de amanhã e que estes, se bem orientados, poderão mudar o curso dessas doenças que ainda afligem a humanidade.

Pelas razões acima citadas, pela pouca literatura encontrada após extensa pesquisa bibliográfica sobre o assunto, no Brasil e em todo o mundo, e também por não existir ainda no Setor de DST da UFF nenhum trabalho sobre as DSTs na infância, resolvemos efetuar este estudo e relatar o curso dessas doenças nos nossos pequenos pacientes que foram atendidos no ambulatório do Setor de DST/UFF.

Pretendemos, humildemente, com este trabalho, contribuir teoricamente para o desenvolvimento de estudos posteriores sobre a temática abordada neste trabalho.

OBJETIVOS

GERAL

Determinar a ocorrência de pacientes dos zero ao dez anos de idade atendidos no Setor de DSTs da UFF, em Niterói, no Rio de Janeiro, no período de julho de 1988 a maio de 1996.

ESPECÍFICOS

- Conhecer a frequência de DST nas crianças atendidas.
- Relatar as DSTs mais frequentes nessa população.
- Tentar conhecer as principais formas de transmissão das DSTs nessas crianças.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi feito um estudo retrospectivo casuístico clínico, pela revisão dos 3.503 prontuários de pacientes atendidos no ambulatório do Setor de DSTs da UFF, entre julho de 1988 e maio de 1996, definindo como variáveis a serem analisadas a idade dos zero aos dez anos com base na data de nascimento até a data do atendimento no Setor; sexo, dividindo em masculino e feminino pelas suas características anatômicas; procedência, pela localização geográfica habitacional na época do atendimento; motivo da consulta, pela queixa que motivou o doente a procurar o serviço; e exames complementares efetuados quando do atendimento, específicos para pesquisa de DSTs:

- procura de anticorpos para o Vírus de Imunodeficiência Humana (avaliação e prova de confirmação);
- sorologia para sífilis;
- exame direto da secreção vaginal com soro fisiológico e hidróxido de potássio (KOH a 10%);
- exame microscópico do esfregaço das secreções vaginais com coloração de Gram;
- microscopia em campo escuro para pesquisa de *Treponema pallidum*;
- cultura para *N. gonorrhoeae* e *candida spp.*;
- citologia;
- biópsia e estudo anatomopatológico nos casos de lesões verrugosas.

Nos pacientes com DST foi também pesquisada a forma de contágio considerando a existência de contato íntimo ou não, história familiar baseada na presença ou ausência de familiares e/ou contactantes íntimos com igual sintomatologia, a existência ou não de patologias associadas definidas pela presença de duas ou mais DSTs, exame físico normal quando sem lesão e/ou sem secreção vaginal patológica e a localização da lesão, quando constatada, por região anatômica corporal. Foram também levantados dados referentes ao tratamento efetuado, médico e/ou cirúrgico realizado na época do atendimento, bem como o retorno do paciente ao Setor, considerando como retorno o regresso ao Setor para controle uma vez após a primeira consulta.

A estimativa da incidência anual de DSTs curáveis é de 333 milhões de casos em todo o mundo.

Estas variáveis foram coletadas e agrupadas em protocolos elaborados pela pesquisadora e numerados pela ordem dos prontuários existentes no arquivo do Setor de DST/UFF referente aos pacientes atendidos no período definido para o estudo. Posteriormente, foi feita análise descritiva qualitativa das variáveis em questão, as quais foram comparadas aos dados na literatura encontrada.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Durante os oito anos do período estudado, entre julho de 1988 e Maio de 1996, foram atendidos no ambulatório do Setor de DSTs da UFF, em Niterói, no Rio de Janeiro, 3.503 pacientes com prontuários. Desses, 22 (0,6%) correspondiam a crianças dos zero aos dez anos de idade, que constituíram o nosso objeto de estudo. Algumas das características desta população estão representadas na Tabela 1. Podemos observar que os anos com maior número de atendimentos foram 1990 e 1996, não tendo sido registrado nenhum paciente em 1988.

Tabela 1

Características das crianças atendidas no Setor de DST/UFF de julho 1988 a maio de 1996

Prontuário	Ano de atendimento	Idade em anos	sexo	Motivo da consulta (sic)
32	1989	5 anos	feminino	lesão pruriginosa em vulva e coxa
95	1990	3 anos	feminino	corrimento vaginal + verrugas
234	1990	5 anos	masculino	bolhas no pênis
243	1990	1 ano e 8 meses	masculino	verrugas anais
268	1990	4 anos	feminino	verrugas perianais
269	1990	10 anos	masculino	secreção noturna
294	1990	4 anos	feminino	febre + enjôo
303	1991	5 anos	feminino	corrimento vaginal
314	1991	3 anos	feminino	corrimento vaginal
423	1992	10 anos	feminino	verruga na coxa
998	1993	5 anos	feminino	edema e eritema vaginal
1.515	1994	10 anos	feminino	lesão mucosa oral + fraqueza muscular
1.516	1994	9 anos	feminino	verruga perianal
2.854	1995	5 anos	masculino	manchas no corpo + íngua na virilha
2.855	1995	6 anos	masculino	estupro
2.860	1995	3 anos	feminino	feridas vulvares e perianais
3.002	1996	8 anos	feminino	secreção vaginal + prurido
3.079	1996	1 ano e 8 meses	masculino	verruga anal
3.100	1996	10 meses	feminino	secreção vaginal
3.125	1996	4 anos	feminino	corrimento vaginal
3.189	1996	10 anos	masculino	adenopatia retro-auricular + febre
3.328	1996	4 anos	feminino	secreção vaginal + íngua

Fonte: Dados do protocolo tabulados pela autora, 1996.

A secreção vaginal foi o motivo do atendimento no ambulatório do Setor de DST-UFF para consulta em 36%

dos pacientes, seguida da presença de verrugas na região anogenital com 27,3%. Oito pacientes apresentaram mais de um sintoma.

Apenas quatro pacientes foram encaminhados ao Setor por outros

profissionais de saúde.

Na distribuição dos pacientes por sexo e idade, notamos que a idade média foi de cinco anos e três meses, os limites de idade inferior e superior foram de dez meses e dez anos, respectivamente; a maioria dos pacientes atendidos tinham mais de cinco anos (54,5%), sendo que 45,5% eram menores de cinco anos de idade. O sexo feminino predominou em relação ao sexo masculino (15/7), como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2

Distribuição por sexo e idade dos pacientes atendidos no Setor de DST/UFF de julho de 1988 a maio de 1996

Idade (anos)	Masculino	Feminino	Total	%
Menores de 1	0	1	0	4,54
1 aos 4	2	7	9	40,9
5 aos 9	3	5	8	36,4
10	2	2	4	18,2
Total	7	15	22	-

Fonte: Dados do protocolo tabulados pela autora, 1996.

A maior procedência foi do Município de São Gonçalo com 40,9%, seguido do Município de Niterói, com 27,2%, e do Rio de Janeiro, com 13,6%.

Encontramos 16 (72,7%) pacientes com diagnóstico confirmado de DST, sendo a vulvovaginite inespecífica a patologia mais frequente, com 27,3% dos casos, seguida do condiloma acuminado, com 18%, da sífilis, com 7,1%, e da candidíase e gonorréia, com 3,6% cada uma, conforme podemos observar na Tabela 3. Não registramos nenhum paciente com HIV/AIDS no período estudado.

Tabela 3

Diagnósticos realizados em crianças dos zero aos dez anos no Setor de DST/UFF de julho de 1988 a maio de 1996

Patologia	Nº de casos	%
Vaginite inespecífica	6	21,4
HPV	4	14,3
Sífilis	2	7,1
Candidíase	1	3,6
Gonorréia	1	3,6
Escabiose	1	3,6
Outras (não relacionadas às DSTs)	12	42,8
Sem doença (apenas orientação)	1	3,6
Total	28	100%

Fonte: Dados dos protocolos tabulados pela autora, 1996.

O abuso sexual foi registrado como possível forma de transmissão de DSTs em três das quatro crianças.

Outras doenças não relacionadas às DSTs, incluem dermatomicose, parasitose intestinal, anemia, adenopatia retroauricular, amigdalite, otite média aguda, associadas ou não às DSTs acima relatadas.

A vulvovaginite inespecífica foi a patologia mais freqüente, tendo como forma de apresentação a leucorréia com prurido e hiperemia vulvar em 60% dos casos, atingindo crianças do sexo feminino até os cinco anos de idade em 90%. Para o seu diagnóstico foram realizados exames de secreção vaginal em quatro lâminas a fresco com soro fisiológico e KOH e em quatro lâminas pela bacterioscopia coradas pelo método de Gram, os quais foram todos inespecíficos. Todas as pacientes foram orientadas com medidas de higiene, tendo apenas uma paciente, sido medicada com comprimidos por via oral de sulfametoxazol + trimetropim na dose de 40 mg/kg/dia durante sete dias, por ter apresentado infecção urinária associada. Provavelmente por melhora clínica da maioria, apenas duas crianças retornaram para controle clínico.

A gonorréia foi encontrada em uma criança do sexo feminino de quatro anos de idade que, segundo a acompanhante, fora "manipulada em órgãos genitais" por um primo de 14 anos (sic). A forma de apresentação foi caracterizada por uma vulvovaginite com corrimento amarelado de odor fétido e gânglio inguinal. O diagnóstico foi confirmado por demonstração de diplococcus Gram negativos no interior de polimorfonucleares pelo método de Gram e por

e banhos de assento com água bicarbonada.

O condiloma acuminado foi a segunda patologia mais freqüente, com maior incidência em crianças menores de cinco anos de idade e no sexo femi-

nino com 66,6%. A localização anal foi a mais observada, e em dois pacientes estava descrita a existência de contactantes íntimos (pai, irmã e cunhado) com história de verrugas genitais; contudo, não encontramos registrado qualquer menção à avaliação física destes contactantes nem relato de existência de abuso sexual.

Foi realizada biópsia para confirmação de diagnóstico de HPV em cinco das seis crianças que apresentaram verrugas na região anogenital, com um índice de positividade de 60% para HPV, conforme representado na Tabela 4. Como tratamento, foram efetuadas cinco exérese cirúrgicas com eletrocauterizações e uma cauterização química com podofilina a 25% em tintura de benjoim. Foi feito tratamento com anti-helmínticos para os dois casos associados à parasitose intestinal. Quatro pacientes deste grupo retornaram para controle clínico, sendo três com HPV e um com verruga vulgar.

Encontramos duas crianças com sífilis, detrés e seis anos de idade, com ambos os sexos foram igualmente atingidos. Ambas tinham história de abuso sexual por contactantes íntimos das crianças. O diagnóstico clínico foi feito pela presença de lesão satélite papulosa de localização anal, sendo que uma apresentava também lesões dermatológicas compa-

Tabela 4

Verrugas genitais nas crianças atendidas no Setor de DST/UFF de julho de 1988 a maio de 1996

Ano de atendimento	Idade (anos)	Sexo	localização da lesão	Resultado da biópsia	Tratamento	Comentários
1990	3	feminino	intróito vaginal	HPV	eletrocauterização	pai teve + Vagi. inesp + parasitose
1990	1 ano e 8 meses	masculino	perianal	HPV	eletrocauterização	Anemia + parasitose
1990	4	feminino	perianal	não fez	podofilina 25% e eletro-cauterização	-
1992	10	feminino	perianal	HPV	eletrocauterização	irmã e cunhado tinham
1994	9	feminino	perianal e joelho esquerdo	Verruga vulgar	eletrocauterização	-
1996	1 ano e 8 meses	masculino	perianal	Verruga vulgar	podofilina a 25%	-

Fonte: Dados dos protocolos tabulados pela autora, 1996.

cultura em meio de Thayer Martin. Não encontramos registro da forma de tratamento. Retornou apresentando melhora, para controle clínico e em busca do resultado dos complementares efetuados.

A candidíase vaginal foi observada em uma criança, com dez meses de idade que apresentou leucorréia branca tipo leite coalhado e prurido vaginal.

Havia relato de que a mãe da criança também apresentava vaginite por *candida* e que estava em tratamento no Setor de DST/UFF na mesma ocasião em que a criança foi observada. O diagnóstico foi feito pela presença hifas no conteúdo vaginal colhido por swab, pela coloração de Gram e confirmado por cultura em meio *sabourrand*. O tratamento prescrito foi de cuidados locais

Tabela 5

Características das crianças com história de abuso sexual atendidas no Setor de DST/UFF de julho de 1988 a maio 1996

Ano de atendimento	Idade em anos	Sexo	Patologia
1996	6	masculino	sífilis sem
1996	5	masculino	patologia sífilis
1996	3	feminino	gonorréia
1997	4	feminino	gonorréia

Fonte: Dados dos protocolos tabulados pela autora, 1996.

Foram realizados 50 exames complementares, com uma média aproximada de três exames para cada paciente.

tíveis com roseolas sífilíticas e adenomegalia inguinal. A família deste paciente referia a presença de lesões dermatológicas semelhantes no possível agressor. O diagnóstico laboratorial foi efetuado pela presença do *Treponema pallidum* no material das lesões em campo escuro e pela sorologia positiva (1:64 e 1:128), respectivamente. Para ambas foi prescrito tratamento com penicilina benzatinica por via intramuscular, na dose de 600.000UI para a primeira e de 1.200.000UI para a segunda, repetida sete dias após a primeira dose. Não encontramos registro relacionado ao exame dos possíveis agressores, apesar de registrado nos prontuários o pedido da comparação dos mesmos.

Em relação às associações de patologias, verificamos que apenas uma criança apresentou duas DSTs concomitantemente (HPV e Vulvovaginite inespecífica). A parasitose intestinal foi um achado em duas crianças com HPV e a infecção urinária em uma criança com Vulvovaginite inespecífica.

O abuso sexual foi registrado como possível forma de transmissão de DSTs em três das quatro crianças em que havia relato de abuso sexual, nomeadamente dois com sífilis e uma com gonorréia, conforme a Tabela 5. Em todos os casos o abuso sexual fora cometido por uma pessoa conhecida e íntima da família e da criança. Todas elas tiveram apoio psicológico no Setor.

Achamos interessante relatar que os dois primeiros casos apresentados na Tabela 5, eram pertinentes a irmãos que habitavam na mesma casa, havendo relato de abuso sexual pelo mesmo agressor, sendo que em um foi diagnosticado sífilis e o outro não apresentou qualquer alteração ao exame físico nem às sorologias de controle realizadas aos três, seis e doze meses após a primeira.

A favor da transmissão indireta de DSTs nas crianças estudadas havia a história da presença de lesões compatíveis com HPV em familiares íntimos de duas crianças com essa patologia, sendo que a mãe de uma criança que apresentou candidíase também estava em tratamento no Setor pela mesma patologia. Não havia relato de abuso sexual nessas situações.

Foram realizados 50 exames complementares, com uma média aproximada de três exames para cada paciente; o VDRL foi o exame mais realizado (9/22), mas com índice de negatividade de 77%. O exame histopatológico para confirmação de HPV foi o que apresentou maior índice de positividade (60%). Encontramos outros exames complementares, efetuados no Setor de DST/UFF, não específicos para DSTs, tais como dois hemogramas completos, três exames de urina em que apenas um apresentou sinais de infecção e dois exames parasitológicos de fezes, com identificação de ovos de *Ascaris Lumbricoides*.

Avaliando o retorno ao Setor, verificamos que das 22 crianças atendidas no ambulatório de DST/UFF, 12 pacientes retornaram ao Setor, totalizando 54,5%, sendo que, das 16 crianças que apresentavam uma DST, dez retornaram ao Setor (62,5%) para controle do tratamento e/ou em busca do resultado de exames complementares.

DISCUSSÃO

Existem relativamente poucos trabalhos na literatura pediátrica sobre a epidemiologia das DSTs na infância.

A maior parte dos trabalhos publicados, e aqui discutidos, estão relacionados às DSTs em crianças sexualmente abusadas, que constituem um grupo específico em que a epidemiologia destas doenças irá refletir a prevalência das DSTs no adulto nessa comunidade¹³.

A pesar de termos encontrado em nossa casuística uma criança com dez meses de idade com candidíase em que a provável forma de contaminação foi o contato direto com a mãe, pensamos ser possível afastar a hipótese da transmissão vertical destas doenças nessas crianças, concordando com Paradise¹⁴, que afirma que todas as DSTs adquiridas verticalmente se manifestarão clinicamente até aos 18 meses de vida.

A grande demanda ao Setor de pacientes oriundos do Município de São Gonçalo foi também constatada em estudo recente realizado no Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói, no Rio de Janeiro¹⁵, onde 42,5% da população atendida era proveniente de São Gonçalo. Tal fato pode ser explicado porque o Setor de DSTs da UFF é um centro de referência em DST/AIDS para o Município de Niterói e para a Secretaria de Estado de Saúde.

Também por esse motivo e porque no Setor de DST/UFF existe uma importante e permanente atenção ao processo de educação em saúde sexual dos pacientes direcionada à prevenção e ao reconhecimento das características clínicas das principais doenças de transmissão sexual. Motivo este que, acreditamos, ter influenciado os pais e/ou responsáveis na identificação desses sintomas na maioria das crianças, justificando assim a grande porcentagem de crianças observadas no ambulatório do Setor, com sintomatologia na região anogenital, que impunham observação clínica e laboratorial para investigação de uma DST.

A vulvovaginite é descrita como um problema comum em pediatria, sendo responsável pela maioria dos atendimentos em clínicas de ginecologia pediátrica^{7,13,16,17,18}, o que vai de encontro com os nossos achados. A vulvovaginite inespecífica foi a causa mais comum de vulvovaginite. Em 68% dos casos relatados¹⁹, este tipo de vaginite está relacionado a bactérias coliformes secundárias à contaminação fecal. A sua etiologia está também relacionada à penetração de corpos estranhos contaminados, introduzidos pela própria criança, à higiene precária e aos baixos níveis de estrogênio observados nesta faixa etária^{7,17,20}.

A gonorréia é uma das causas mais comuns de DSTs em adultos, estando frequentemente associada à atividade sexual. Na infância sua transmissão é também associada às más condições de higiene¹⁸, ao baixo nível sócio-econômico ou uso de roupas de dormir e a objetos contaminados^{16,18,21,22}. Os nossos resultados levam-nos a concordar com Branch & Paxton²³ e a afirmar que a ocorrência de gonorréia na infância é devida a contato sexual em 98% dos casos. No nosso estudo a ocorrência de pacientes com gonorréia foi rara, discordando dos achados de Henrique *et al.*¹⁸, que encontraram predomínio de gonococcus causando vulvovaginites específicas.

Uma vez que os fungos do gênero *Candida* têm predileção por um meio ambiente de alto teor de estrogênio, alguns autores^{6,16} consideram a candidíase rara na infân-

A gonorréia é uma das causas mais comuns de DSTs em adultos, estando freqüentemente associada à atividade sexual.

cia, contrastando com Moreira⁷, que a considera a mais freqüente das vulvovaginites específicas na criança, associando o aumento da vulvite por *Candida* à imunossupressão, ao uso indiscriminado de antibióticos de amplo espectro, ao *Diabetes mellitus* e ao uso aumentado de anticoncepcionais orais, relacionando a sua transmissão na criança ao contágio indireto com roupas íntimas e toalhas contaminadas. Pensamos ter sido esta última a forma de contaminação de nossa paciente. Experiências clínicas²³ indicam que o contato sexual é uma causa rara de vaginite por *Candida* na infância.

Em estudos epidemiológicos recentes têm-se verificado que a incidência do condiloma acuminado vem aumentando consideravelmente em relação às outras DSTs, tanto na população adulta quanto na pediátrica^{24,25}. O condiloma acuminado são freqüentemente causados pelo HPV 6 e 11, sendo freqüentemente transmitido por via sexual no adulto, mas na criança o modo de transmissão ainda é controverso²⁴. Além da transmissão sexual²⁶, estão também descritas a transmissão não sexual pelo canal do parto²⁷ e por contato íntimo indireto compartilhando camas, toalhas, banhos, etc^{24,25}. Parece-nos ter sido esta última a forma de transmissão em nossos pacientes, já que havia história de contactantes íntimos das crianças, com lesões compatíveis com HPV. Concordamos com Roussey²⁵, que observou não haver diferença significativa na distribuição do condiloma acuminado em relação ao sexo.

Na criança, a sífilis pode ser adquirida ou congênita. Para a sífilis adquirida, a maioria dos autores^{13,23,28} apontam a via sexual e, mais especificamente, o abuso sexual como sendo a causa responsável em 95% dos casos de sífilis na criança, coincidindo com os nossos achados. O abusador é usualmente alguém que a família e/ou a criança conheça. Na criança, a evidência clínica do cancro primário é infreqüente e as lesões cutâneas predominam, sendo a mais comum a presença do condiloma *latum* de localização perianal⁹, coincidindo com as apresentações clínicas dos nossos pequenos pacientes.

Está documentado o aumento da incidência de abuso sexual na infância nos últimos anos, independentemente do sexo e da idade^{21,23}. Estimativas da incidência de abuso sexual nos Estados Unidos mostram que nos últimos dez anos houve um aumento de 9% para 50% de casos, sendo 29% menores de seis anos de idade³⁰. No Brasil, o Serviço de Advocacia da Criança (SAC) estimou que, das 20.400 denúncias de maus tratos à criança, entre 1988, 1991 e 1992, 13% referiam-se a situações de abuso sexual infantil, com notável aumento nos últimos anos³¹. No nosso trabalho, encontramos também um aumento do número de crianças sexualmente abusadas nos últimos dois anos do período estudado, anos em que houve uma real investigação para o mesmo. É de consenso geral que o número de casos relatados seja maior, devido ao segredo e vergonha inerentes ao abuso sexual infantil, pelo que ficamos sem saber se não houve casos de abuso sexual ou investigação nos anos anteriores. Nos casos de abuso sexual infantil, apenas em 2% a 10% será identificado uma DSTs ao exame físico e/ou laboratorial¹³.

Apesar da baixa porcentagem dos nossos pacientes em relação à totalidade dos atendimentos no Setor durante os oito anos estudados, vimos que, na infância nem sempre

se consegue determinar com exatidão a forma de transmissão das doenças ditas sexualmente transmissíveis. A *American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect*³⁰ recomenda notificar todos os casos de DST em crianças,

incluindo *N. gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis vaginalis*, *Treponema pallidum*, condiloma acuminado, *Trichomonas vaginalis* e Herpes simples tipos 1 e 2.

Somos de opinião que o excelente ambiente de privacidade e confiabilidade proporcionada pela integração da equipe do Setor funcionam como motivação para que os usuários retornem para acompanhamento clínico, explicando assim a taxa de retorno de 62,4% encontrada no nosso estudo, semelhante à encontrada na análise epidemiológica dos pacientes atendidos no Setor de DSTs da UFF em 1995³¹.

CONCLUSÕES

- De junho de 1988 a maio de 1996, foi registrado no ambulatório do Setor de DSTs da UFF, atendimento a 22 pacientes da faixa etária dos zero aos dez anos.
- As doenças de transmissão sexual foram diagnosticadas em 77% desses pacientes.
- A vulvovaginite inespecífica foi a principal causa de atendimento em 40% dos casos.
- Não foi diagnosticado nenhum caso de HIV/AIDS no período estudado.
- Embora atualmente já exista no Setor de DST/UFF uma equipe atendendo de forma sistemática crianças e adolescentes, somos de opinião que maior atenção deva ser dispensada a esses pequenos pacientes, uma vez que graves seqüelas poderão marcar suas vidas.
- Considerando que encontramos relatos de abuso sexual infantil, somos de opinião que em toda a criança com queixas dos órgãos genitais deva ser pesquisada uma doença de transmissão sexual e, sendo esta confirmada, o abuso sexual deve ser sempre lembrado e investigado.

RESUMO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) na infância podem ser transmitidas por abuso sexual, contato acidental ou verticalmente. Para conhecer a freqüência, prevalência, modo de transmissão e fatores clínicos dessas infecções nos nossos pequenos pacientes, revisamos todos os prontuários das 22 crianças dos zero aos dez anos, atendidas no ambulatório do Setor de DST/UFF em Niterói, no Rio de Janeiro, entre julho de 1988 a maio de 1996. A idade média foi de cinco anos e três meses; 68% dos pacientes eram do sexo feminino. A secreção vaginal foi o motivo de atendimento em 36%, seguida da presença de verrugas anogenitais em 27,3%. As DSTs foram identificadas em 16 (77%) das 22 crianças, sendo, por ordem de freqüência, a vulvovaginite inespecífica com seis casos, HPV com quatro casos, sífilis com dois casos, gonorréia e candidíase com um caso cada uma. Não encontramos nenhuma criança com HIV/AIDS no período estudado. O abuso sexual foi apontado como possível forma de contágio na sífilis e gonorréia e o contato íntimo acidental com pessoas infectadas na Candidíase e no HPV. Considerando que encontramos relatos de abuso sexual infantil, somos de

O abuso sexual
foi apontado como
possível forma de
contágio na sífilis
e gonorréia.

opinião que em toda à criança com queixas dos órgãos genitais deva ser pesquisada uma doença de transmissão sexual e, sendo esta confirmada, o abuso sexual deve ser sempre lembrado e investigado.

Unitermos: Doenças Sexualmente Transmissíveis, infância, DST, criança

SUMMARY

Sexually Transmitted Diseases (STDs) in children may be transmitted by sexual abuse, by accidental contact, or perinatally. To determine frequency, prevalence, routes of the transmission, and clinical features of these infections in our patients we examine the records of all 22 patients between 0 and 10 years old, seen at Setor de DST/UFF - Niterói- RJ, over a seven year period (1988-1996). The age range was five years and three months and 68% were girls.

The majority (36%) of the children presented with genital discharge as the chief complaint, followed by genital and anal warts in 27,3%. Sexually Transmitted Diseases was identified in sixteen (77%) of the 22 children: six cases of inespecific vulvovaginitis, four cases of HPV, two cases of syphilis and one case of gonorrhoea and Candidiase. We didn't find any children with HIV/AIDS. Sexual contact, was the probably rout of transmission in children with syphilis and Gonorrhoea. Accidental contact with their infected parents occurred in patients with HPV and Candidiase. Since we found alleged sexual abuse in our study, we thing that, all children with genital and annal complaint, must be investigate one STDs and when they occur, sexual abuse must be rulled out.

Key words: Sexually Transmitted Diseases, childhood, STD and children.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BELDA JUNIOR, W. - Doenças Sexualmente Transmissíveis: Classificação. In: PASSOS, M.R.L. *DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 4.ed., Rio de Janeiro. Cultura Médica, 1995. 552 p. Cap 3, p. 18 - 21.
2. PEREIRA JUNIOR, A.C. & SERRYA, J. - Proposta de Classificação das Doenças Sexualmente Transmissíveis. *Anais Brasileiros de dermatologia*, São Paulo, v. 5, n.6, p. 56-137, 1981.
3. COSTA, N.F.P. - Prevenção das DST/AIDS em clínicas de planejamento familiar. In: PASSOS, M.R.L. - *DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 4. ed., Rio de Janeiro. Editora Cultura Médica, 1995. 552 p. Cap 42, p.478-487.
4. DUARTE, G. & CUNHA, S.P. - Doenças Sexualmente Transmissíveis. Sua Importância em Perinatologia. In: FILHO, N.A & CORRÊA, M.D. - *Manual de Perinatologia*. 2. ed., Rio de Janeiro. Editora MEDSI, 1995. 1117 p. Cap 17, p.200-211.
5. MURAM, D. - Ginecologia Pediátrica e do Adolescente. *Clínica Obstétrica e Ginecológicas da América do Norte*. Interlivros, Rio de Janeiro, v.1, p.215-229, 1992.
6. BRUNO, Z.V. - Doenças ditas Sexualmente Transmissíveis em Crianças e Adolescentes: Formas de contágio. *Ginecologia e Obstetria Atual*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 127-136, Julho/Agosto 1993.
7. MOREIRA, A.J. - Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: TOURINO, C.R., BASTOS, A.C. & MOREIRA, A.J. - *Ginecologia da Infância e Adolescência*. 2. ed., São Paulo, Fundo editorial BYK. Prociencx, 1980.
8. WISSON, S.L. - Sexually Transmitted Diseases and Forensic Procedures in Child Sexual Abuse. *Child Advogacy for the Clinician: An approach to child abuse and nealect*, USA, p.101-120, 1989.
9. The state of World Health. *World Health Report 1985 executive summary*. File:///c:/XSUM_E. HTM.
10. PASSOS, M.R.L & FONSECA, C.G. - Epidemiologia das DSTs, *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Niterói-RJ, v. 2, p. 37-41, Abril/Dez 1990.
11. VAUGHAN, V.C. & LITT, J.F. - Child and Adolescent Development Clinical Implications. Philadelphia, WB Saunders, 1990.
12. BEHRMAN, R.E. - O campo de Pediatria. In: NELSON - *Tratado de Pediatria*, 14. ed., Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A., 1994. v.1, p. 1-5.
13. BACON, J.L. - Pediatric Vulvovaginitis. *Adolescent Pediatric Gynecology*, n.2, p.86, 1989.
14. PARADISE, J.E. - The medical evaluation of the sexually abused child, *Pediatrics Clinics of North America*, USA, W.B. Saunders Company, August 1990. v.37, n. 4, p. 839-859.
15. De Onde Vêm os Pacientes. Momento UFF, Niterói - RJ, Abril 1996. n. 63, p. 1, c. 1.
16. ALBADE, A.C. et al. - Vulvovaginites na Infância: Proposta de uma Conduta Diagnóstica. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 65, p 180-183, Maio 1989.
17. GREYNADUS, D.E. & SHEARIN, R.B. - Diseases of Gynecologic and Genitourinary System. In: *Adolescent Sexuality and gynecology*, Philadelphia, Lea & Febiger, 1990.
18. HENRIQUES, C.A. et al. - Ambulatório de Ginecologia Infanto-puberal e da adolescência. 3. ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1986.
19. BERGSTEIN, J.M. - Problemas Ginecológicos da Infância. In: NELSON - *Tratado de Pediatria*, 14. ed., Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A., 1994. V2, p.1219-1222.
20. ZEIGUER, B.K. - *Ginecologia Infanto Juvenil*. 2. ed., Buenos Aires, Panamericana, 1987.
21. WHITE, T.S.L. et al. - Sexually Transmitted Diseases in Sexually Abused Children. *Pediatrics*, USA v.72, p.16-20, 1983.
22. CRISTHIAN, C.W. et al. - The Managemnt of Prepubertal Children with Gonorrhrea. *Clinical pediatrics*, p 415-418, Agosto 1995.
23. BRANCH, G. & PAXTON, R.A. - Study of Gonococcai Infetions among Infants and Children. *Public Health Reports*, USA, v 80, p 347-352, 1965.
24. BOYD, A.S. - Condyloma Acuminata in Pediatric Population. *American journal of Diseases Child*, USA, v. 114, p.817-824, 1990.
25. ROUSSEY, C. et al. - Condylomes Acuminés chez l'enfant. *Arch. Fr. Pediatrics*, v.45, n.6, p. 429-434, 1988.
26. SEIDEN, J. et al. - Condyloma Acuminata as a Sign of Sexual Abuse in Children. *Journal Pediatrics*, v. 95, p.553-554, 1979.
27. BENNET, R.S & POWELL, K.R. - Human Papillomaviruses: Associations between Laringeal Pappilomas and Genital Warts. *Pediatrics Infections Diseases Journal*, v.6, p.229-232, 1987.
28. GINSBURG, C.M. - Acquired Syphilis in Prepubertal Children. *Pediatric Infetions Diseases Journal*, v.2, n.3, p.232-234, May 1983.
29. LIPPI, J.R.S. - *Abuso e Negligência na infância: Prevenção e Direitos*. Rio de Janeiro, Editora Científica Nacional, 1990.
30. SEABRA, S.A & NASCIMENTO, H.M. - Abuso sexual na Infância. *Arquivos Brasileiros de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.72-82, 1997.
31. TIBÚRCIO, A.S. - Perfil Epidemiológico dos Pacientes atendidos no Setor de Doenças Sexualmente transmissíveis da Universidade Federal Fluminense em 1995. Niterói - Rio de Janeiro, 1997. p.67. Dissertação de Mestrado em Doenças Infeciosas e Parasitárias - Universidade Federal Fluminense.