



ARTIGO

## Sífilis adquirida na infância: estudo clínico, laboratorial e abuso sexual

### Acquired syphilis in childhood: clinical study, diagnosis laboratory and sexually abuse

ALTAMIRO VIANNA E VILHENA DE CARVALHO<sup>1</sup>, MAURO RL PASSOS<sup>2</sup>, LEDY HS OLIVEIRA<sup>3</sup>, VANIA GS LOPES<sup>4</sup>, GESMAR VH HERDY<sup>5</sup>, VANDIRA MS PINHEIRO<sup>6</sup>

#### RESUMO

Apesar do arsenal terapêutico e dos recursos diagnósticos, é inegável o aumento da incidência das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), aí incluída a sífilis, também entre crianças. Este trabalho determina a ocorrência da sífilis adquirida entre as crianças atendidas no Setor de DST/UFF entre 1987 e 1996; descreve os achados clínicos e laboratoriais destas crianças, investiga a ocorrência de abuso sexual e procura divulgar a importância do reconhecimento precoce e tratamento desta patologia. Para atingir os objetivos, é feita a revisão dos arquivos do Setor de DST/UFF, com descrição dos pacientes atendidos com esta patologia; fizemos revisão bibliográfica de 25 anos do *Index Medicus*, bem como através de bancos de dados da internet. Somente 3 pacientes foram atendidos neste período, tendo como sintomas mais frequentes o condiloma plano, seguindo-se as adenomegalias inguinais. A literatura relatou ainda o registro de cancro e os pacientes assintomáticos como frequentes. A sorologia positiva para sífilis e a suposição de abuso sexual foram observados na totalidade dos pacientes.

**Palavras-chave:** Doenças Sexualmente Transmissíveis, Sífilis adquirida na infância, abuso sexual na infância

#### ABSTRACT

Syphilis is one of the most frequent sexually transmitted diseases found in Brazilian population in spite of the new drugs and the modern diagnostic techniques. It is also known that children also are victims of these diseases. Sexually Abused Children attended at Sexually Transmitted Disease Sector in Universidade Federal Fluminense from 1987 to 1996 had their files reviewed, looking for those presenting acquired syphilis. Clinical and laboratory findings are described and compared with other authors findings, using *Index Medicus* review for the last 25 years, and internet data basis. We also alert health workers about the importance of diagnosis and treatment of this pathology. Only 3 patients were attended, and the most commonly found lesions were condylomata lata (100%) and regional lymphadenopathy. In reviewed bibliography, were also frequent presence of chancre and asymptomatic patients. We also presents importance of knowing legal implications in attending a sexually abused children and recommended procedures. Positive syphilis serology occurs and positive history for sexual abuse were present in all patients.

**Keywords:** Sexually Transmitted Disease, acquired Syphilis children, sexually abused children

#### 1. INTRODUÇÃO

É cada vez mais evidente que as crianças são, a todo momento, violadas em seus direitos legais determinados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Uma das formas mais comuns de violên-

<sup>1</sup> Mestre em DST, Setor de DST - UFF

<sup>2</sup> Prof. Dr. Adjunto, Chefe do Setor de DST / MIP / CMB / CCM - UFF

<sup>3</sup> Prof.<sup>a</sup> Dra. Adjunto Setor DST / MIP / CMB / CCM - UFF

<sup>4</sup> Prof.<sup>a</sup> Dra. Departamento Patologia Clínica HUAP - UFF

<sup>5</sup> Prof.<sup>a</sup> Dra. Titular de Pediatria UFF

<sup>6</sup> Prof.<sup>a</sup> Convidada - Programa de Pós Graduação em DST Setor DST / MIP / CMB / CCM - UFF

No município do Rio de Janeiro, em 1991 ocorreram 398 casos de abuso sexual em menores de 18 anos registrados em delegacia de polícia

cia contra a criança é o abuso sexual. O *National Center of Child Abuse and Neglect* (NCCAN) dos Estados Unidos da América (EUA) denuncia que 250.000 crianças e adolescentes são vitimados fisicamente por ano na América (Monteiro, Cabral e Morgado, 1995), sendo 100.000 por vitimização sexual (Veja, 1996). No município do Rio de Janeiro, em 1991 ocorreram 398 casos de abuso sexual em menores de 18 anos registrados em delegacia de polícia. Este número representa uma morbidade de 21,6 vítimas para cada 100.000 pessoas, chegando a 49,7 na área do Centro da cidade (Assis e Souza, 1995).

Os abusos sexuais na infância podem trazer uma série de conseqüências à criança, tanto a curto quanto a longo prazo. São encontradas a curto prazo: fraturas, queimaduras, traumatismos diversos, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e até mesmo a morte. A longo prazo, além dos danos físicos podem ser vistas profundas marcas psicológicas, como stress, fobias, distúrbios de sono, depressão, infelicidade, pânico, regressões, entre outros de difícil acompanhamento e tratamento (Deslandes, 1994). É reconhecido que o abuso sexual contribui para a pobre performance escolar, delinquência, prostituição, uso de drogas, disfunções sexuais, doenças mentais, suicídio e a própria transmissão deste comportamento abusivo para as gerações seguintes (Halperin, et al. 1996).

As doenças sexualmente transmissíveis embora possam se manifestar algumas vezes até anos após o abuso, como ocorre no caso da Síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), em que a sintomatologia pode demorar meses até se apresentar, trazem geralmente conseqüências a curto e médio prazo.

Uma das DST de grande prevalência no Brasil é a sífilis, que apresentou de 1987 a maio de 1995 a notificação de novos 120.433 casos, só tendo sua ocorrência superada pela das uretrites não gonocócicas neste período (Brasil, Ministério da Saúde, 1995). No Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense (UFF) Carvalho (1996) encontrou sífilis em 10% dos adolescentes (idade compreendida entre 10 e 19 anos segundo a Organização Mundial de Saúde) homens e 9% das adolescentes mulheres atendidas no ano de 1995.

A sífilis é adquirida através da infecção pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*. A infecção, conhecida desde tempos anteriores a era moderna, foi supostamente levada à Europa pelos navegadores espanhóis de regresso ao Velho Mundo (apud Passos, 1994). Sua transmissão é feita principalmente de três maneiras: através de relações sexuais com

parceiro infectado, através de transfusão de sangue contaminado e de forma congênita, a partir de mães infectadas.

A infecção congênita pela sífilis apresenta grande importância a nível de saúde pública devido a sua alta

morbidade e mortalidade, mas possui um quadro clínico característico e não é objetivo deste trabalho. A infecção adquirida através de transfusão contaminada é pouco freqüente em nosso meio devido aos controles feitos na qualidade do sangue, e também não será abordada.

Embora existam outras possíveis formas de transmissão para a criança, como através de beijos e do seu manuseio isto raramente é visto na prática clínica. A transmissão da sífilis requer contato íntimo de pele com pele e, embora não seja necessária a penetração vaginal, os treponemas não demonstram capacidade de penetrar em pele hígida, através da epiderme queratinizada (Rawstron, Bromberg e Hammerschlag, 1993). Embora seja uma doença considerada não muito comum por Rawstron, Bromberg e Hammerschlag (1993), e como "a mais rara das DST em crianças", por Sanfillipo e colaboradores (1996), a sífilis deve ser sempre rastreada por ser uma doença potencialmente grave e com 100% de cura desde que diagnosticada precocemente e tratada adequadamente. Justifica-se assim seu rastreamento universal nas crianças avaliadas para abuso sexual (White, et al., 1983; Ingram, et al., 1992; Lande, Richardson e White, 1992).

Exatamente por não ser uma doença freqüente entre crianças, mas devido a sua presença ser uma realidade, todo pediatra, dermatologista, ginecologista e especialista em doenças sexualmente transmissíveis deve ter conhecimento da existência e da clínica da sífilis adquirida na infância (SAI).

No Setor de DST da Universidade Federal Fluminense, no período de 1987 a 1996 foram atendidas três crianças, com sífilis adquirida após abuso sexual. Todas estas crianças apresentavam história de terem sido avaliadas por diversos serviços médicos, de diferentes especialidades, sem que fosse ao menos suspeitado o diagnóstico final. Desta forma comprova-se a importância da caracterização cuidadosa desta patologia em crianças, e da divulgação da mesma. Para isto empreendemos os esforços de caracterizar a doença através da descrição de nossos pacientes e de outros casos identificados após extensa revisão bibliográfica.

Os **objetivos** deste trabalho são:

- a) determinar a ocorrência de sífilis adquirida entre as crianças atendidas no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense (MIP/CMB/CCM);

- b) descrever os achados clínicos e laboratoriais encontrados nestas crianças, e investigar a ocorrência de abuso sexual;
- c) divulgar a importância do reconhecimento precoce e do tratamento desta patologia.

*O CT é por definição legal o órgão encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, que se encontram definidos no ECA*

tratamento prescrito, evolução. Outras DST associadas. A ausência da descrição do quadro clínico leva a exclusão do paciente da presente pesquisa.

3 - Relato de aquisição da doença sugestivo de abuso sexual

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo, casuístico, clínico e laboratorial a partir da revisão dos prontuários de 4444 pacientes atendidos no ambulatório do Setor de DST/UFF, entre janeiro de 1987 e dezembro de 1996, em busca das crianças portadoras de sífilis adquirida. Foi considerada criança, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, todo menor de 10 anos de idade.

Do total de 4444 pacientes atendidos no período, apenas 23 se adequaram na faixa etária pretendida, o que corresponde a 0,51%. Dentre estas crianças, 3 apresentaram sífilis adquirida na infância, correspondendo a 13% das crianças atendidas. Estes 3 pacientes foram identificados no período de 1995 e 1996. Dentre as 23 crianças, 5 apresentaram relato de abuso sexual, correspondendo a 21,7% das crianças atendidas. Todas as crianças com sífilis adquirida se enquadraram neste grupo. Houve 6 crianças atendidas com infecção por papilomavírus humano e não tiveram investigada a hipótese de abuso sexual, mesmo as que possuíam parentes em tratamento no setor para a mesma patologia.

Para comparar os nossos achados clínicos e laboratoriais a ocorrência de abuso sexual com os registros de diversos autores fizemos revisão bibliográfica utilizando o *Index Medicus*, nos últimos 25 anos e pesquisando em bibliotecas especializadas na área de saúde, no Rio de Janeiro e em Niterói. Visando atualizar o levantamento consultamos também através da internet, diversas redes de busca. Como forma de tentar aumentar nossa casuística fizemos uma revisão nos arquivos de notificação de doenças infecciosas da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Niterói e os arquivos do atendimento de Ginecologia Infantil do HUAP.

Os prontuários identificados foram revistos quanto aos seguintes aspectos:

- 1 - Dados pessoais: Nome, idade, data de nascimento, endereço, cor, residência. A ausência de três ou mais dados exclui o paciente desta pesquisa.
- 2 - História da doença atual: descrição do quadro clínico, tratamentos anteriores — se houve,

Consideramos neste trabalho a definição de abuso sexual o mais ampla possível, estando portanto de acordo com a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), segundo a qual abuso sexual ocorre toda vez que uma criança ou adolescente é usado para satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho.

## 3. REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1. Sífilis adquirida na infância

A sífilis é uma doença considerada sexualmente transmissível, sendo portanto infecto-contagiosa. É pandêmica, apresentando maior predominância nos países em desenvolvimento. Seu agente é uma espiroqueta, o *Treponema pallidum*, microrganismo frágil, afetado pela maioria dos detergentes e anti-sépticos. Possui como único hospedeiro o homem.

#### 3.1.1. Histórico

A palavra sífilis deriva do grego *Syphilus*, nome de um pastor protagonista de um poema do século XVI de autoria do médico Girolamo Francastoro, que descrevia a doença que acometia o seu personagem. Historicamente credita-se aos marinheiros de Colombo a introdução da doença na Europa, uma vez que após seu retorno da América apareceram diversos relatos de sífilis no Velho Continente (apud Passos, 1995).

A descoberta do agente etiológico, a espiroqueta *T. pallidum* só ocorreu em 1905, por Shaudin e Hoffman, sendo que o advento da prova sorológica, realizada a partir de anticorpos lipídicos no soro de indivíduos infectados se deu logo no ano seguinte, por Wasserman e colaboradores. O primeiro tratamento ativo surgiu em 1910, feito com um derivado arsenical conhecido como 606 ou Salvarsan, medicação eficaz mas com muitos efeitos colaterais e grande toxicidade. Apenas na década de 40, com a introdução da penicilinoterapia efetivou-se um tratamento eficaz e rápido, levando a um grande declínio na incidência da doença (Passos, 1995).

Entre as crianças, o reconhecimento da sífilis como entidade clínica é feito em 1497, a partir dos escri-

*Neste sentido a Sociedade Brasileira de Pediatria sugere que conhecimentos na área de Direitos da Criança sejam pré-requisitos para obtenção do Título de Especialista em Pediatria*

tos de Gaspar Torella (Rawstron, Bromberg e Hammerschlag, 1993), que descreveu a doença em lactentes. A doença tornou-se assim a primeira DST a ser descrita em crianças.

Atribuía-se às amas de leite a transmissão da que era conhecida como "doença francesa", e estas mulheres eram proibidas de trabalhar como amas para o resto de suas vidas (Paré, 1691 *apud* Lima e Venâncio, 1991). No Brasil, a mesma época, a doença era creditada às amas escravas, sempre consideradas responsáveis pelas doenças nos menores que amamentavam (*apud* Lima e Venâncio, 1991).

Paracelso atribuía a responsabilidade da sífilis das crianças aos pais, considerando a doença transmissível por herança (Paracelsus, 1894). Este pensamento persistiu até a descoberta do *Treponema* e a constatação de que o mesmo era muito grande para ser transportado pelo espermatozóide, concluindo daí que a infecção direta pelo pai não poderia ocorrer (Schaudinn e Hoffmann, 1905).

Houve também dificuldade na diferenciação entre a sífilis adquirida e a sífilis congênita, sendo ambas consideradas uma mesma patologia, em especial a sífilis congênita de apresentação tardia (Feer, *et al.*, 1928; Waugh, 1938; Smith, 1939). Nesta época, a hipótese de abuso sexual na infância não era questionada, existindo diversos outros mecanismos propostos. Hoje em dia sabe-se que toda a criança apresentando sífilis deve ser investigada para abuso, bem como toda criança vítima de tal situação deve ser submetida a investigação sorológica para a doença.

### 3.1.2. Epidemiologia

A sífilis adquirida na infância é quase sempre adquirida através do contato sexual com um adulto infectado, e sua epidemiologia é similar àquela encontrada em adultos, estando mais ligada às precárias condições socioeconômicas (Rawstron, Bromberg e Hammerschlag, 1993). Em relação ao sexo há um predomínio de dois casos do sexo feminino para um do sexo masculino (Ackerman, *et al.* 1972).

A incidência da SAI no município de Niterói, Rio de Janeiro nos anos de 1995 e 1996 foi de apenas um caso, descrito em um menino de 6 anos, entre os 328 casos notificados (Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, 1996). Em Bloemfontein, na África do Sul, em um estudo de avaliação de soroprevalência de sífilis feito por Coovadia e Karim (1994), em 397 crianças identificaram 14 casos suspeitos (3,6%), sendo que apenas um em criança com mais de 7 anos e com suspeita de abuso sexual, sendo os

demais casos de sífilis congênita.

Embora existam outras possíveis formas de transmissão, como através de sangue contaminado, através de amamentação, beijos e manuseio de lactentes isto raramente é visto

na prática clínica. A transmissão da sífilis requer contato íntimo de pele com pele, embora não seja necessária a penetração vaginal, e os *Treponemas* não demonstrem capacidade de penetrar em pele hígida, através da epiderme queratinizada (Rawstron, Bromberg e Hammerschlag, 1993). Considerado raro por Rawstron, Bromberg e Hammerschlag (1993), e como "a mais rara das DST em crianças", por Sanfillipo e colaboradores (1996), a sífilis deve ser sempre rastreada por ser uma doença potencialmente grave e com 100% de cura desde que diagnosticada precocemente e tratada adequadamente.

Sabe-se hoje então que a principal forma de transmissão da sífilis em crianças é através do abuso sexual (40). Nas primeiras décadas deste século, entretanto, eram dadas outras explicações para justificar tal patologia, como "o uso de chupetas, mameiras e caricias de pessoas enfermas". Também era feita confusão entre a sífilis congênita tardia e atribuía-se a transmissão ao leite materno contaminado. Na época, entretanto já se cogitavam os abusos sexuais, denominados então "atentados venéreos" (Feer, *et al.* 1928). Fournier (citado por Waugh, 1938), afirmava que "A criança pode adquirir sífilis, o que está longe de se consituir *une rarissime rareté*". Um dos motivos pelo qual havia confusão na identificação das lesões se dava pelo fato das lesões serem inicialmente diagnosticadas na boca, em especial no lábio inferior, sendo assim descritas "adenite com exantema, com lesões características de goma" (Feer, *et al.* 1928). Tais lesões não são características do cancro de inoculação e mostram que este passava despercebido na maioria dos casos e se atribuía a objetos pessoais do bebê a chance de transmissão, "especialmente se comprados de vendedores de rua" (Waugh, 1938). Sabe-se entretanto que o contato casual, mesmo com uma pessoa com lesões ativas de pele raramente resulta em infecção, pois para isso é necessário contato íntimo de pele com pele (Ackerman, *et al.* 1972).

Um quadro atípico de transmissão de sífilis é relatado por Arulenthnam (1978) que descreve o cancro primário na orelha de um lactente que era amamentado ao seio. Nesta posição a lesão infectante da mãe ficava diretamente em contato com o local onde desenvolveu-se o cancro.

A lesão pode ocorrer quando o bebê mama sobre feridas no seio da mãe, provocando o cancro primário

*A palavra sífilis deriva do grego Syphilus, nome de um pastor protagonista de um poema do século XVI de autoria do médico Girolamo Francastoro*

rio em cavidade oral, lábios e língua. Este mecanismo de transmissão já era conhecido em 1854, como relatam Lima e Venâncio (1991) em uma revisão antropológica sobre o abandono de crianças negras no Rio de Janeiro, sendo atribuídas principalmente a crianças amamentadas com amas-de-leite escravas.

É importante destacar também que o abuso sexual mesmo com contato genital muitas vezes não provoca achados clínicos aparentes, e o simples exame físico não afasta a hipótese do abuso (Carvalho, 1996). O ideal é que seja feita uma entrevista de revelação do menor, com profissional capacitado, material facilitador (pranchas anatômicas, bonecas) e em ambiente adequado (silencioso, privativo, acolhedor).

Outro fator de aumento de DST em crianças ao redor do mundo, inclusive a sífilis, é a crença de que uma doença venérea em um homem pode ser curada caso este mantenha intercurso sexual com um menor (Ackerman, *et al.*, 1972).

### 3.1.3 Quadro clínico

O quadro clínico da sífilis em crianças é reconhecido pela exuberância das lesões, que são descritas a seguir e tem sua cronologia apresentada no quadro 1.

A apresentação da sífilis adquirida na infância é a mesma que nos adultos, bem como seu diagnóstico. A sífilis normalmente inicia com uma ferida indolor no local de inoculação (cancro de inoculação), em média 21 dias após a exposição, que normalmente passa despercebida, sendo por vezes creditado o seu surgimento a má higiene da criança. Este cancro, chamado de cancro duro ou protossífiloma, normalmente está localizado na região genital, podendo ser ocasionalmente extra-genital. Cancros extra-genitais podem ocorrer devido a contatos não sexuais, mas é inadequado desconsiderar o abuso sexual como motivo da transmissão, mesmo que não haja relato de abuso por parte da criança. Os sítios mais comuns de lesões extra-genitais são os lábios, seguidos do ânus, língua, amígdalas, dedos e nádegas (Aloi, 1987). A lesão típica é normalmente nodular, ulcerada, com bordos bem definidos, fundo limpo, indolor e regride espontaneamente ao final de poucos meses. O diâmetro costuma ser no máximo de 1,5 a 2 mm (Ministério da Saúde, 1994). Ocasionalmente pode ocorrer infecção secundária com exsudato purulento de odor fétido que pode prejudicar o diagnóstico clínico.

Surgindo cerca de uma a duas semanas após o cancro, e peristindo junto com ele normalmente é

encontrada a presença de adenopatia satélite bilateral, volumosa e indolor. Esta associação é tão freqüente que classicamente se afirma que "a íngua acompanha o cancro como a sombra acompanha o homem".

Após cerca de dois meses da exposição, já na fase em que não mais é visualizado o cancro duro podem surgir novas lesões, sendo comum um rash cutâneo (roséolas sífilíticas) que atinge todo o corpo, inclusive palmas das mãos e plantas dos pés, onde são consideradas patognomônicas de sífilis. As lesões são papulares, simétricas, eritematosas ou hiperpigmentadas e não pruriginosas. As roséolas de região palmo-plantar são pouco infectantes devido a camada de queratina existente e a pequena quantidade de treponemas. Já as lesões de mucosa, devido a ausência da proteção de queratina se tornam mais infectantes. Nesta fase podem surgir lesões úmidas, maceradas, dolorosas, muito ricas em treponemas, localizadas em região periorifical, o condiloma plano sífilítico ou sífilide papulosa, uma das lesões mais freqüentemente encontradas em crianças, como veremos adiante. Estas lesões são bastante ricas em espiroquetas, sendo de grande utilidade a bacterioscopia pelo campo escuro para confirmação diagnóstica (Rawstron, Bromberg e Hammerschlag, 1993).

Por fim encontramos na fase tardia da doença, após 3 a 12 anos de evolução, lesões principalmente cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot) Ministério da Saúde, 1997. Não foram encontrados relatos desta fase em crianças.

**Quadro 1 - Cronologia das Lesões Sífilíticas**

<i>Sífilis Recente</i>	
0 dia .....	Contágio
21° ao 30° dia .....	Cancro Duro
40° dia .....	Adenopatia Satélite
50° dia .....	Sorologia Positiva
60° dia ao 6° mês .....	Roséolas e Sífilides
<i>Latência</i>	
2 a 3 anos .....	"Silêncio"
<i>Sífilis Tardia</i>	
Até o 30° ano .....	Lesões Tardias: cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot).

Fonte: Adaptado de Passos, 1994, p.92

Os trabalhos encontrados na revisão de literatura, com o número de pacientes estudados, bem como os sinais clínicos encontrados são apresentados respectivamente nas tabelas 1 e 2.

**Tabela 1** - Relatos de casos de sífilis adquirida na infância

Autor	Ano	Nº de Pacientes
Horowitz e Chadwick	1988	2
Ginsburg	1983	3
Ackerman, <i>et al.</i>	1972	3
Aloi	1987	1
White, <i>et al.</i>	1983	6
Lande, <i>et al.</i>	1992	1
Echols, <i>et al.</i>	1990	1
TOTAL		17

**Tabela 2** - sífilis adquirida na infância - sinais clínicos

Autor	C.Duro	Roséolas	Adenom.	A.Areata	C.Plano	Assintom.
Horowitz e Chadwick	1	0	0	0	2	0
Ginsburg	3	1	2	0	0	0
Ackerman, <i>et al.</i>	2	2	2	0	2	0
Aloi	1	0	1	0	0	0
White, <i>et al.</i>	1	0	0	0	0	5
Lande, <i>et al.</i>	0	0	0	0	0	1
Echols, <i>et al.</i>	0	1	1	1	0	0
Carvalho, <i>et al.</i>	1	1	2	0	3	0
TOTAL	9	5	8	1	7	6

### 3.1.4. Exames laboratoriais

Os testes sorológicos para sífilis são divididos em dois tipos: treponêmicos, como o FTA-Abs, que apresenta alta sensibilidade e alta especificidade, porém mais caros e menos acessíveis; e não treponêmicos, como o RPR e o VDRL, com alta sensibilidade e baixa especificidade.

A investigação inicial é feita através de RPR (Beck-Sague e Alexander, 1987; Cupoli e Sewell, 1988; Ingram, *et al.*, 1992, Lande, Richardson e White, 1992; Christian, Pinto-Martin e Mc Gowan, 1995) ou preferencialmente em nosso meio, pelo VDRL (White, *et al.*, 1983; ABRAPIA, 1992) exame mais barato, e mais acessível no Brasil. Em seguida, em crianças, devido as implicações que tal diagnóstico implica faz-se o FTA-Abs, se positivo o teste não treponêmico. O exame é feito a fim de garantir a confirmação por ser um exame de alta especificidade (Cupoli e Sewell, 1988; Ingram, *et al.*, 1992; Lande, Richardson e White, 1992).

Outro recurso usado é a microscopia em campo escuro, ou pesquisa do treponema após impregnação pela prata, para identificação da espiroqueta em lesões ulceradas ou maceradas, como o condiloma plano (Bastos, Ramos e Takiuti, 1976; Passos, Gouvêa e Almeida Filho, 1994).

A punção lombar é indicada em casos em que há dificuldade na diferenciação entre sífilis adqui-

rida e congênita, quando há sinais e/ou sintomas neurológicos ou tratamento planejado sem penicilina. A indicação também ocorre em casos soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana (CDC *apud*. Rawstron, Bromberg e Hamerschlag, 1993).

É importante ressaltar que nas crianças assintomáticas o exame sorológico deve ser refeito após 3 meses, que pode ser o tempo da janela imunológica, que corresponde a demora entre a infecção pela bactéria e a produção de anticorpos identificados nos exames laboratoriais (sorologia positiva) (Ingram, *et al.*, 1992).

### 3.1.5. Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial deve ser feito com condiloma acuminado, impetigo, trauma, herpes e cancro mole na fase do cancro. As roséolas devem ser distinguidas de viroses exantemáticas, farmacodermia, psoríase, pitiríase rósea e versicolor. O condiloma plano deve ser distinguido de lesão por HPV, donovanose e dermatofitose.

Nas regiões asiática e africana ocorre a presença endêmica de uma treponematose conhecida como pinta, também causada pelo *T. pallidum*, da sub-espécie *pertenue*. Embora não possa ser diferenciado sorologicamente ou microscopicamente da sífilis, apresenta epidemiologia e evolução clínica distintas. A transmissão é feita através de contato pele a pele em especial diante de áreas de continuidade e má higiene. São lesões ulceradas, com bordos definidos e enduredas, múltiplas, que se espalham por auto-inoculação e quando arranhas provocam exsudato hemorrágico (Engelkens, *et al* 1990).

Crianças menores de três anos com sífilis detectada através de sorologia positiva e assintomática, podem oferecer dificuldade de distinção deste quadro com o da sífilis congênita tardia. Nestes casos a revisão da anamnese com ênfase na história gestacional, sorologia treponêmica e história de abuso sexual podem auxiliar na elucidação da questão.

### 3.1.6. Tratamento

O tratamento convencional é feito com penicilina benzatina na dose de 50.000 UI/kg em dose única, intramuscular até a dose máxima de 1.200.000 UI. Repete-se o tratamento após uma semana, na sífilis recente (até um ano de infecção), e nas três semanas subsequentes na sífilis tardia (após mais de um ano de infecção) (Moreira, 1995). O Minis-

tério da Saúde (1997) recomenda o mesmo tratamento em dose única na sífilis recente primária (fase do cancro duro).

Convém alertar que crianças apresentando sorologia elevada no VDRL estão sujeitas a uma reação alérgica denominada Reação de Jarish-Herxheimer, que ocorre pela destruição dos treponemas, e pela liberação de seus resíduos no sangue, e não por alergia a penicilina. Esta reação caracteriza-se pela presença de cefaléia, calafrios, artralgia e mialgia, associados a hiperemia das lesões, que também se tornam mais edemaceadas. A fim de evitar sua ocorrência é feita aplicação de corticóide de ação lenta, como o acetato de betametasona, associado a fosfato dissódico de betametasona antes da aplicação (Passos, Almeida Filho e Gouvêa, 1994). A presença desta reação não determina a interrupção do tratamento e a não realização das doses subseqüentes.

Caso esteja contra-indicado o uso da penicilina na criança com sífilis, usa-se o esquema que se segue:

Pacientes com mais de 12 anos usam tetraciclina ou eritromicina na dose de 500 mg, quatro vezes ao dia, via oral por duas semanas na sífilis recente e quatro semanas para a tardia.

Pacientes com menos de 12 anos tem recomendada a utilização de esquema de dessensibilização, realizado em ambiente hospitalar (Rawstron, Bromberg e Hammerschlag, 1993).

Em casos de neurosífilis o tratamento deve ser feito com penicilina cristalina, utilizando-se de 200.000 a 300.000 Unidades Internacionais (UIs) por quilo de peso por dia, divididos em quatro ou seis tomadas durante 14 dias. A dose máxima não deve exceder 4.000.000 UI aplicadas de 4 em 4 horas.

O controle de cura deve ser feito após 3, 6 e 12 meses, esperando a negativação ou diminuição significativa da sorologia. Caso não ocorra diminuição da titulação do VDRL, ou haja aumento duas diluições acima do último título, justifica-se a realização de novo tratamento mesmo no paciente assintomático (Ministério da Saúde, 1997).

### 3.2. Abuso sexual na infância

A prática sexual entre adultos e crianças, apesar de existir bem antes da sociedade moderna, somente passou a ser considerado um fator de relevância a nível de saúde pública, sendo visto como um abuso contra a criança, apenas nas últimas décadas. Este fato ocorreu a ponto de chamar a atenção de profissionais de saúde e da população

*Convém alertar que crianças apresentando sorologia elevada no VDRL estão sujeitas a uma reação alérgica denominada Reação de Jarish-Herxheimer*

de uma maneira geral, como atesta o aumento da literatura especializada e leiga sobre o assunto em todo o mundo. Uma demonstração do grande interesse da sociedade por este problema se re-

flete na Passeata de Bruxelas, onde cerca de trezentas mil pessoas se reuniram na capital da Bélgica no dia 20 de outubro de 1996, para protestar contra a pedofilia e a exploração infantil.

Na área médica, o assunto também tem ganho a cada dia maior atenção, como demonstra a inclusão do tema "Abuso Sexual" no *Index Medicus*, — indexador dos principais periódicos médicos de todo o mundo, atualizado anualmente por assunto — que ocorreu em 1965, tendo o primeiro artigo sido publicado em 1973. O crescimento foi bastante evidente, de maneira que só no ano de 1987 foram listadas 113 referências (Bays e Chadwick, 1993).

Condutas e atitudes hoje conceituadas como abuso sexual, entretanto não o eram no passado, sendo inclusive valorizadas por alguns povos. Historicamente encontramos na Grécia clássica e em Roma a prática do coito anal entre professores e alunos com aprovação social. Na mesma Roma, haviam crianças escravas em prostibulos, usados para a satisfação sexual de adultos (Almeida, 1995). O imperador persa Artaxerxes, foi citado por Plutarco como tendo casado com sua própria filha, mantendo portanto uma relação vista aos olhos de hoje como abusiva e incestuosa. A mesma situação ocorreu com os faraós Amenhotep II e Akhenaten (Gregersen, 1983).

Gregersen (1983) em sua revisão antropológica das práticas sexuais em todo o mundo relata outras atitudes hoje consideradas relações abusivas pela nossa sociedade e que foram ou são consideradas normais em outras culturas. Os Cewa, na África acreditam que uma menina morre se não começar a copular antes da menarca (primeira menstruação), e tal ato é estimulado pelos pais nas brincadeiras de infância. No Oásis de Siwa, no Egito, é considerado tolerável o casamento entre adultos e meninos no início da adolescência, a fim de promover uma educação completa do menor. Entre os Murgnin da Oceania, uma tribo aborigene, após a menina menstruar ocorre sua defloração pelo seu futuro marido, através da penetração do seu dedo ou de um bumerangue especial na vagina. A defloração também ocorria entre os Kubeo da América do Sul, onde a menina aos oito anos era penetrada por um ancião impotente, que ia gradualmente alargando sua abertura vaginal com os dedos, até que conseguisse inserir três dedos, quando então estava garantido que a menina não sentiria dores nas relações sexuais e teria par-

*Nas primeiras décadas do século, concluía-se que, se a iniciativa havia partido da criança, não poderia haver abuso*

tos tranqüilos. Os meninos Sirinós, também da América do Sul, durante o período de aleitamento tem seu pênis acariciado pela mãe que, após ereto era esfregado em sua vulva para "acalmar a criança". Ao norte da Colômbia, os Kágaba iniciam jogos e práticas sexuais com crianças a partir dos cinco anos, sendo uma das sociedades com maiores padrões de pedofilia. Também é histórica a exploração sexual por parte dos pais, como ocorria no Japão antigo, onde os parentes eram a principal fonte de prostitutas para as "casas de chá", que as compravam a partir dos 10 anos de idade. Na Índia, há exploração sexual de crianças devido a prática de Devadasi, na qual as meninas são dedicadas a templos do deus Yellema, onde trabalham como concubinas dos sacerdotes. Na medida que crescem estas meninas são substituídas por outras (estima-se a entrada de cinco mil a dez mil novas crianças nos templos anualmente) e acabam invariavelmente na prostituição (Richens, 1994). Prática antiga entre os povos africanos, a circuncisão feminina é ainda hoje praticada em vinte e oito nações deste continente, por motivos alegadamente religiosos. A circuncisão é realizada de diversas formas, sendo que a mais agressiva delas retira além do clitóris os pequenos e os grandes lábios. O que sobra é então costurado, sem uso de anestésicos ou antissépticos. Estima-se que ainda hoje cerca de seis mil crianças sejam vítima desta forma de abuso (Leon, 1997).

Em nossa sociedade ocorreu uma mudança de interpretação quanto as práticas sexuais com crianças. Em 1937, Bender e Blau (*apud* Fahlberg, 1996) estudando crianças que mantinham relações com adultos concluíram que as crianças haviam iniciado as atividades sexuais ou tinham agido como sedutoras dos seus parceiros. Alguns anos depois, em 1942, Sloane e Karpinski (*apud* Fahlberg, 1996) em outro estudo concluem que as meninas concordavam com a atividade sexual com adultos, porque esta durava muito tempo, e estavam presentes "impulsos incestuosos". Duas décadas depois, em um estudo de Weiss e colaboradores (*apud* Fahlberg, 1996) com 73 meninas vítimas de abuso, o pensamento cotinuava semelhante, e concluiu-se que em nenhum caso a relação havia sido iniciada pelo indivíduo adulto.

Efetivamente o que tem mudado ao longo dos anos é a percepção dos profissionais que lidam com crianças acerca do fenômeno do abuso. Nas primeiras décadas do século, concluía-se que, se a iniciativa havia partido da criança, não poderia haver abuso. Hoje são diferentes as interpretações de tais comportamentos e atitudes.

### 3.3. O Médico e o abuso sexual

Hoje em dia a questão da violência de maneira geral e em especial do abuso sexual é uma questão que permeia a rotina do médico, que irá vivenciá-la em diversas situações:

- a) No consultório ou no ambulatório, durante a realização do exame de rotina da criança, ou quando há a consulta por outro motivo de saúde, o médico deve estar atento para sinais que denunciem possíveis maus-tratos;
- b) Na emergência, onde a criança pode chegar apresentando consequências mais sérias do abuso, e muitas vezes a família ou responsável dissimula o episódio.
- c) No consultório ou na emergência, quando a criança já apresenta a queixa do abuso como um fato concreto, e os pais trazem para avaliação e/ou tratamento. Neste último caso a criança já pode ter sido encaminhada por outro serviço médico, serviço social ou judicial. Mesmo assim, grande parte dos casos que chegam a rede de saúde não é identificado por diversos motivos, dentre os quais encontramos:

1) Falha na preparação dos profissionais — médicos ou não — que durante sua graduação e mesmo durante a pós-graduação abordam muito pouco a questão dos maus-tratos em seus cursos (Menezes, 1996).

Isto faz com que a formação dos profissionais seja feita através da imprensa leiga e de eventuais pacientes identificados no dia a dia de seus atendimentos. Este fato já ocorria na época de Kempe (1977), que afirmava: "...nós pediatras estamos insuficientemente atentos a freqüência do abuso sexual, que é, eu creio, tão comum quanto o abuso físico" e assim se mantém até hoje. Menezes e colaboradores (1996), relatam a partir de seu trabalho no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP) em 1992 e 1993, uma grande dificuldade no reconhecimento médico de lesões genitais traumáticas. Dentre os 45 pediatras do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) entrevistados por Marmo, Davoli e Ogido (1995), 46% relata que sua dificuldade maior em relação aos maus-tratos na infância está exatamente no diagnóstico. Os profissionais ouvidos relatam que o principal fator de importância no diagnóstico são os achados físicos, seguido por achados nos exames complementares e só em terceiro aparece aquele que é de fato o principal ponto para o diagnóstico de maus-tratos: a história da criança.



*Segundo Menezes e colaboradores (1996), "a simples suspeita de maus tratos implica medidas judiciais e atemoriza a todos os profissionais envolvidos"*

Assis e Souza (1995), trabalhando no município do Rio de Janeiro, afirmam que o profissional de saúde, em sua prática diária em ambulatórios e unidades de pronto atendimento muitas vezes não diagnóstica casos claros de violência contra a criança por não ter sido treinado para isso. Nos EUA (Woolf, 1988), em pesquisa feita entre os cirurgiões, 71% relatava treinamento com carga horária menor que 5 horas durante toda sua residência médica visando a identificação e acompanhamento de maus-tratos contra crianças. Entre pediatras e médicos de família (generalistas), o número de profissionais com menos de 5 horas de treinamento foi menor, sendo respectivamente 42% e 53%. Houveram também profissionais que não tiveram nenhum momento de discussão sobre maus tratos na infância, chegando a 5% entre cirurgiões e 4% entre pediatras.

A Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, no *Workshop* sobre maus-tratos contra a criança e o adolescente, (1996), apresenta como dificuldades no diagnóstico de maus-tratos, dentre estes os abusos sexuais, a falta de embasamento teórico dos profissionais, a sua dificuldade em detectar os sinais físicos sugestivos de violência. O *workshop* propõe como forma de amenizar o problema o treinamento dos profissionais de saúde nos aspectos éticos, médico-legais e psicossociais da questão, a inclusão da temática nos currículos de graduação e nas atividades desenvolvidas pelas Comissões de Educação em Saúde.

Os profissionais de saúde deveriam abordar as questões ligadas a maus-tratos na infância durante o curso de graduação e participar de programas continuados de reciclagem (Orr e Prieto, 1979). Só desta forma deixarão de existir crianças que tem sua queixa de abuso desconsiderada após um exame rápido e anamnese mal dirigida por um médico não familiarizado à problemática do abuso. Os próprios médicos devem estar conscientizados da necessidade de conhecerem melhor o assunto, como forma de evitar a sua continuidade. Neste sentido a Sociedade Brasileira de Pediatria sugere que conhecimentos na área de Direitos da Criança sejam pré-requisitos para obtenção do Título de Especialista em Pediatria (Reiniger, Robinson e Mc Hugh, 1996). Também já há uma proposta do Ministério da Saúde para a discussão da questão do abuso sexual nos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, além de reciclagem dos profissionais que atendem crianças (Chicrala, 1995).

- 2) Falhas implícitas no próprio sistema de saúde. O médico, preso a função de "médico da

emergência" pouco tempo tem para abordar a questão real do agravo da criança, permitindo seu ocultamento (Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, 1996).

- 3) Certos médicos preferem não acreditar no assunto, não aceitando que o problema exista (Santos, Palhares e Olivo, 1986; Cupoli, 1988; Dubowitz, 1990; Taroni, 1995; Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, 1996). Para o diagnóstico é essencial que o abuso seja encarado como algo possível (Kempe, 1962; AAP, 1991).
- 4) Questões éticas e morais. Alguns médicos preferem não abordar o que se trata de "problema de família". Outros não se encontram preparados para interrogar a respeito de um possível abuso sexual, outros por fim não querem se comprometer com o desdobramento do caso e suas implicações legais (Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, 1996). Segundo Menezes e colaboradores (1996), "a simples suspeita de maus tratos implica medidas judiciais e atemoriza a todos os profissionais envolvidos".

Devido ao seu relacionamento íntimo com as crianças, muitas vezes o médico está em posição de adquirir informações e dar um apoio que não será tão fácil para outros profissionais (AAP, 1991). Por este motivo o médico que atende crianças deve estar preparado para: a) Realizar exame físico minucioso, com avaliação das lesões e coleta de material (espécimes forensicos devem ser colhidos até 72 horas após o abuso); b) Reconhecer as alterações comportamentais indicadoras de abuso; c) Diagnosticar, efetuar tratamento curativo e profilático e interpretar as possíveis DST; d) Documentar todo o atendimento, o que, em certas ocasiões, pode se revestir de valor legal; e) Conhecer os órgãos competentes públicos ou privados da comunidade de moradia, sabendo para onde encaminhar a criança e sua família; f) Conhecer sua posição em uma equipe interdisciplinar. (AAP, 1988; Gutman, Herman-Giddens e Prose, 1991)

Há diferenças entre a comunicação do abuso em relação aos dias de hoje e a década de 70, quando surgiram os alertas em relação a gravidade deste tipo de violência. Embora saibamos que grande número de casos permanece escondido dentro do lar, cada dia mais crianças são trazidas para avaliação de um profissional de saúde, inclusive pré-escolares e lactentes, e com sintomas mais brandos do que no passado. Casos clássicos, com múltiplas fraturas, desnutrição severa e abuso sexual traumático representam a minoria das avaliações (Marshall, Puls e Davidson, 1988).

*No Brasil, a questão legal do abuso sexual é definida no Código Penal no seu Capítulo dos Crimes contra a Liberdade Sexual pelos artigos 213 e 214*

Em 1979, Orr e Prieto, um ano após o alerta de Kempe, relatavam que os residentes de pediatria documentavam mal os episódios de abuso sexual atendidos na emergência, e que seria necessário melhorar seu treinamento. Ainda segundo Orr, os ginecologistas que não tem prática em examinar crianças esperam o mesmo nível de cooperação dos adultos, e quando encontram resistência pelo menor isto pode resultar em um exame rápido ou incompleto. Por outro lado, afirma que os pediatras se sentem relutantes em realizar exames pélvicos nas crianças. Este despreparo ocorre no Brasil, e segundo a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) (1992), o profissional de saúde não está preparado para conduzir casos de maus-tratos contra crianças. A opinião de Santos, Palhares e Olivo (1986) é semelhante, afirmando que as crianças vítimas de abuso sexual muitas vezes tem o diagnóstico clínico equivocado, estando o profissional, muitas vezes, despreparado para exames mais específicos da genitália.

### 3.3.1. Definição de abuso sexual

O Abuso Sexual pode ser definido de diversas maneiras, sendo diversas as culturas, sociedades, profissões e valores de quem o define. Torna-se portanto muito importante uma definição de consenso, a fim de que pessoas de diferentes áreas preocupadas com o bem estar da criança possam se comunicar de maneira adequada (Haugaard e Repucci, 1988).

De uma maneira simples e abrangente, poderíamos definir o abuso sexual infantil como faz a ABRAPIA (1992):

*"Abuso sexual é a situação em que uma criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto, ou mesmo de um adolescente mais velho baseado em uma relação de poder incluindo desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, 'voyeurismo', pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência"*

Outra definição mais complexa é a da Associação Americana de Pediatria (AAP) (1991) que afirma:

*"O abuso sexual pode ser definido como a participação da criança em atividades sexuais que não compreende, para a qual está despreparada e não pode dar seu consentimento, e/ou que viola os tabus sociais e legais da sociedade. As atividades sexuais podem incluir todas as formas de contato oral-genital,*

*genital ou anal pela ou na criança, ou abusos sem contato, como exibicionismo, voyeurismo, ou pornografia. Abuso sexual inclui um espectro de atividades variando do estupro violento a gentil sedução."*

Pode-se notar que são diversas as situações contidas nesta definição, o que pode provocar o aparecimento de distorções em pesquisas realizadas. Isto ocorreria, por exemplo se fossem procurados achados genitais em crianças que tivessem sido expostas a pornografia, comparando com outra pesquisa em que todas as crianças foram vítimas de estupro. Todas foram vítimas de abuso, mais tais fenômenos não podem ser comparados, pois são fenômenos de graus diferentes. Mesmo assim, tanto os menos invasivos, como a exposição a pornografia, quanto os mais invasivos, como o estupro devem ser vistos como abusos, pois o agressor ultrapassa os limites aceitáveis pela sociedade. Temos então que tentar definir ao máximo o grupo que estamos trabalhando, as circunstâncias do abuso e o tipo de abuso sexual ocorrido. Quando esta definição não é clara vemos termos como abuso sexual, assalto sexual, estupro, atentado violento ao pudor, exploração sexual, prática sexual indevida, por exemplo serem usados como sinônimos vagos.

Algumas pessoas também aproveitam-se de estudos e, distorcendo os resultados de acordo com seus interesses pessoais apresentam outras definições para o que possa ser considerado como um abuso. Tal caso é o da *International Paedophilic Information Exchange*, da Inglaterra, que defende o engajamento sexual de crianças "capazes de consentir" (Almeida, 1995). Este conceito parece vir da afirmativa de que para definirmos o abuso sexual, deve haver o não consentimento da vítima (Haugaard e Repucci, 1988). O autor entretanto conclui afirmando que uma criança, conscientemente não pode aceitar a participação em um ato sexual com um adulto.

Deve estar bem claro também para o profissional lidando com abuso sexual a existência e as consequências envolvidas com o incesto.

*"Incesto é uma relação de caráter sexual entre um adulto e uma criança ou adolescente ou entre um adolescente e uma criança, ou entre adolescentes quando existe laço familiar, direto ou não, ou mesmo uma relação de responsabilidade"* (ABRAPIA, 1992).

Torna-se oportuna também a abordagem da definição legal do abuso, uma vez que é ela que vai definir o que é ou não permitido de fato. Destacamos inclusive, que um médico não deve firmar o diagnóstico de abuso sexual, sendo esta uma conclusão jurídica

*Entre as crianças,  
o reconhecimento da  
sífilis como entidade clínica  
é feito em 1497,  
a partir dos escritos  
de Gaspar Torella*

ca, opinião partilhada por vários autores (Enos, Conrat e Byer, 1986; Bays e Chadwick, 1993). Ao médico compete examinar, cuidar da criança quando diante de alguma patologia e dar seu parecer sobre possíveis alterações ao exame quando interpelado judicialmente. Deve ainda expressar sua opinião, devendo mesmo registrá-la, não procurando se eximir de suas responsabilidades como profissional da criança.

No Brasil, a questão legal do abuso sexual é definida no Código Penal no seu Capítulo dos Crimes contra a Liberdade Sexual pelos artigos 213 e 214. Segundo o artigo 213, toda vez que uma mulher é contrangida a cometer conjunção carnal (não é abordada a questão da idade), mediante violência ou grave ameaça, temos constituído um estupro. Outras situações (atos libidinosos) que não a conjunção carnal, bem como abusos contra homens se enquadram como Atentado Violento ao Pudor, desde que realizados mediante violência ou grave ameaça, como é definido no artigo 214. Destaca-se também que, de acordo com o artigo 224 toda vez que a vítima é menor de 14 anos, vemos presumida a violência. Logo, todo caso de relação sexual com penetração em uma menina menor de 14 anos será considerado estupro, bem como todas outras formas de abuso, com meninas ou meninos menores de catorze anos serão enquadradas como atentado violento ao pudor, sendo portanto passíveis de punição.

### 3.3.2. Documentação da suspeita de abuso sexual

Em todo caso de suspeita de abuso sexual a documentação deve ser detalhada e atualizada. O médico deve lembrar que os registros de prontuário além de auxiliar a memória e funcionar como referência futura funcionam também como documentos legais (Orr e Prieto, 1979).

No registro da história deve-se anotar quem foi o entrevistador, quem estava presente, que perguntas foram feitas a criança e suas respostas exatas, entre aspas. No exame físico não devem haver conclusões sobre os achados, e sim descrição dos mesmos. Desta forma, emprego de termos referindo-se a genitália feminina como "virginal" ou "intacta" são inadequados, sendo preferida a palavra "normal" na ausência de alterações (Paradise, 1990). Na descrição das lesões convém utilizar-se de termos técnicos, como ruptura himenal, escoriações e equimose, que devem vir preferencialmente acompanhados de fotografias ou ilustrações. Para obtenção de fotografias é importante a autorização por escrito dos

pais ou responsáveis. Na hipótese diagnóstica o médico deve dar sua impressão após juntar os dados colhidos na anamnese, com os achados do exame físico, sempre lembrando que não compete ao profis-

sional de saúde diagnosticar estupro ou qualquer crime, mas sim usar os termos de "suposto abuso" ou "sugestivo de estupro". Todos os exames e seus resultados devem ser transcritos no prontuário. Caso algum relatório seja solicitado, só deve ser realizado após autorização escrita do responsável ou por ordem judicial. Tomando estes cuidados o médico estará resguardando seu paciente e a si próprio.

Uma forma de facilitar o correto preenchimento dos dados é a utilização de formulários onde sejam incluídos todos os dados pertinentes a questão do abuso, como adotado no Setor de DST da UFF. Desta forma as informações relevantes terão que ser obrigatoriamente preenchidas pelo médico examinador. Socolar, Champion e Green (1996) levantaram dados a respeito do correto preenchimento de relatórios de abuso sexual por médicos americanos e concluíram que: os médicos que participam de programas de atualização documentam melhor; os dados que oferecem maior dificuldade no correto preenchimento são o local onde foi praticado o abuso, a data ou período de realização, a necessidade ou não de utilização de força. Entre os achados físicos o pior registrado foi a medida do intróito vaginal.

### 3.3.3. Conselho Tutelar (CT)

Após o diagnóstico do suposto abuso e tratadas as suas conseqüências físicas, o médico deve providenciar atendimento subsequente a criança.

O CT é por definição legal o órgão encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, que se encontram definidos no ECA. No artigo 245 deste Estatuto fica claro que todo o caso suspeito de maus-tratos contra o menor, aí incluídos os abusos sexuais, deve ser notificado ao Conselho Tutelar da área de moradia da vítima, e, em sua inexistência, ao Juizado de Menores do município da residência, sob pena de multa ao profissional de saúde ou educação que deixar de realizá-la.

No CT a criança deve ser ouvida, bem como seus acompanhantes, e a partir das informações coídas devem ser tomadas as providências necessárias a sua proteção. O CT deve se encarregar do acompanhamento social e psicológico dos menores vítimas de maus-tratos, que pode ser realizado no próprio Conselho ou em unidades de referência.

## 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense, no período de janeiro de 1987 a dezembro de 1996 foram registrados 3 casos de sífilis adquirida em crianças.

### 4.1. Relato dos casos

#### 4.1.1. Paciente 1

R.M.A.Q.; 3 anos, sexo feminino, parda, natural do Rio de Janeiro, moradora em Itaboraí. Prontuário número 3935, atendida em dezembro de 1995. A menor foi trazida por sua mãe, encaminhada pelo Serviço de Proctologia do Hospital Universitário Antônio Pedro. Vacinação completa para idade, nascida de parto normal após pré-natal sem intercorrências, tendo alta do hospital em 48 horas (sic), VDRL negativo ao nascimento.

**História Patológica Progressiva:** A mãe da paciente não refere nenhuma doença anterior.

**História da Doença Atual:** Mãe relata que 9 meses antes do atendimento procurou serviço de pediatria em um posto de saúde próximo ao seu domicílio, levando a menor com queixa de lesões na vulva e região perianal. Foi então encaminhada pelo pediatra a dermatologia. Após consultada foi iniciado tratamento tópico com permanganato de potássio em banho de assento, associado a creme contendo a associação de cetoconazol com dipropionato de betametasona, e foi solicitado um exame de urina (Elementos Anormais e Sedimentoscopia - EAS), que se apresentou sem alterações. A lesão foi atribuída a má higiene da região genital e perianal. Após cerca de 15 dias, com retorno ao médico acompanhante, as lesões da vulva haviam desaparecido, com manutenção das lesões perianais, o que foi considerado justificado pela história de constipação intestinal da paciente. Foi feita orientação no sentido de se manter o uso da medicação e que aumentasse a ingestão de alimentação laxativa, tal como mamão, ameixa e laranja com bagaço.

Como o problema evoluiu com piora, devido ao surgimento de sangramento, a mãe optou por procurar um serviço de ginecologia. Foi então recomendada a manutenção da medicação e a realização de exames laboratoriais com os seguintes resultados. Urina: novo EAS, sem alterações. Sangue: Hemácias: 4.180.000 mm<sup>3</sup>; Hemoglobina 12,1g/dl; Hematócrito 38%; Leucometria Global: 7450 mm<sup>3</sup> com: mielócitos - 0 / metamielócitos - 0 / bastões - 4 / seg-

*É importante ressaltar que nas crianças assintomáticas o exame sorológico deve ser feito após 3 meses, que pode ser o tempo da janela imunológica*

mentados - 41 / eosinófilos - 1 / basófilos - 0 / linfócitos - 50 / monócitos - 4; Contagem de Plaquetas - 334.000 mm<sup>3</sup>. Todos os exames se encontravam dentro dos limites normais para o sexo e faixa etária.

Foi prescrito então uma medicação homeopática, que corrigiu a prisão de ventre, sem contudo resolver a lesão perianal. Após cerca de 60 dias do tratamento, sem retorno da prisão de ventre, mas com manutenção da queixa inicial, a mãe procurou novo serviço pediátrico onde foi levantada a hipótese de condiloma acuminado, sendo encaminhada a outro hospital.

A mãe procurou vários serviços, não conseguindo atendimento, sendo por fim atendida no Serviço de proctologia do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP). Foi iniciado então tratamento com podofilina tópica que não levou a melhora após duas seções de cauterização. Foi então encaminhada ao Setor de DST/UFF.

Durante a avaliação clínica foi visualizado lesão vegetante perianal sugestiva de condiloma plano sífilítico (foto 1). A menor não apresentava adenomegalias nem outro sintoma clínico, estando sem outras alterações ao exame clínico. Foi solicitado VDRL, reator 1:128<sup>e</sup> HIV, não reator. Iniciou-se tratamento com penicilina benzatina 600.000 unidades internacionais (UI), Intramuscular (IM), repetidas após uma semana. O exame direto após impregnação pela prata foi negativo. Acreditamos que isto tenha ocorrido devido a manipulação da lesão, inclusive com aplicação anterior com podofilina e ao fato da mãe ter higienizado a criança antes de trazê-la a consulta. Na ocasião da segunda aplicação já apresentava melhora significativa do quadro, com resolução total em um mês. Novo VDRL realizado após 3 meses demonstrou declínio significativo dos títulos, e negatificação após 6 meses.

A menor possuía história de suposto abuso sexual por parte de um vizinho, contato declarado desde a primeira consulta médica. Foi feita orientação no sentido de levar o problema ao Juizado de Menores de Itaboraí (no município não havia Conselho Tutelar implantado até a data do atendimento) e feito encaminhamento ao Serviço de Neuropsiquiatria Infantil do HUAP.

#### 4.1.2. Paciente 2

J.S.C.N., 6 anos, sexo masculino, branco, natural de São Gonçalo, RJ, onde reside atualmente, estudante. Foi trazido ao Setor de DST/UFF por sua avó. Prontuário número 3996, atendido em dezembro de 1995. Vacinação completa para a idade; nascido de parto normal. Mãe realizou pré-natal, mas não há relato de VDRL ao nascimento.



Foto 1 - R.M.A.Q. - Condiloma plano

**História Patológica Progressa:** O menor apresentou episódios de pneumonia aos 3 anos e varicela aos 5 anos.

**História da Doença Atual:** Há cerca de 3 semanas antes da consulta apresentou quadro febril associado a cefaléia, que cessou com uso de dipirona supositório pediátrico. Após cerca de 3 dias iniciou lesão sugestiva de assadura na região perianal (sic), tendo ido ao posto de saúde, onde foi prescrito nistatina tópica, e foi orientado no sentido de melhorar a higiene na região genital e perianal. Com 3 dias de medicação surgiram manchas por todo corpo associado a adenomegalia na região inguinal. Credo tratar-se de alergia, a avó procurou então serviço de emergência onde foi prescrito anti-histaminico oral; sem melhora alguma.

Como a criança havia supostamente sofrido abuso sexual por parte de um primo de 19 anos que apresentava lesões semelhantes pelo corpo, foi recomendado por uma tia que procurasse o Setor de DST/UFF.

Ao exame apresentava lesões maculares, eritematosas, ovais, em troncos, palmas e cavidade oral, inclusive língua, configurando as roséolas sifilíticas. Havia na região perianal lesão de bordas mal

definidas, macerada, úmida, dolorida, típica de condiloma plano sifilítico. Adenomegalia inguinal bilateral acompanhava o quadro.

Foi solicitado VDRL, reator 1:64 e sorologia para HIV, não reatora.

O tratamento foi iniciado com penicilina benzatina 1.200.000 (UI), repetido em duas doses com intervalo de sete dias. Após a efetivação do tratamento houve melhora clínica e laboratorial, configurando cura.

Foi feito encaminhamento ao Setor de Neuropsiquiatria Infantil do HUAP, onde se encontra em acompanhamento, e ao Conselho Tutelar de São Gonçalo.

#### 4.1.3. Paciente 3

J.M.S., 5 anos, sexo feminino, parda, natural de São Gonçalo, RJ, onde reside atualmente, estudante. Foi trazida ao Setor de DST/UFF por sua mãe. Prontuário número 4852, atendida em agosto de 1996. Vacinação completa para a idade; nascido de parto normal. Mãe realizou pré-natal, mas não há relato de VDRL ao nascimento.

**História Patológica Progressa:** Mãe não relata nenhuma doença digna de nota.

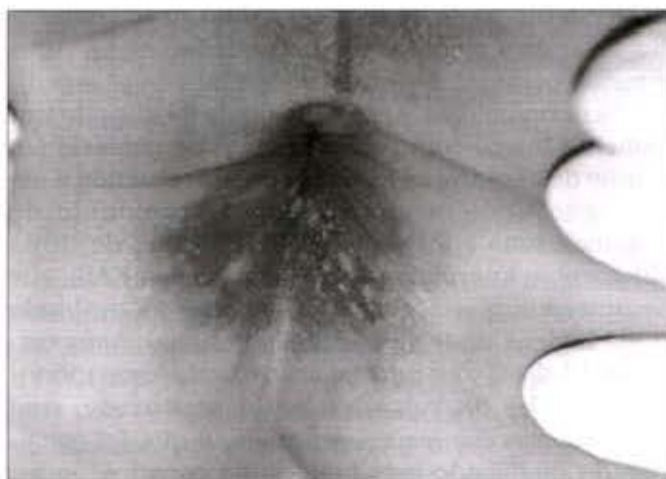


Foto 2 - J.S.C.N. - Condiloma plano

**História da Doença Atual:** Há cerca de 1 semana antes da consulta apresentou quadro com lesão próxima a vagina com ardência e discreto corrimento. Como a mãe é paciente do Setor DST/UFF, resolveu trazer a menor para consulta. Não havia feito uso de medicação até a consulta.

Ao exame apresentava na região vulvar lesão de bordas mal definidas, macerada, úmida, dolorida, típica de condiloma plano sifilítico. Adenomegalia inguinal bilateral acompanhava o quadro. O hímen se apresentava roto em 8 horas.



**Foto 3** - J.S.C.N. - Roséola em língua



**Foto 4** - J.S.C.N. - Adenomegalia inguinal

Foi solicitado VDRL, reator 1:64 e sorologia para HIV, não reatora.

O tratamento foi iniciado com penicilina benzatina 1.200.000 U, repetido em duas doses com intervalo de sete dias. Após a efetivação do tratamento houve melhora clínica e laboratorial, configurando cura.

Após entrevista de revelação realizada no Setor a menor relata ter mantidos contatos genitais com um primo de 15 anos, que, segundo ela ocorriam "há muito tempo" e "perto do quintal de casa". Foi feito encaminhamento ao Setor de Neuropsiquiatria Infantil do HUAP, e ao Conselho Tutelar do município de São Gonçalo.

A lesão mais frequentemente encontrada foi o condiloma plano, em 100% dos pacientes, seguido pela adenomegalia em 66% e as roséolas e o cancro duro em 33%. Como achados inespecíficos tivemos o relato de febre em um único paciente.

O exame realizado em todos os pacientes para diagnóstico de sífilis foi o VDRL, cuja positividade mostrou desnecessário a realização de outras investigações laboratoriais.

O tratamento com uso de penicilina benzatina foi eficaz nos 3 pacientes, com melhora clínica e laboratorial. Todos os pacientes tiveram suspeita de abuso sexual. Os casos foram portanto encaminhados ao Conselho Tutelar do município de moradia e, na sua inexistência, ao Juizado da Infância e Adolescência. Foi proposto também acompanhamento psicológico a todos os menores.



**Foto 5** - J.M.S. - Condiloma plano

Os prováveis abusadores destes menores foram todos convocados a comparecer ao Setor de DST/UFF afim de realizar investigação clínica e laboratorial.

O provável abusador da paciente 1 só compareceu após mais de 6 meses, a partir de um mandato emitido pelo Delegado de Itaboraí, e apresentava, no momento do exame, exame clínico negativo e VDRL não reator. O mesmo era dono da casa onde morava a família da paciente e promoveu o despejo da mesma.



**Foto 6** - J.M.S. - Condiloma plano.  
Observa-se ainda rutura himenal em 7-8 horas



**Foto 7** - Pesquisa direta de *Treponema pallidum*,  
evidenciando a espiroqueta

Tabela 3 - Achados clínicos da sífilis adquirida na infância nos Pacientes atendidos no Setor de DST-UFF-Niterói - RJ - 1996

Paciente	Cancro	Roséolas	Adenomegalia	Condiloma Plano
1	sim*	não	não	sim
2	não	sim	sim	sim
3	não	não	sim	sim
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

Fonte: Arquivo Médico Setor DST-UFF

\* O cancro embora descrito pela família não foi visualizado no atendimento.

O primo do paciente 2 foi expulso de casa pela família e mudou-se para Macaé (sic), onde servia ao exército na época do retorno do paciente.

O provável abusador da paciente 3, foi "perdoado" pela família, contanto que não se aproximasse mais das crianças (sic).

A falta de acompanhamento psicológico destes abusadores é preocupante, pois o risco de repetição de tais atos com outras crianças é real.

## 5. DISCUSSÃO

A literatura registra 17 casos de sífilis adquirida na infância. A maior casuística foi registrada por White, *et al* em 1983 que apresentou 6 pacientes. Ginsburg em 1983 e Ackerman, *et al* em 1972 relataram 3 casos cada, e Aloï (1987), Echols, *et al* (1990) e Lande, *et al* (1992) apenas um. Nossa pesquisa apresentou a ocorrência de 3 casos.

Ainda que três destes autores tenham verificado a concomitância com outras DST, nós não encontramos nenhuma patologia associada aos nossos casos de sífilis adquirida.

Em relação aos achados clínicos o cancro duro e o condiloma plano foram os mais freqüentes, seguindo-se a adenomegalia e roséolas (tabela 3). Em nossa pesquisa, o condiloma plano foi um sinal clínico constante. Nosso único paciente a apresentar o cancro duro, não teve o mesmo visualizado, sendo considerado apenas pelo relato da lesão por parte da mãe da menor.

O segundo achado mais relatado foi a presença de roséolas sífilíticas, descrito em 29% dos pacientes. Apenas um (33%) dos pacientes que relatamos apresentavam esta lesão.

Foram descritos ainda 23,5% dos pacientes com adenomegalia inguinal e com condiloma plano. Estes achados também foram encontrados entre nossos pacientes, sendo vistos em 66% e 100%, respectivamente.

Echols, *et al* (1990) registra em um de seus pacientes a alopecia areata, não observada em nenhum de nossos pacientes.

No Setor de DST-UFF todas as crianças atendidas com DST recebem indicação para realizar sorologia para sífilis. Nos pacientes estudados o VDRL foi positivo na totalidade dos casos.

White, *et al* (1983) e Lande, *et al* (1992) relatam um total de seis casos de sífilis, confirmados laboratorialmente em crianças vítimas de abuso sexual em que não foi encontrado nenhum achado clínico (35% dos pacientes), o que mostra a importância de avaliar toda criança suspeita de estar sendo vitimizada. No Setor de DST-UFF toda criança investigada após abuso sexual ou portadora de qualquer

*A sorologia positiva para sífilis assim como a suposição de abuso sexual foi observada na totalidade dos pacientes*

DST recebe a indicação de realização da sorologia para sífilis. Mesmo assim, desde sua fundação, nenhum caso foi relatado, entre as 22 crianças estudadas.

O diagnóstico diferencial da doença é sempre necessário. Dois dos pacientes anteriormente a consulta no Setor de DST/UFF tiveram levantadas uma série de suspeitas, embora não tenha sido pensado na hipótese da sífilis. As dificuldades dos profissionais que atenderam anteriormente estes pacientes, na conclusão diagnóstica foram relacionados a hipótese de má higiene infantil e a possibilidade de dermatofitose (dois pacientes), tendo havido suspeita também de "alergia a supositório de dipirona", infecção de trato urinário, condiloma acuminado e fissuras devido a constipação intestinal.

Embora pouco freqüente, havendo poucos relatos na literatura, a sífilis adquirida na infância deve ser considerada uma realidade. Torna-se importante sua investigação diante de toda criança com história ou suspeita de abuso sexual, bem como diante de lesões em cavidade oral, região genital e perianal.

Todo médico que atende crianças, seja ele pediatra, ginecologista ou mesmo generalista deve ter em mente a sintomatologia clínica da sífilis adquirida, lembrando que os principais achados diagnósticos descritos na criança são o condiloma plano e o relato de cancro (normalmente não encontrado ao exame físico), a adenomegalia inguinal e as roséolas. Achado menos comum é a presença de alopecia areata. Convém destacar também que muitas vezes a sífilis pode se apresentar em seu período de latência, sem nenhuma sintomatologia clínica, devendo ser mesmo assim um diagnóstico a ser investigado. Além da clínica clássica, é importante o médico conhecer o tratamento empregado para sífilis, utilizando a penicilina benzatina; saber quando solicitar a sorologia para sífilis, e como efetuar o controle de cura, que deve ser realizado após três, seis e doze meses do tratamento.

Entendemos ainda que a sífilis adquirida não é doença comumente diagnosticada em nosso meio embora certamente exista subdiagnóstico clínico. Mesmo assim, por tratar-se de doença de fácil tratamento após estabelecido o seu diagnóstico, pela possível gravidade de suas complicações e seqüelas e devido a sua epidemiologia estar ligada a violência contra o menor é de grande valor o seu conhecimento por parte de todos aqueles que lidam com as crianças. A doença é pouco freqüente na criança, mas de maneira alguma deve passar despercebida por nós, como ocorreu no relato de nosso primeiro paciente. Todos devem ter em mente uma frase popular antiga do Professor Eduardo Rabelo: "... qual-

quer lesão genital tem pelo menos 90% chance de ser sífilis, precisamos pensar sifiliticamente". Embora hoje em dia a incidência de sífilis tenha diminuído significativamente, não se pode postegar um

diagnóstico como nós relatamos.

O trabalho, apresenta, portanto relevância por despertar a atenção para um problema certamente subdiagnosticado e capaz de trazer graves seqüelas tanto do ponto de vista físico quanto psíquico. O trabalho também torna-se oportuno ao fazer uma revisão de diversos aspectos ligados ao tema, como a questão legal do abuso e do papel do médico diante dele, assunto hoje em dia tão em evidência a partir da implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente, e mesmo assim ignorado mesmo por pediatras.

## 6. CONCLUSÕES

A ocorrência de sífilis adquirida na infância no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense no período de 1987 a 1996, foi restrito a três casos.

Dos sinais clínicos o condiloma plano foi o mais freqüente, seguindo-se as adenomegalias inguinais. A literatura relata além destes o registro do cancro e os pacientes assintomáticos.

A sorologia positiva para sífilis assim como a suposição de abuso sexual foi observada na totalidade dos pacientes.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A CARÍCIA que Destroi a Inocência. *Veja.*, São Paulo, 31 jan. 1996, v.29, n.5., p.76-82.
- ACKERMAN, Bernard; GOLDFADEN, Gary; COSMIDES, James C. Acquired Syphilis in Early Childhood. *Archives of Dermatology*, v. 106, n.7, p.92-3, jul., 1972.
- ALMEIDA, José A. M. Agressão Sexual em Crianças e Adolescentes. *Jornal do CFM*, Brasília, set., 1995.
- ALOI, Filipo. Lip Syphilitic Chancre in a Child. *Pediatric Dermatology*, v.4, p.63, jan., 1987.
- ARUNELANTHAM, T. A Case of Asexually Transmitted Syphilis in a Child. *Ceylon Medical Journal*, v.23, p.136-8, 1978.
- ASSIS, Simone G.; SOUZA, Edmilsa R. Morbidade por Violência em Crianças e Adolescentes do Município do Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.71, n.6, p.303-312, nov. 1995.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PEDIATRIA. Comitê on Adolescence. Rape and Adolescent. *Pediatrics*, v. 81, n.4., p. 595-597, abr., 1988.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PEDIATRIA. Comitê on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children. *Pediatrics*, v. 87, n.2., p. 254-260, fev., 1991.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - ABRAPIA. *Maus-tratos Contra Crianças e Adolescentes: Proteção e Prevenção: Guia de Orientação para Profissionais de Saúde*. Petrópolis: Autores & Agentes Associados, 1992. 32 p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - ABRAPIA. *Projeto Projicall - I Curso Introdutório à Prevenção da Violência Doméstica* Rio de Janeiro, 1992. 27 p. Apostila.
- BAYS, Jan; CHADWICK, David. Medical Diagnosis of The Sexually Abused Child. *Child Abuse & Neglect*, v.17, p. 91-110, 1993.
- BASTOS, Álvaro C.; RAMOS, Laudelino O.; TAKIUTI, Albertina D. *Ginecologia Infanto-Puberal*. São Paulo: Manole. 1976. 140 p.
- BECK-SAGUE, Consuelo; ALEXANDER, Russel. Sexually Transmitted Diseases in Children and Adolescents. *Infectious Disease Clinics of North America*. Philadelphia, v.1, n.1, p.277-304, mar. 1987.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 3 de janeiro, 1941.



- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Imprensa Nacional, 1991. 112 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Condutas Clínicas em Aids**. Criança. Brasília: 1994. 52 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o Diagnóstico e Tratamento das Principais Dermatoses da Infância de Interesse Sanitário**. Brasília: 1994. 62 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: 1997. 54 p.
- CARVALHO, Altamiro V. V. Sífilis Adquirida na Infância. In: CONGRESSO DST IN RIO, 1996, Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis - Anais do Congresso DST in Rio ...** Niterói: v.8, n.3, p.50, set, 1996.
- CARVALHO, Altamiro V. V.; PASSOS, Mauro R. L.; CARVALHO, Rodrigo, V. V. Sífilis Adquirida na Infância. Relato de Caso. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis** Niterói: v.8, n.2, p.47-8, jun. 1996.
- CHICRALA, M. A. **Atendimento Ambulatorial em Ginecologia Infantil e de Adolescentes**: Contribuição da Prática para o Planejamento. Rio de Janeiro, 1995. 62p. Tese (Mestrado em Medicina) - Instituto de Ginecologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- CHRISTIAN, Cindy W.; PINTO-MARTIN, Jennifer A.; MCGOWAN, Karin L. The Management of Prepubertal Children With Gonorrhoea. **Clinical Pediatrics**, v.34, n.8, p.415-418, ago., 1995.
- COOVADIA, Yacoub M.; KARIM, Salim S. A. A Community-based Seroprevalence Survey of Syphilis in Black Children. **Genitourinary Medicine**, v. 66, n.2, p. 124, 1990.
- CUPOLI, Jean M.; SEWELL, Pamela, M. One Thousand Fifty-nine Children with a Chief Complaint of Sexual Abuse. **Child Abuse & Neglect**, v.12, p.151-162., 1988.
- De JONG, Allan, R. Sexually Transmitted Diseases in Sexually Abused Children. **Sexually Transmitted Diseases**. Londres, v.13, n.3, jul./set., p. 123-126, 1986.
- DESLANDES, Sueli, F. **Prevenir a Violência. Um Desafio para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 42 p.
- DUBOWITZ, Howard. Papel do Pediatra na Prevenção de Maus-tratos à Criança. **Clínicas Pediátricas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v.4, p.1073-1087, abr. 1990.
- ECHOLS, Sandra K.; SHUPP, David L.; SCHROETER, Arnold L. Acquired Secondary Syphilis in a Child. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 22, n.2, part 1, p.313-4, fev. 1990.
- ENGELKENS, Herman J. H.; et al. Disseminated Early Yaws: report of a Child with a Remarkable Genital Lesion Mimicking Venereal Syphilis. **Pediatric Dermatology**, v.7, n.1, p.60-2, mar. 1990.
- ENOS, William F.; CONRATH, Theodore B.; BYER, James, C. Forensic Evaluation of the Sexually Abused Child. **Pediatrics**, v.78, n.3, p.385-398, set., 1986.
- ESTREICH, S.; FORSTER, G. E. Sexually Transmitted Diseases in Children: Introduction. **Genitourinary Medicine**, v.68, jan., 2-8, 1992/4.
- FAHLBERG, Victoria. Histórico do Abuso Sexual. Documento distribuído no **Curso de Especialização em Atendimento à Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica** - PUC-RJ, 1996 [xerox]
- FEER, E. et al. **Tratado de Enfermidades de los Niños**. Barcelona: Manuel Martín Editora, 1928. 3 ed. p. 254.
- GREGersen, Edgar. **Práticas Sexuais: A História da Sexualidade Humana**. São Paulo: Roca, 1983. 326 p.
- GINSBURG C. Acquired Syphilis in Prepubertal Children. **Pediatric Infectious Disease**, v.2, p.232-4, 1983.
- HALPERIN, Daniel S. et al. Prevalence of Child Sexual Abuse Among Adolescents in Geneva: Results of a Cross Sectional Survey. **British Medical Journal**. Londres, v.312, p.1326-1329, mai., 1996.
- HAUGAARD, J. J.; REPUCCI, N. D. **The Sexual Abuse of Children**. Londres: Jossey-Bass, 1988.
- HOROWITZ, Susan; CHADWICK, David L. Syphilis as a Sole Indicator of Sexual Abuse: Two Cases with no Intervention. **Child Abuse and Neglect**, v.14, p.129-132, 1990.
- INGRAM, David, L. et al. Epidemiology of Adult Sexually Transmitted Disease Agents in Children Being Evaluated for Sexual Abuse. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v.11, n.11, nov., 945-950. 1992.
- KEMPE, Henry C. Sexual Abuse, Another hidden Pediatric Problem: The 1977 C. Anderson Aldrich Lecture. **Pediatrics**, v. 62, n.3, p.382-389, set., 1978.
- KEMPE, Henry C; et al. The Battered-Child Syndrome. **Journal of American Medical Association**, v. 181, n.1, p.105-112, jul., 1962.
- LANDE, Marc B.; RICHARDSON, Amy C.; WHITE, Kathleen C. The Role of Syphilis Serology in The Evaluation of Suspected Sexual Abuse. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v.11, n.2, p.125-127, fev. 1992.
- LEON, Flávia. Uma Cerimônia de Dor e Sangue. Modelo Somaliana Conta sua Experiência e Ressuscita Campanha Contra a Mutilação Genital. **O Globo**, Rio de Janeiro, 2 mar. 1997. O Mundo, p. 56, c. 1, 2, 3, 4.
- LIMA, Lana L. G.; VENÂNCIO, Renato P. O Abandono das Crianças Negras no Rio de Janeiro. In: Del Priore, M. **História da Criança no Brasil**. Contexto. São Paulo, 1991. p.61-75.
- MARSHALL Jr., William. N.; PULS, Terry; DAVIDSON, Carol. New Child Abuse Spectrum in an Era of Increased Awareness. **American Journal of Disease in Children**, v.142, n.6, p.664-667, jun., 1988.
- MENEZES, Marina G. P.; et al. A Criança Vítima de Maus Tratos Atendida em Serviços de Emergência. **Pediatria São Paulo**, São Paulo, v.18, n.2, p.75-81, 1996.
- MONTEIRO, Maria da C. N.; CABRAL, Maria, A.A.; MORGADO, Anastácio F. Violência Contra Crianças e Adolescentes: uma Revisão Bibliográfica. **Arquivos Brasileiros de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 2; n.6, 153-156, nov., 1995.
- MOREIRA, Avani J. Doenças Sexualmente Transmissíveis na Infância e Adolescência. In: PASSOS, M. R. . **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Cultura Médica. 1985. 4ª ed. 560 p.
- ORR, Donald, P.; PRIETTO, Susan, V. Emergency Management of Sexually Abused Children. **American Journal of Disease in Children**, v.133, p.628-631, jun., 1979.
- PARACELUSUS. **The Hermetical and Alchemical Writings of Aureolus Philippus Theophrastus Bombast of Hoheenheim, Called Paracelsus the Great**. Londres. 1894.
- PARADISE, Jan E. Avaliação Médica de Crianças Vítimas de Abuso Sexual. **Clínicas Pediátricas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v.4, p.911-936, abr. 1990.
- PARE, A. **The Works**. T Johnson (trans.) Londres: J Hindmarsh, 1691.
- PASSOS, Mauro R. L. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994. 552 p.
- PASSOS, Mauro R. L.; GOUVEÁ, Tegnus, V. D.; ALMEIDA FILHO, Gutemberg L. Sífilis II. In: **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994. p.86-120.
- PREFEITURA DA CIDADE DE NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Vigilância Epidemiológica. **Dados de Arquivo** - Sífilis Adquirida Notificados em Niterói - 1994-96.
- PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Workshop Sobre Maus-tratos Contra a Criança e Adolescente**. Rio de Janeiro: Imprensa da Cidade, 1996. 6 p.
- RAWSTRON, Sarah A.; BROMBERG, Kenneth; HAMMERSCHLAG, Margaret R. STD in Children: Syphilis and Gonorrhoea. **Genitourinary Medicine**, v.69, p.66-75, 1993.
- REINIGER, Anne; ROBINSON, Ester; MCHUGH, Margareth. Treinamento Obrigatório de Profissionais: Um Modo para Melhorar a Notificação de Crianças Vitimizadas. **Correios da SBP**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.4-7, jan./fev., 1996.
- RICHENS, J. Sexually Transmitted Diseases in Children in developing countries. **Genitourinary Medicine**, v.70, p.278-283, 1994.
- SANFILLIPO, Joseph, et al. **Ginecologia Pediátrica e da Adolescente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 482 p.
- SANTOS, Hélio O.; PALHARES, Fortunato, A. B.; OLIVO, Lucenilda. Maus-tratos na Infância. Uma Proposta de Atuação Multidisciplinar a Nível Regional. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.21, n.1, p.29-37, jan. 1986.
- SCHAUDINN, F. R.; HOFFMANN, E. Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochaeten in syphilitischen krakheitsprodukten und bei Papillomen. **Arbeiten aus den kaiserlichen Gesundheitsamte**, v.22, p.527, 1905.
- SMITH, F. R. Acquired Syphilis in Children. **American Journal of Syphilis and Venereal Diseases**, v.23, p.165-185, 1939.
- SOCOLAR, Rebecca R. S.; CHAMPION, Michael; GREEN, Cynthia. Physicians Documentation of Sexual Abuse of Children. **Archives of Pediatric and Adolescent Medicine**, v.150, n.2, p.191-196, fev. 1996.
- TARONI, F. The Role of The Gynaecologist in The Diagnosis and Management of Child Sexual Abuse. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. Londres, v.102, n.1, p.82-83, jan. 1995.
- WAUGH, J. R. Acquired Syphilis on Infancy and Childhood. **American Journal of Syphilis, Gonorrhoea and Venereal Diseases**, Saint Louis, v. 22, n.5., p.607-622, sep., 1938.
- WHITE, Susanne T.; et al. Sexually Transmitted Diseases in Sexually Abused Children. **Pediatrics**, v.72, n.1, p.16-20, jul., 1983.
- WOOLF, Alan; et al. What Residents Know About Sexual Abuse. Implications of a survey of knowledge and attitudes. **American Journal of Disease in Children**, v.142, jun., 668-672, 1988.
- 8 - BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 jun. 1941.

## Endereço para correspondência:

**Altamiro VV Carvalho / Mauro RL Passos**

Universidade Federal Fluminense

CCM / CMB / MIP - Setor DST

Outeiro São João Batista, s/n

Campus do Valonguinho - Centro

Niterói - RJ - CEP: 24210-150

e-mail: mipmaur@vm.uff.br

http://www.uff.br/dst/