

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS TROPICAIS

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO  
SEXUAL ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DO  
ESTADO DO PARÁ.

Danielle Maria Martins Carneiro

Belém  
2010

DANIELLE MARIA MARTINS CARNEIRO

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO  
SEXUAL ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DO  
ESTADO DO PARÁ.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Doenças Tropicais do Núcleo de Medicina Tropical, da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Doenças Tropicais.

Orientador: Profa. Dra. Marília Brasil Xavier.

Belém  
2010

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) -**  
Biblioteca do Núcleo de Medicina Tropical, Belém-PA

---

Carneiro, Danielle Maria Martins

Doenças sexualmente transmissíveis em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual atendidas no centro de referência do estado do Pará / Danielle Maria Martins Carneiro; orientadora, Marília Brasil Xavier. - 2010.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará. Núcleo de Medicina Tropical. Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais, Belém, 2010.

1. Doenças sexualmente transmissíveis – Infância e juventude-Pará. 2. Crime sexual contra criança – Pará. I. Xavier, Marília Brasil, orient.

II. Título.

CDD: 20. ed. 618.92951098115

---

Ficha catalográfica elaborada por Valdenira Moreira, NMT/UFPa

DANIELLE MARIA MARTINS CARNEIRO

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL ATENDIDAS NO  
CENTRO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DO PARÁ.

Dissertação apresentada à aprovação como  
requisito parcial para obtenção do grau de  
mestre em Doenças Tropicais pelo Núcleo  
de Medicina Tropical da UFPA, para a  
comissão formada pelos seguintes  
professores:

Orientadora: Prof. Dra. Marília Brasil Xavier

Avaliadores:

---

Marília Brasil Xavier  
Professora Doutora  
Universidade Federal do Pará

- Presidente

---

Aurimery Gomes Chermont  
Professora Doutora  
Universidade Federal do Pará

---

Luísa Carício Martins  
Professora Doutora  
Universidade Federal do Pará

---

Rita Catarina Medeiros de Sousa  
Professora Doutora  
Universidade Federal do Pará

---

Maria da Conceição Nascimento Pinheiro  
Professora Doutora  
Universidade Federal do Pará

- Suplente

Aos meus pais pelo apoio, orientações e exemplo de vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo dom da vida e presença em minha vida.

Aos meus pais Vânia e Daniel Martins, pelo amor em todos os momentos.

Ao meu marido Jean Carneiro pelo apoio e cumplicidade.

A minha irmã Delaine Martins e queridas sobrinhas Carolina e Fabiana, pelos momentos alegres.

A Prof<sup>a</sup> Dra. Marília Brasil Xavier, por sua orientação, confiança e profissionalismo.

A amiga Adriane Guimarães, médica perita, pelas orientações em medicina legal.

A assistente social Eugênia Fonseca, chefe do Pro - paz, pela ajuda naquele setor.

A Sra. Luísa, do SAME da Santa Casa, pela ajuda com os prontuários.

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, por permitir a realização desta pesquisa.

Vós sois o sal da terra; e se o sal for insípido, com que se há de salgar? Para nada mais presta senão par se lançar fora, e ser pisado pelos homens.

Mt. 5:13.

## RESUMO

O abuso sexual em menores tem se mostrado um problema de grande magnitude para a saúde pública. Atualmente presente na mídia, já havia sido descrito há vários anos, mas só começou a ser estudado nos séculos XVII e XVIII. Segundo dados da Organização mundial de Saúde ocorreram 223 milhões casos de vitimizações sexuais infantis no ano de 2002. O abuso sexual traz graves conseqüências à saúde, incluindo a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Foram avaliadas 164 crianças vítimas de abuso sexual no centro de referência do estado do Pará, no ano de 2007. Para tanto se utilizou uma ficha protocolar com informações clínicas e laboratoriais voltadas para diagnóstico de doença sexualmente transmissível durante o acompanhamento daqueles pacientes. A maioria das crianças que tiveram diagnóstico de DST era do sexo feminino. A idade foi, sobretudo, dos 10 aos 18 anos e procediam da capital do estado. A aquisição de uma DST esteve associada, principalmente, ao estupro e, na maioria das vezes, o abusador era conhecido da vítima. A principal DST foram as vulvovaginites (66,2%), seguido da condilomatose (21,5%), gonorréia (9,2%), herpes (6,2%), doença inflamatória pélvica (4,6%) e sífilis (3,1%). O desenvolvimento de moléstia de contágio sexual está relacionado com a prevalência adulta local. O presente trabalho está de acordo com a literatura em vários aspectos, como por exemplo, no que se refere à idade, sexo, agressor e tipo de abuso. Quanto à evolução para DST, neste trabalho, foi maior do que em países desenvolvidos, porém menor do que na África. A infecção por gonorréia foi menor que em outros países sul-americanos. A infecção por sífilis, vulvovaginites, vírus Herpes e HPV segue os parâmetros de países desenvolvidos e do restante do país. A clamídia não foi diagnosticada embora tenha grande presença em estudos nacionais e internacionais. Mais estudos seria adequado, sobretudo no que se refere ao diagnóstico das infecções por clamídia, que ainda são subdiagnosticadas em nosso meio.

**Palavras-chave:** abuso, vitimização, criança, DST, crime.

## **ABSTRACT**

Sexual abuse of minors has been a problem of great magnitude to public health. Currently in the media, it had been described several years ago but has only been studied in the seventeenth and eighteenth centuries. According to World Health Organization there were 223 million cases of child sexual victimization in 2002 year. Sexual abuse has serious health consequences, including the acquisition of sexually transmitted diseases (STDs). This research evaluated 164 children victims of sexual abuse in the reference center on the north of Brazil, in 2007. For such a protocol form was used with clinical and laboratorial data about sexually transmitted disease during follow-up of those patients. Most children who were diagnosed with STIs were female. The children's age was mainly from 10 to 18 years and they were from the largest city. The acquisition of an STD was associated mainly to the rape and, in most cases, the abuser was known to the victim. The major STDs were vulvovaginitis (66.2%), followed by condylomatosis (21.5%), gonorrhea (9.2%), herpes (6.2%), pelvic inflammatory disease (4.6%) and syphilis (3.1%). The development of sexual disease contagion is related to the prevalence of adult site. This research is consistent with the literature in several aspects, such as age, sex, perpetrator and abuse. As regards the development of DST it was higher than in developed countries, but lower than in Africa. The infection with gonorrhea was lower than in other South American countries. The syphilis infection, vulvovaginitis, herpes and HPV follow the parameters of developed countries and the rest of the country. Chlamydia was not diagnosed but has great presence on national and international studies. Further studies would be appropriate, particularly with regard to the diagnosis of Chlamydia infection, which is underdiagnosed.

**Key word:** sexual abuse, victims, child, STD, crime.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – Fatores socioeconômicos do grupo controle e vitimizados atendidos no Pro - paz em 2007 .....	37
<b>TABELA 2</b> – Município de procedência dos pacientes do grupo controle atendidos no Pro - paz em 2007 .....	39
<b>TABELA 3</b> – Bairro de procedência das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro - paz em 2007 .....	40
<b>TABELA 4</b> – Fluxo de encaminhamento de crianças para avaliação no Pro - paz, em 2007.....	41
<b>TABELA 5</b> – Motivo da consulta do grupo controle atendidos no Pro - paz em 2007 .....	42
<b>TABELA 06</b> – Tipo de doença sexualmente transmissível adquirida pelas vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007.....	45
<b>TABELA 7</b> – Presença DST, de acordo com o sexo, em vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007 .....	46
<b>TABELA 8</b> – DST, de acordo com o sexo, em vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro - paz, em 2007 .....	47
<b>TABELA 9</b> – Presença de DST conforme o fluxo de encaminhamento das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007.....	48
<b>TABELA 10</b> – Presença de DST conforme os principais fluxos de encaminhamento das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007 .....	48
<b>TABELA 11</b> – Presença de DST conforme a procedência das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007 .....	49
<b>TABELA 12</b> – Desenvolvimento de DST de acordo com o tipo de exposição sofrida pelas vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007 .....	49

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Tipo de abuso sexual sofrido pelas vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007.....	42
<b>Figura 2</b> – Agressores das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007 .....	43
<b>Figura 3</b> – Distribuição proporcional quanto à vulnerabilidade (%) das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro - paz em 2007 .....	44
<b>Figura 4</b> – Tempo de acompanhamento ambulatorial, em meses, das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro - paz em 2007 .....	44
<b>Figura 5</b> – Evolução para DST das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007 .....	45
<b>Figura 6</b> – Presença DST, de acordo com o sexo, em vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007 .....	46
<b>Figura 7</b> – Tipo de DST presente no sexo feminino de vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007.....	47
<b>Figura 8</b> – Faixa etária, segundo a presença de DST, em vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007 .....	48
<b>Figura 9</b> – DST em crianças vitimizadas atendidas no Pro - paz de acordo com o abusador, em 2007 .....	50
<b>Figura 10</b> – Abandono de tratamento, quanto à proximidade com o agressor, das vítimas de abusos sexuais atendidos no Pro – paz, em 2007.....	50
<b>Figura 11</b> – Destino final das vítimas de abusos sexuais infantis atendidos no Pro - paz em 2007 .....	51

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AAP – Academia Americana de Pediatria.

ABRAPIA – Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à infância e à adolescência.

AIDS – acquired immune deficiency syndrome.

ALDCC – ato libidinoso diverso da conjunção carnal.

AS – abuso sexual.

CRAS – Centro de referência em assistência social.

DIP – doença inflamatória pélvica.

DST – doença sexualmente transmissível.

DATA – Divisão de atendimento à criança e ao adolescente.

DPCA – Delegacia de proteção à criança e adolescente.

ELISA – Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay.

EUA – Estados Unidos da América.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

FSCMPA – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

HPSM – Hospital do Pronto Socorro Municipal.

HIV – human immunodeficiency vírus.

IML – Instituto Médico-legal.

ONU – Organização das Nações Unidas.

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria.

SIDA – síndrome da imunodeficiência adquirida.

SESMA – Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente.

UN – United Nations.

UBS – unidade básica de saúde.

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory.

WHO – World Health Organization.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1 A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA.....	14
1.1.1 Histórico.....	14
1.1.2 Conceituando a violência contra a criança e o adolescente.....	16
1.1.3 Epidemiologia.....	18
1.1.4 Conseqüências do abuso sexual.....	19
1.1.4.1 Conseqüências à saúde física.....	20
1.1.4.2 Conseqüências à saúde mental.....	21
1.1.5 Os aspectos legais da violência sexual.....	22
1.2 AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	24
1.3 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ E SUAS PROPOSTAS DE TRABALHO.....	27
1.4 JUSTIFICATIVA.....	29
1.5 OBJETIVOS.....	30
1.5.1 Geral.....	30
1.5.2 Específico.....	30
<b>2 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>31</b>
2.1 CASUÍSTICA.....	31
2.1.1 Critérios de inclusão.....	32
2.1.2 Critérios de exclusão.....	32
2.2 MÉTODOS.....	32
2.2.1 Coleta dos dados.....	32
2.2.2 Exames complementares.....	33
2.2.3 Diagnóstico laboratorial das doenças sexualmente transmissíveis.....	33
2.2.3.1 Hepatite B e C.....	33
2.2.3.2 HIV.....	34
2.2.3.3 Sífilis.....	34
2.2.3.4 Vulvovaginites e uretrites.....	34
2.2.4 Análise estatística.....	35
<b>3 RESULTADOS</b> .....	<b>36</b>
<b>4 DISCUSSÃO</b> .....	<b>52</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>61</b>

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>62</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>73</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA:

#### 1.1.1 Histórico

Os abusos sexuais contra crianças têm sido descritos desde a antiguidade. O imperador romano Tibério tinha inclinações sexuais por crianças, relata-se que ele se retirou para a ilha de Capri com várias delas a fim de obrigá-las a satisfazer sua libido através da prática de diversas formas de atos sexuais (CARTER-LOURENSZ; JOHNSON-POWELL, 1999).

O envolvimento de crianças em práticas sexuais com adultos nem sempre foi considerada repulsiva pela sociedade, sendo comum em todas as classes sociais. Só após a Reforma Cristã, que impôs novos valores morais, os jogos sexuais com crianças foram proibidos (MÉLLO, 2006).

A primeira monografia a tratar do assunto, *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, foi escrita por Ambroise Tardieu, médico-legista francês, em 1857. Em 1860, na *Étude médico-légale sur les sevices et mauvais traitements exercés sur des enfants* o autor retoma a temática. Em 1862, ele publicou a obra *Dictionnaire d'hygiène et de salubrité* na qual discursava acerca dos maus-tratos contra as crianças nos trabalhos insalubres das fábricas e minas e suas conseqüências físicas e psíquicas (ROGER et al, 2005; ADED et al, 2006).

Infelizmente ele não conseguiu convencer seus pares de que o abuso e maus-tratos contra crianças e adolescentes não ocorria só no ambiente das fábricas e minas, mas também no ambiente familiar. Nesta época as alusões ao abuso eram tidas como fantasiosas ou mentirosas pressupondo o desejo de prejudicar o acusado para obter vantagens (LABBÉ, 2005; ADED et al, 2006).

Sigmund Freud, em 1896, publicou texto onde afirmava que a origem da histeria estava nos abusos sexuais da infância. Este trabalho foi mal recebido e, em

1897, ele abandona a teoria, explicando as memórias de abuso como fantasias, na sua teoria do complexo de Édipo (LABBÉ, 2005).

Mais de cem anos depois, os trabalhos do médico Tardieu foram confirmados por um grupo de radiologistas americanos, os doutores Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller e Silver, que em 1962, publicaram o artigo a Síndrome da Criança Espancada. Este trabalho despertou o interesse pelo assunto nas áreas de pediatria e saúde pública, levando às alterações de leis nos Estados Unidos da América (EUA) e em outros países do mesmo hemisfério. A partir de então se criam políticas públicas visando o atendimento, à proteção e à prevenção do abuso e maus tratos contra os menores (ADED, 1997; 2005; BELLIZIA NETO; CARDOSO, 1999; LEVENTHAL, 2003).

Em 1926, a comunidade internacional iniciou intensa campanha pelos direitos das crianças. Neste ano, foi redigida a Declaração de Genebra com vistas à proteção integral da criança (BEZERRA, 2006).

Um passo importante ocorreu em 1989, quando a Organização das nações Unidas (ONU) adotou a Convenção Internacional dos Direitos da Criança (Convention on the Rights of the Child). O tratado diz que as crianças têm direito a proteção contra a violência física e mental, punições degradantes, injúria, negligência e abuso. Elas têm o direito de serem protegidos do trabalho em locais perigosos, do abuso de drogas, violência sexual, tráfico, e outras formas de exploração. As crianças têm o direito a saúde, educação e cuidados médicos, e um padrão descente de vida. Também tem o direito de expressar suas opiniões, formar organizações e delas participar (UN, 1989).

No Brasil, a preocupação com a infância e a formalização das garantias de seus direitos são fatos recentes. Quando se instalou o processo de discussão da Carta Constitucional de 1988, formou-se uma articulação que ficou conhecida como “A Criança e a Constituinte” que conseguiu inserir, na Magna Carta, o Artigo 227, cuja redação trazia, em seu conteúdo, os postulados da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, apesar de a mesma só ter sido finalmente adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989. O Artigo 227 dispõe:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à

alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (NAÇÕES UNIDAS, 1989).

Em 1990 é promulgada a Lei Federal 8.069/90, Estatuto da Criança e do Adolescente (E.C.A.), que trata da “proteção integral da criança e do adolescente” (art.1º) e da importância de resguardar-lhes “de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (art.5º). Além do resguardo dos direitos de crianças e adolescentes, torna obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência por parte de alguns profissionais, que se não o fizerem são passíveis de punição, art.245:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção a saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar a autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1990).

O cumprimento dos direitos garantidos pelo E.C.A. é amparado pelo Conselho Tutelar, órgão público permanente e autônomo presente nos municípios (pelo menos um). Ele é composto por cinco membros eleitos a cada três anos pela comunidade e que residam em sua área de abrangência.

### **1.1.2 Conceituando a violência contra a criança e o adolescente:**

A violência é um problema mundial acometendo todas as camadas sociais e historicamente enraizadas nas comunidades. Atualmente tomou proporções gigantescas tornando-se motivo de preocupação por parte das autoridades legais e sanitárias. Neste contexto, a violência sexual traz graves conseqüências físicas, psíquicas e tem sido alvo de estudos, por ter se tornado um grave problema de saúde pública (CAMARGO, 2000; HABIZANG, 2005).

A caracterização do que seriam maus tratos infantis variam de acordo com as sociedades, levando se em consideração ora aspectos sociais e históricos baseados no uso abusivo de relações pré-existentes nas relações sociais. Ora usando um

modelo sócio-cultural onde, além do poder existente nas relações inter-geracionais, há de se levar em consideração elementos de natureza micro-social e comunitária.

De qualquer forma, haverá maus-tratos quando a interação com a criança estiver fora dos padrões culturalmente aceitos e que possam ocasionar ameaça ou prejuízo a integralidade da criança, seja ela física ou psicológica.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) considera que os maus-tratos são divididos nos seguintes tipos (SBP, 2001):

- Maus-tratos físicos: uso da força física de forma intencional, não-acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes. (Deslandes, 1994)

- Síndrome de Munchausen por procuração: é definida como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis. Em decorrência, há conseqüências que podem ser caracterizadas como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de líquidos etc.) e psicológicas (inúmeras consultas e internações, por exemplo).

- Maus-tratos psicológicos: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exagerada e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas estas formas de maus-tratos psicológicos podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança. Devido à sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus-tratos, este tipo de violência é dos mais difíceis de serem identificados, apesar de estar, muitas vezes, embutido nos demais tipos de violência.

- Negligência: é ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento, tendo no abandono sua forma extrema. A negligência pode significar omissão em termos de cuidados básicos como a privação de medicamentos; cuidados à saúde; higiene; abrigo; não prover estímulo e condições para a freqüência à escola.

- Abuso sexual: é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais

adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade. (DESLANDES, 1994).

O abuso sexual é dividido em dois tipos, com e sem contato físico. O abuso sem contato físico inclui situações como: conversar com a criança sobre atividades sexuais, mostrar-lhes fotos ou vídeos pornográficos, fotografar crianças nuas ou em posições sedutoras, exhibir os genitais do adulto (exibicionismo), observar crianças em situações privadas (voyeurismo), fazer telefonemas ou enviar correio eletrônico obsceno (ABRAPIA, 1997; MARINHO-CASANOVA e MOURA, 2009).

O abuso sexual com contato físico se refere os atos físicos genitais entre o abusador e a criança ou adolescente. Incluem-se as tentativas de manter relações sexuais, masturbação, penetração vaginal ou anal, carícias sedutoras, carícias nos órgãos genitais da criança, solicitação que a criança toque ou faça carícias em partes íntimas do corpo do adulto.

Incluem também todo tipo de exploração sexual de menores com fins econômicos. O contato sexual entre um adolescente e uma criança menor também pode ser considerado abusivo quando a diferença entre ambos for de no mínimo cinco anos de idade ou de desenvolvimento, desde que o menor não tenha condições de julgar o ato como certo ou errado (MARINHO-CASANOVA; MOURA, 2009).

### **1.1.3 Epidemiologia:**

Em 1996, cerca de 2,5 milhões de crianças seriam vítimas de maus-tratos por ano, resultando em desordens para as vítimas e sociedade (AAP, 1996). A incidência e a prevalência do abuso sexual em crianças é muito difícil de quantificar, sobretudo nos casos de abuso sexual intrafamiliar, que é o mais freqüente, por haver um pacto de silêncio entre o agressor, a vítima, a família e também entre os vizinhos e profissionais que atendem essa população (COHEN e GOBBERTTI, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, em todo o mundo, em 2002, 73 milhões de meninos (7%) e 150 milhões de meninas (14%) menores que 18 anos tinham sofrido algum tipo de abuso sexual. (WHO, 2006).

Nos EUA em 2007, segundo os dados do departamento de saúde, aproximadamente 794.000 crianças foram vítimas de abuso ou negligência. Destas, 7,65% foram sexualmente abusadas (HHS, 2009). Naquele país a exploração sexual e a pornografia *on line* são os principais problemas para o Federal Bureau of Investigation (FBI). Estes crimes foram responsáveis por 39% das investigações da divisão de crimes cibernéticos do FBI no ano de 2007(FBI, 2009).

O Brasil carece de dados, porém, estima-se que sua ocorrência seja similar àquela registrada em países desenvolvidos. Dos casos notificados nos três primeiros meses de cada ano, baseando-se em dados de 70 municípios de 14 estados mais o Distrito Federal, entre as crianças que sofreram violência doméstica, a violência sexual esteve presente em 13,2% em 2006 e 0,9% em 2007(UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2007).

Registros do Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, mostram que dos casos encaminhados para avaliação entre 1999 e 2003, 29% foram de abuso sexual, 36% entre meninas e 20% entre meninos (SALVAGNI; WAGNER, 2006).

A magnitude do problema não pode ser precisamente identificada por vários fatores, entre os quais a não notificação às autoridades policiais por medo de represálias ou vergonha perante a sociedade.

#### **1.1.4 Consequências do abuso sexual:**

O abuso sexual, além da gravidade legal e de importantes disfunções psicossociais, causa extensas e graves lesões físicas que poderão culminar com óbito ou graves seqüelas.

Poderá afetar o desenvolvimento de diferentes formas. Seu impacto está associado a fatores intrínsecos a criança (vulnerabilidade, temperamento, resiliência) e a existência de fatores de risco e proteção extrínsecos (bom convívio

familiar, recursos sociais e financeiros, acesso ao tratamento, presença de serviço de apoio social). As desordens físicas e emocionais podem estar presentes até anos após o incidente e serão tanto piores quanto mais invasivo (penetrações) e mais recorrentes forem os abusos (HABIZANG et al, 2005, 2006; LESERMAN, 2005).

#### 1.1.4.1 Conseqüências à saúde física:

As lesões decorrentes do ato sexual ocorrem principalmente naquele sem o consentimento. Haverá a ruptura himenal onde, em algumas ocasiões, podem ocorrer sangramentos profusos, devido à extensão dos ferimentos para vagina e períneo e por alterações dos fatores da coagulação e da irrigação local.

Podem ocorrer ainda traumatismos da parede retovaginal, da parede vesicovaginal, uretra, clitóris, ruptura perineal e do esfíncter anal. Essas lesões genito-anais podem ocasionar hemorragias, choques hipovolêmicos e incontinência fecal (DIEGOLI et al, 2001).

Entre aqueles que sofreram abuso sexual, há um risco duas vezes maior de apresentar problemas gastrointestinais. São descritos dores abdominais, diarreia, constipação intestinal, náuseas e vômitos (GOLDING, 1994; MCCAULEY et al, 1997; LESERMAN; DROSSMAN, 2007). São também duas vezes maiores as chances de desenvolver síndrome do cólon irritável (TALLEY et al, 1994).

Outra associação importante são os transtornos da saúde reprodutiva da mulher, incluindo comportamento sexual de risco, gravidez indesejada, sintomas depressivos na gravidez, aquisição de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da síndrome da imunodeficiência humana (MCMAHON et al, 2000).

Os comportamentos sexuais de risco (por exemplo, o comércio sexual) ocorrem com mais freqüência entre aqueles, tanto homens quanto mulheres, em que houve a presença de penetração ou emprego de força. (SENN et al, 2007).

Naquelas mulheres em que há relatos de violência sexual na infância há com maior freqüência referências de dores pélvicas crônicas, dispareunia, disfunções sexuais, dismenorréia inexplicável, irregularidades menstruais e ausência de prazer

sexual. Mulheres adultas abusadas na infância têm duas vezes mais queixas ginecológicas quando comparadas às não abusadas (GOLDING, 1996; MACCAULEY et al, 1997; LECHNER et al, 1993).

A gravidez decorrente do estupro destaca se devido à complexidade das reações psicológicas, sociais e médicas que produz. A criança desfruta de fator protetor condicionada pela ausência da menarca. Portanto, as gestações se farão em meninas entre 10 – 12 anos. Já entre as adolescentes é fator preocupante, pois a maioria está em condições orgânicas favoráveis à prenhez. (DREZETT, 2001).

Se a gravidez resulta de estupro o aborto legal pode ser instituído (BRASIL, 1940). Com pouca oportunidade de obter seus direitos, algumas adolescentes recorrem ao aborto clandestino provocando um outro problema de saúde pública que é o aumento das taxas de morbi-mortalidade relacionadas ao aborto.

Cefaléias também são duas vezes mais freqüentes nos vitimizados. Além de sintomas outros associados à ansiedade como palpitações, dispnéia, adormecimentos, insônia e dores inexplicáveis (GOLDING, 1999; WALKER et al, 1999).

Estudos atuais também estão associando a presença de sobrepeso, obesidade e obesidade severa entre as adultas vitimizadas na infância. Embora a doença esteja na dependência multifatorial; incluindo genética, meio ambiente e fatores individuais; um potencial fator de risco pode ser a experiência sexual negativa na infância (GUSTAFSON; SAWER, 2004; AARON; HUGHES, 2007).

#### 1.1.4.2 Conseqüências à saúde mental:

O abuso sexual provoca alterações psíquicas deixando a criança emocionalmente traumatizada, pois deteriora sua capacidade reflexiva e o sentido de *self* tornando o desenvolvimento perturbado. Todavia, estudos demonstram que naquelas vítimas com boa rede de apoio e bons laços afetivos familiares elas poderão responder positivamente às situações adversas (FRONER e RAMIRES, 2008).

Os inúmeros danos na área da saúde mental podem persistir na adultez. Crianças abusadas podem se tornar adultos abusadores repetindo o ciclo. Ou podem se tornar vulneráveis sendo novamente vitimizados. Deste modo, os relacionamentos tornam-se disfuncionais dentro de suas próprias famílias, com graves prejuízos à dinâmica familiar (FRONER e RAMIRES, 2008).

Estudos têm demonstrado elevadas proporções de uso de álcool e drogas nos que relataram experiências sexuais infantis (WILSNACK et al, 1997; CLOUTIER, 2002).

Outras consequências descritas incluem: sensação de saúde fragilizada; depressão, distúrbios alimentares e transtornos dissociativos de identidade (transtorno da personalidade múltipla) com possibilidade de comportamento autodestrutivo e suicida. Não parece haver relação com a esquizofrenia (SPATARO et al, 2004; PFEIFFER; SALVAGNI'2005).

O rendimento escolar poderá ter prejuízos devido à hiperatividade; déficit de atenção, ansiedade e sintomas de estresse pós-traumático (FORTHINGHAM, 2000; LESERMAN, 2005; HABIZANG, 2005, WIDOM, 1999).

#### **1.1.5 Os aspectos legais da violência sexual:**

Em 10 de agosto de 2009, começou a vigorar a lei sancionada pelo atual presidente da república que traz alterações no código penal de 1940 e ao artigo 1º da lei 8.072 de 1990. Ela estabelece penas maiores para crimes sexuais como pedofilia, assédio sexual contra menores e estupro seguido de morte, além de tipificar o crime de tráfico de pessoas (BRASIL, 2009).

A lei 12.015/2009 define estupro como o ato de “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (Art.213). Entende-se por conjunção carnal a intromissão do pênis, em ereção, na vagina, com ou sem ruptura himenal, com ou sem orgasmo. Ato libidinoso diverso da conjunção carnal é todo e qualquer ato sexual que fuja a natureza pênis – vagina e se inclua entre (GOMES, 1997; ALCÂNTARA, 2006):

- Qualquer cópula ectópica, como:
  - Sodomia;
  - Pederastia;
  - Cópula vestibular, *interfemora*, axilar, perineal intermamária, etc.;
  - Felação;
  - Coito oral ou bucal;
  - Cunilíngua;
- Toques impudicos, como:
  - Palpações genitais ou não;
  - Beliscões;
  - Palmadas glúteas;
  - Bolinagens;
  - Masturbação,
- Beijos prolongados e intensos (beijos eróticos),
- Mordidas e sucções,
- Contemplações lascivas e contatos voluptuosos, etc.

A grave ameaça é a promessa de infringir algum mal a vítima capaz de impedir a resistência. Entende-se por violência o emprego de força física suficiente para dominar a vítima.

Pessoas menores de 14 anos, portadoras de enfermidade ou doença mental (de conhecimento do agente ou de flagrante evidência), ou que, por qualquer motivo, não podem oferecer resistência, são caracterizadas como vulneráveis e atualmente ter conjunção carnal ou outro ato libidinoso com estes indivíduos é denominado estupro de vulnerável. Anteriormente, era chamada violência presumida. Entre as principais causas impeditivas para oferecer resistência destacam-se a embriaguez, hipnose, enfermidades debilitantes e deficiências físicas limitadoras (DREZETT, 2001; VANRELL, 2008).

A nova lei ratifica o assédio sexual, e aumenta sua pena se a vítima for menor de 18 anos. Define-se o crime como “constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendências inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função” (Art. 216-A).

A Corrupção de menores consiste em induzir alguém menor de 14 anos a presenciar, ou praticar conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem.

A pena para esses crimes é aumentada de metade, se o agente é ascendente, padrasto ou madrasta, tio, irmão, cônjuge, companheiro, tutor, curador, preceptor ou empregador da vítima ou por qualquer outro título tem autoridade sobre ela (BRASIL, 2009).

Visando proteger a saúde dos cidadãos dos perigos da exposição do contágio venéreo, o legislador, em 1940, procurou colocar um freio legal a este problema de saúde pública. O Código Penal Brasileiro relata que é passível de detenção ou multa quem “expor alguém, por meio de relações sexuais ou qualquer outro ato libidinoso, a contágio de moléstia venérea, de que sabe ou deve saber que está contaminado (Art.130)”. Mesmo após 60 anos a preocupação e as metas do legislador continuam válidas. (BRASIL, 1940).

O aborto é permitido pela legislação brasileira, no artigo 128 do código Penal, se a gravidez resulta de estupro (LEI 2.848/40) este procedimento é realizado mediante o consentimento da vítima ou de seu representante legal após prévia autorização judicial e avaliações psicossociais (BRASIL, 1940).

Anteriormente, no Brasil, estes crimes eram considerados crimes contra os costumes. Atualmente, são considerados crimes contra a dignidade sexual. Isto é um grande avanço porque passa a concordar com as pretensões internacionais.

## 1.2 AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Inicialmente chamadas doenças venéreas em alusão a Vênus, deusa romana da beleza e do amor. Esta denominação passou a ter conotação estigmatizante, pois

esses tipos de doença estão relacionados ao ato sexual, com estreita relação com a prostituição e promiscuidade. Por esse motivo, passou-se a denominá-las de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Elas englobam uma série de doenças infecciosas causadas por vírus, fungos, protozoários, e bactérias cuja transmissão é preferencialmente sexual.

As DST podem ser classificadas de diversas formas. Quanto ao aspecto clínico, quanto à etiologia e quanto à epidemiologia. Aqui será adotada esta última classificação, conforme proposta de Pereira Júnior e Serruya em 1982:

Doenças essencialmente transmitidas pelo contágio sexual:

1. Sífilis,
2. Gonorréia,
3. Cancro mole,
4. Linfgranuloma inguinal e
5. Uretrite por *Chlamydia sp.*

Doenças frequentemente transmitidas pelo contágio sexual:

1. Donovanose,
2. Uretrites não gonocócicas/ não clamídicas,
3. Condiloma acuminado,
4. Herpes simples genital,
5. Fitiríase,
6. Candidíase genital
7. Tricomoníase
8. Hepatite tipo B e
9. Infecção pelo vírus causador da síndrome da imunodeficiência humana (SIDA).

Doenças eventualmente transmitidas pelo contágio sexual:

1. Escabiose,
2. Pediculose,

3. Molusco contagioso,
4. Shigelose,
5. Amebíase,
6. Hepatite A.

Inicialmente, as doenças venéreas era a sífilis, gonorréia, cancro mole, linfogranuloma venéreo e donovanose. A alteração conceitual adotada atualmente aumentou o número de doenças consideradas transmissíveis sexualmente. As mudanças sexuais (felação, cunilíngua, etc.) acrescentaram problemas como as infecções amigdalianas, retites e transmissão de doenças antes exclusivas do aparelho digestivo (amebíase, salmonelose, hepatite e giardíase).

No pós-guerra imediato, as doenças venéreas foram dadas como vencidas em decorrência do advento dos antimicrobianos, sobretudo da penicilina. Com isso acreditou-se no seu controle e desaparecimento.

Contudo, em meados dos anos 50, elas retornam tornando-se epidêmicas no início dos anos 60. Nesta época houve modificações comportamentais como a liberação sexual, início precoce da vida sexual, apelo sexual imposto pela sociedade, o tabu da virgindade passa a ser substituído pelo oposto, o que eram antes desvios sexuais são incorporados aos hábitos, e a presença de grandes aglomerados urbanos colaboraram para recrudescimento a partir da década de 60. O homossexualismo masculino, que teve papel importante na disseminação da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), cresce. (AZULAY 1997,2008).

As taxas de doenças sexualmente transmissíveis oscilam entre as populações e regiões. A faixa etária mais acometida é entre os 20 e 45 anos de idade, época de maior atividade sexual. Estima-se que no mundo ocorram cerca de 333 milhões de novos casos de DST por ano. Nos Estados Unidos aproximadamente 19 milhões de casos devem ocorrer por ano (WARNER, 2006).

No Brasil, a notificação não é obrigatória sendo restrita apenas aos casos de sífilis congênita e AIDS. Segundo estimativas do Ministério da Saúde ocorreriam cerca de 12 milhões de casos novos de DST por ano. (ROCHA. et al, 2008).

As doenças sexualmente transmissíveis servem como um indicador de abuso sexual, principalmente em crianças e adolescentes, onde muitas vezes não se

evidenciam outros sinais desses crimes (U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE, 2002.). Atualmente é aceito que a presença de sífilis e gonorréia em crianças no período pós-natal faz o diagnóstico médico de certeza de abuso sexual, mas, questionamentos persistem sobre outras DST como por exemplo as verrugas genitais (KERNS, et al, 1994).

É importante salientar a estreita relação das DST entre si. A presença de uma predispõe a outra com especial ênfase ao vírus da imunodeficiência humana. Esta hipótese foi primeiro sugerido em 1984 por Piot e colaboradores. Atualmente, várias revisões têm demonstrado o sinergismo entre as DST e o vírus da imunodeficiência humana concluindo que a presença de ambas as doença ulcerosa genital ou não aumentam a probabilidade de transmissão do HIV ao parceiro sexual (ROTTINGEN, et al, 2001).

As DST são um grande problema de saúde pública, pois podem cursar com graves problemas de saúde como esterilidade, aborto, disfunção sexual, parto prematuro, deficiência física ou mental, câncer e morte. A mulher pode transmiti-la ao parceiro e ao feto ou recém-nascido com grandes prejuízos físicos e gasto por parte dos serviços de saúde. Se diagnosticadas a tempo e adequadamente tratadas, a maioria das DST não deixa seqüelas. (ROCHA et al., 2008).

### 1.3 A SANTA CASA DE MISERICÓDIA DO PARÁ E SUAS PROPOSTAS DE TRABALHO:

O Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará é uma fundação de direito público, vinculada a Secretaria Especial de Proteção Social.

Iniciou suas atividades como instituição filantrópica nos anos de 1600, transformando-se em Fundação pública através da lei estadual 003/90 de 26/04/1990.

Possui uma área construída de 22000m<sup>2</sup>, distribuídos de forma horizontal. É referência terciária na atenção a gestante, ao recém-nascido de alto risco, hepatopatias crônicas além de possuir banco de leite humano como referência para

toda a Amazônia. Conta ainda com importante atendimento em pediatria, onde possui profissionais nas diversas sub-especialidades pediátricas.

Oferece 370 leitos com cerca de 1500 internações/mês e 3500 procedimentos ambulatoriais/mês. Destes leitos, a pediatria detém 35 leitos clínicos, 20 leitos de cirurgia pediátrica e seis de UTI pediátrica. Disponibiliza ainda atendimento de urgência 24 horas para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.

O primeiro centro de atendimento as mulheres vítimas deste tipo de violência foi em Oslo, na Noruega, em 1986. No Brasil, o primeiro serviço de atendimento as vítimas de violência sexual foi criado em 1989, no Hospital Jabaquara, na cidade de São Paulo (CAMPOS, 2006).

No estado do Pará, desde 17 novembro de 2004, os casos suspeitos ou confirmados de violência sexual são encaminhados ao serviço de atendimento à criança vitimizada, que atende crianças, adolescentes e o maior incapaz (Pró-Paz Integrado). Este programa funciona nas instalações da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), juntamente com a Divisão de Atendimento à criança e ao adolescente da Delegacia de Polícia Especializada (DATA/DPCA) e o Centro de Perícias Científicas Renato Chaves da Secretaria de Segurança Pública do Pará.

À polícia civil cabe a notificação da violência. Os policiais também auxiliam as vítimas e familiares a procederem ao registro de ocorrência na unidade policial e instauração de inquérito e processo, com encaminhamento à justiça.

O programa possui espaço próprio e os pacientes atendidos contam com atendimento médico, de enfermagem, psicológico, serviço social, perícia médica e laboratorial. Além de realizar o acompanhamento da vítima pelo tempo necessário a sua recuperação, presta também assistência à família.

O Pro - paz possui no seu quadro funcional sete médicos, sendo dois pediatras, quatro legistas, um ginecologista, seis assistentes sociais, dois psicólogos e duas enfermeiras.

Desde o início do programa no de 2004 até 2008 foram atendidas 3558 vítimas de violência sexual, em sua maioria do sexo feminino. Em 2009 houve 12374 atendimentos com 1267 casos acompanhados. Neste mesmo ano, foram realizadas 2984 escutas e orientações.

#### 1.4 JUSTIFICATIVA:

O interesse no estudo da violência contra a criança ganhou impulso a partir do século XX e no Brasil a partir da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1988.

Nos Estados Unidos da América os dados obtidos pela *National Crime Victimization Survey* estimam que cerca de 300000 casos/ ano ocorram. Sugere-se que o Brasil acompanhe tal ocorrência. Dentre as conseqüências está a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, com graves prejuízos à saúde pediátrica e com reflexos na vida adulta.

Há poucos estudos acerca da presença de DST nesta população, concentrando se, sobretudo entre os adolescentes.

Desta forma, justifica-se a importância de mais dados ligados à realidade brasileira, sobretudo da região norte, pois a maioria dos registros refere-se a outros estados da federação. Bem como incremento na abordagem do tema pela especialidade pediátrica para programar a promoção da saúde infantil para que possam ser sugeridas políticas públicas de atenção e enfrentamento do problema.

## 1.5 OBJETIVOS:

### 1.5.1 Geral:

- Descrever as doenças sexualmente transmissíveis em crianças e adolescentes vítimas de abusos sexuais atendidos no centro de referência do Estado do Pará no ano de 2007.

### 1.5.2 Específicos:

- Descrever as características demográficas dos pacientes acompanhados pelo programa de atendimento às vítimas de abuso sexual da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará;
- Descrever as condições que motivaram a inclusão dos menores no programa;
- Correlacionar as doenças sexualmente transmissíveis com as características demográficas e da violência sexual sofrida;
- Descrever as características das agressões sexuais;
- Identificar as condições mórbidas de transmissão sexual nos indivíduos que foram seguidos;
- Mostrar a adesão ao acompanhamento médico.

## **2 MATERIAL E MÉTODOS:**

### **2.1 CASUÍSTICA:**

A pesquisa caracteriza-se por uma coorte histórica com análise de prontuários médicos de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes atendidos no Pró-Paz de janeiro a dezembro de 2007, na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. O citado hospital atende pacientes da capital e do interior do estado do Pará e é referência no atendimento da mulher e da criança.

O critério idade considerará aquele estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que considera criança pessoa até 12 anos incompletos e adolescentes, aquela entre 12 e 18 anos de idade incompletos.

O Pró-Paz Integrado atendeu 700 vítimas diretas e indiretas da violência sexual no ano de 2007. Deste total, 113 não foram matriculados por não se enquadrarem no perfil do programa. O programa consultou, então, 587 pacientes naquele ano.

Daqueles 587 registros do ano de 2007, 128 pacientes não tiveram prontuário médico aberto, sendo acompanhados apenas pelo serviço psico-social. Dezesesseis foram transferidos para outros serviços. Sete foram admitidos antes do período pré-estabelecido no presente estudo (ano de 2007). Sete abandonaram o acompanhamento, mas tinham o diagnóstico de gravidez confirmado. Três foram atendidos por outro tipo de violência que não a sexual. Dez prontuários não foram encontrados no arquivo do hospital. E, 202 casos eram de abandono precoce que impossibilitou o diagnóstico de DST.

O grupo controle foi composto por 50 prontuários de crianças e adolescentes consultados no Pró-Paz Integrado, mas que não haviam sido abusadas sexualmente e que tinham realizado os exames de triagem. O grupo de vitimizados fora composto por 164 indivíduos. Totalizando 214 prontuários analisados.

### **2.1.1 Critérios de inclusão:**

- Crianças com idade entre zero e 12 anos incompletos e adolescentes entre 12 e 18 anos incompletos atendidos na unidade de referência para vitimizados sexualmente da Santa Casa de Misericórdia do Pará, no ano de 2007,
- Registro de consulta médica no prontuário;
- As consultas aos prontuários tenham sido liberadas pela instituição.

### **2.1.2 Critérios de exclusão**

- Pacientes que não tenham avaliação médica;
- Ausência de abuso sexual (verificações de virgindade, calúnias, difamações, conflitos familiares).
- Não autorização à consulta do prontuário pela instituição.

## **2.2 MÉTODOS**

As informações foram obtidas dos prontuários dos pacientes, que estavam sob os cuidados da instituição supracitada, mediante termo de autorização para utilização de dados de prontuários dos pacientes atendidos pelo Pró-Paz Integrado expedido pelo responsável institucional (ANEXO II).

O estudo foi iniciado após revisão e aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

### **2.2.1 Coleta dos dados:**

Os dados foram coletados através do preenchimento de uma ficha protocolar, onde tinham sido inseridas informações sobre idade, sexo, data da ocorrência da

violência, tipo de exposição (com ou sem contato sexual) e acompanhamento clínico-laboratorial e tipo de DST, quando presente (ANEXO I).

### **2.2.2 Exames complementares:**

Os exames complementares foram realizados conforme a rotina do laboratório de análises clínicas da instituição. Foram solicitados no início do acompanhamento sorologias para HIV (Determine<sup>®</sup>), Veneral Disease Research Laboratory (VDRL), bacterioscopia/ a fresco/pesquisa de clamídia na secreção vaginal/uretral, sorologia para hepatite B e C, urina I, urocultura e hemograma.

Esses exames eram refeitos durante o acompanhamento e ao final do 6º mês.

### **2.2.3 Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis:**

#### **2.2.3.1 Hepatite B e C:**

Na pesquisa para hepatite B foram investigados os seguintes marcadores sorológicos: HBsAg, anti-HBc IgM e anti-HBs. Para a hepatite C pesquisou se o marcador anti-HCV. Para a detecção destes marcadores, as amostras de soro foram submetidas a exames imunoenzimáticos no laboratório do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará, e na impossibilidade desta, nos laboratórios conveniados, Paulo Azevedo e Amaral Costa.

Os exames sorológicos foram feitos com “kits” comerciais para os testes da hepatite B e C com métodos imunoenzimáticos do tipo ELISA. Os procedimentos técnicos referentes aos testes imunológicos seguiram as especificações dos fabricantes dos reagentes e dos aparelhos empregados.

### 2.2.3.2 HIV

Foi utilizado teste rápido para AIDS com kit comercial Determine da Abbott, que é um teste imunocromatográfico qualitativo de alta especificidade e sensibilidade (no sangue é de 100 % e 98.9%, respectivamente), para a detecção de anticorpos específicos para os vírus da imunodeficiência humana.

Para a realização do teste foi usada, em cada paciente, uma gotícula de sangue coletada por punção digital.

Colocou-se o sangue no poço da amostra e a seguir uma gota do tampão da lavagem. Após 30 minutos procedeu-se a leitura do teste. A presença de duas linhas avermelhadas indicava teste positivo. E uma linha vermelha indicava teste negativo.

### 2.2.3.3 Sífilis

Para seu diagnóstico utilizou-se nas amostras de soro o teste não treponêmico VDRL. A presença de floculação indica o teste reagente (prova qualitativa) e neste caso procedeu se a prova semi-quantitativa com diluições da amostra 1:2, 1:4, 1:8, 1:16 e 1:32.

### 2.2.3.4 Vulvovaginites e uretrites:

Coletados secreções através de swab de conteúdo vaginal, endocervical ou uretral para realização de bacterioscopia auxiliar na identificação bacteriana pelo método de Gram. E também amostras para exame a fresco, com hidróxido de potássio a 10% ou soro fisiológico, para identificação de leveduras, *Trichomonas vaginalis* e *Gardnerella vaginalis*.

#### **2.2.4 Análise estatística:**

Os dados foram armazenados em banco de dados eletrônicos e inseridos no programa EPI INFO, versão 6.04 para análise estatística dos mesmos.

As tabelas e gráficos foram construídas com a utilização do programa da Microsoft EXCEL 2003.

Para análise da significância foi utilizado o teste Qui-Quadrado, com nível  $\alpha = 0,05$  (5%), através do software BioEstat 5.0, assinalando com asterisco (\*) os valores significantes.

### 3 RESULTADOS:

Foram avaliadas 214 crianças atendidas no programa de referência para vitimizados (Pro - paz) do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Cinquenta crianças não tinham abuso sexual (grupo controle), e 164 indivíduos com violência sexual (grupo vitimizados).

O grupo controle foi distribuído em 37 crianças do sexo feminino (74%) e os demais do sexo masculino. No grupo de vitimizados prevaleceu o sexo feminino como mais implicado (85% dos casos).

O grau de instrução foi determinado em anos de estudo completos. Os indivíduos do grupo controle, em sua maioria, não tinham qualquer escolaridade. No grupo vitimizados, a maior parte tinha entre quatro a sete anos de estudo (40,9%), seguidos da não escolaridade (29,9%) e de um a três anos de estudo completos (22%).

A grande maioria, em ambos os grupos, não possuía qualquer tipo de doença mental. E, a maioria dos indivíduos, nos dois grupos, procedia da capital do estado. Todas essas informações podem ser vistas na tabela 1.

Não houve diferenças estatísticas significativas quando comparado sexo, escolaridade, doença mental e procedência entre os grupos.

No grupo controle a faixa etária foram bem distribuídas, sendo as mais frequentes até seis anos de idade e, em iguais proporções as demais faixas estabelecidas.

A frequência de idade dos pacientes do grupo de vitimizados ocorreu em ordem decrescente, sendo as crianças mais velhas, as mais acometidas. A faixa etária que predominou foi entre 13 e 18 anos (37,8%), seguido da faixa de 10 aos 12 anos (22%). As crianças das faixas etárias mais tenras mostraram se preservadas. Houve significância estatística quanto a este quesito.

**TABELA 1** – Fatores socioeconômicos do grupo controle e vitimizados atendidos no Pro - paz em 2007.

<b>FATORES SÓCIOECONÔMICOS</b>	<b>VITIMIZADOS (N=164)</b>	<b>%</b>	<b>CONTROLE (N=50)</b>	<b>%</b>	<b>p-valor</b>
<b>FAIXA ETÁRIA (anos)</b>					
Até 06	34	20,7	20	40,0	
07 a 09	32	19,5	9	18,0	<b>0,0256* (X<sup>2</sup>)</b>
10 a 12	36	22,0	11	22,0	
13 a 18	62*	37,8	10	20,0	
<b>SEXO</b>					
Masculino	24	14,6	13	26,0	<b>0,0996 (X<sup>2</sup>)</b>
Feminino	140	85,4	37	74,0	
<b>ANOS DE ESTUDO</b>					
Nenhum	49	29,9	23	46,0	
01 a 03	36	22,0	10	20,0	<b>0,0702 (X<sup>2</sup>)</b>
04 a 07	67	40,9	12	24,0	
08 a 11	4	2,4	2	4,0	
Sem Informação	8	4,9	3	6,0	
<b>DOENÇA MENTAL</b>					
Sim	4	2,4	2	4,0	<b>0,5583 (teste binominal)</b>
Não	160	97,6	48	96,0	
<b>PROCEDÊNCIA</b>					
Capital	102	62,2	33	66,0	<b>0,7485 (X<sup>2</sup>)</b>
Interior	62	37,8	17	34,0	

Fonte: dados protocolares

No grupo controle, exceto a cidade de Belém, o município mais informado foi o de Ananindeua, juntamente com Marituba, representando 8% dos casos, cada. Todos os demais municípios apresentaram baixa frequência (tabela 2).

No grupo de vitimizados mais da metade era procedente da mesorregião metropolitana de Belém (85,3%), que inclui os municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Barcarena, Santa Bárbara do Pará e Castanhal. O restante dos casos provinha das demais mesorregiões.

O nordeste paraense (7,8%); aqui representado pelos municípios de Augusto Correa, Abaetetuba, Cametá e Igarapé-miri; apresentou incidência significativa (seis casos).

A região do Marajó contribuiu com oito casos (4,8%), incluindo nesta área as cidades de Muaná, Ponta de Pedras, Santa Cruz do Arari e Soure.

Um caso procedeu do sudeste do estado, mais precisamente da cidade de Marabá, (0,6%), e dois pacientes procediam do sudoeste do estado (1,2%), das cidades de Altamira e Jacareacanga (tabela 2).

O município de Belém é dividido em oito distritos administrativos, com setenta e um bairros. O distrito de Icoaraci conta com nove bairros. Enquanto que o de Outeiro com quatro. Os bairros onde as vítimas se declararam moradores foram em ordem de frequência: distrito de Icoaraci (20,6%), Guamá (12,7%) e distrito do Outeiro (9,8%), seguidos dos bairros da Pratinha (5,9%) e Tapanã (5,9%).

O bairro de Bengui, Pedreira e Sacramento colaboraram com 4,9% dos casos, cada.

Note-se que os distritos de Icoaraci e Outeiro e os bairros da Pratinha, Tapanã, Bengui são contíguos e, juntos (46,1%), contabilizam quase metade dos registros. (tabela 3)

No distrito de Icoaraci, quase um quarto dos casos provinham do bairro do Tenoné, num total de cinco pessoas (4,9%).

**TABELA 2:** Município de procedência do grupo controle e das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro - paz em 2007.

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>VITIMIZADOS</b>	<b>%</b>	<b>CONTROLE</b>	<b>%</b>
Belém	102	62,2	33	66,0
Ananindeua	21	12,8	4	8,0
Marituba	9	5,5	4	8,0
Benevides	5	3,0	1	2,0
Acará	4	2,4	0	0
Ponta de pedras	4	2,4	1	2,0
Abaetetuba	3	1,8	0	0
Curuçá	2	1,2	0	0
Santa Cruz do Arari	2	1,2	0	0
Altamira	1	0,6	0	0
Augusto Correa	1	0,6	0	0
Barcarena	1	0,6	1	2,0
Cametá	1	0,6	0	0
Castanhal	1	0,6	0	0
Igarapé-miri	1	0,6	0	0
Jacareacanga	1	0,6	0	0
Marabá	1	0,6	0	0
Muaná	1	0,6	0	0
Moju	1	0,6	2	4,0
Santa Bárbara	1	0,6	1	2,0
Soure	1	0,6	0	0
Baião	0	0	1	2,0
Nova Timboteua	0	0	1	2,0
São Miguel do Guamá	0	0	1	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>164</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: dados protocolares

**TABELA 3** – Bairro de procedência das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro - paz em 2007.

<b>BAIRRO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>%</b>
Icoaraci	21	20,6
Guamá	13	12,7
Outeiro	10	9,8
Pratinha	6	5,9
Tapanã	6	5,9
Bengui	5	4,9
Pedreira	5	4,9
Sacramenta	5	4,9
Marco	4	3,9
Condor	3	2,9
Cremação	3	2,9
Marambaia	3	2,9
Terra Firme	3	2,9
Atalaia	2	2,0
Canudos	2	2,0
Castanheira	2	2,0
Mosqueiro	2	2,0
Parque Verde	2	2,0
Telégrafo	2	2,0
Coqueiro	1	1,0
Fátima	1	1,0
Umarizal	1	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Fonte: dados protocolares

As solicitações de atendimento foram pedidas, sobretudo, pelas delegacias e pelos conselhos tutelares. A demanda espontânea também foi significativa (8% nos controles e 6.7% nos vitimizadas), conforme é demonstrado na tabela 4.

**TABELA 4** - Fluxo de encaminhamento de crianças para avaliação no Pro - paz, em 2007.

FLUXO	VITIMIZADOS	%	CONTROLE	%
Delegacia	71	43.3	18	36,0
Conselho tutelar	46	28.0	10	20,0
Espontâneo	11	6.7	4	8,0
UBS	9	5.5	3	6,0
IML	7	4.3	2	4,0
Hospital Municipal SESMA/HPSM/Casa Mental	4	2.4	0	0
CAFA/CRAS	4	2.4	3	6,0
HSCMP	3	1.8	0	0
HSCMP	3	1.8	2	4,0
Ministério Público	2	1.2	1	2,0
Sentinela de Abaetetuba	2	1.2	0	0
Abrigos	1	0.6	3	6,0
Clínica particular	1	0.6	1	2,0
Vara da Infância	0	0	3	6,0
<b>TOTAL</b>	<b>164</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**UBS:** unidade básica de saúde **IML:** Instituto Médico Legal **SESMA:** Secretaria Municipal de Saúde **HPSM:** Pronto Socorro Municipal **CRAS:** centro de referência de assistência social **HSCMP:** Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará  
Fonte: dados protocolares

As principais causas de pedidos de avaliação, ao Pro - paz, no grupo controle, foram maus-tratos físicos (n=12), conflitos familiares (n=10) e verificações de virgindade (n=8).

As alterações gastrointestinais, genitais e quedas a cavaleiro também foram comuns, representando 10% dos motivos de atendimento, cada um (n=5). Dentre as alterações gastrointestinais, dois eram de constipação intestinal, dois de fissuras perianais e um de abscesso perianal (tabela 5).

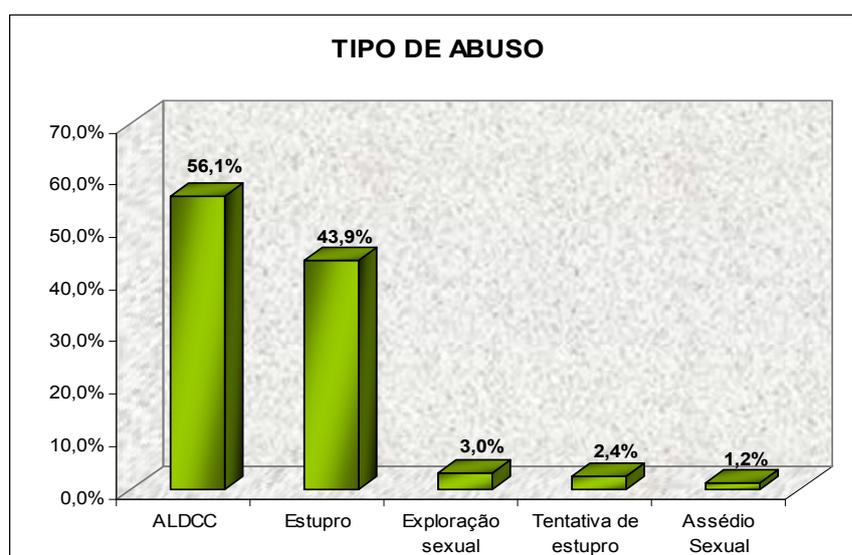
Dentre as alterações genitais as queixas apresentadas foram leucorréia inespecífica (três casos), sangramento genital (um caso) e fimose (um caso).

**TABELA 5** – Motivo da consulta do grupo controle no Pro - paz, em 2007.

MOTIVO DA CONSULTA	Frequência	%
Maus tratos físicos	12	24
Conflitos familiares	10	20
Verificação	8	16
Queda a cavaleiro	5	10
Alterações genitais	5	10
Alterações intestinais	5	10
Alteração de comportamento	4	8
Piúria	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: dados protocolares

Quanto ao tipo de abuso cometido, o ato libidinoso diverso da conjunção carnal (ALDCC) perfazia mais da metade da frequência (n=92). Com número de ocorrências considerável, segue o crime de estupro (n=72). Em menor ocorrência houve exploração sexual (n=5), tentativa de estupro (n=4) e o assédio sexual. (figura 1).



**Figura 1** – Tipo de abuso sexual sofrido pelas vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007. ALDCC: ato libidinoso diverso da conjunção carnal

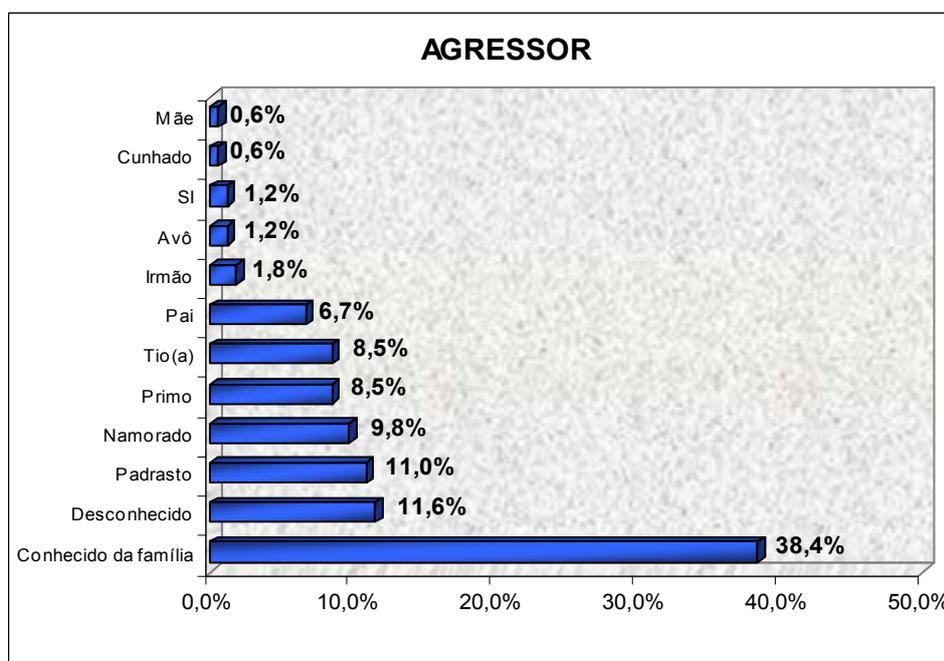
Fonte: dados protocolares

O perpetrador foi em sua maioria pessoa do convívio da criança ou adolescente. Incluem-se aqui os conhecidos da família e da vítima (n=79). Os vizinhos foram citados em 36 vezes. Amigos da família e conhecidos em 21 ocorrências. O namorado da vítima teve 16 menções. Colegas da escola em quatro episódios. O professor e a babá foram implicados uma vez, cada.

Dentre os familiares, o abusador mais frequentemente citado foi o padrasto (n=18), primos (n=14); tios (n=14), e pai biológico (n=11). Em menor número de vezes foi declarado o irmão (n=3); o avô (n=2) e o cunhado (n=1). A mãe foi referida em um caso. Em duas ocasiões não houve informação. (figura 2)

Em adolescentes do sexo feminino, na violência intrafamiliar, o maior implicado foi o tio (n=6), seguido do primo e padrasto (n=4). O pai foi mencionado três vezes, o irmão em duas e o avô e a mãe em uma.

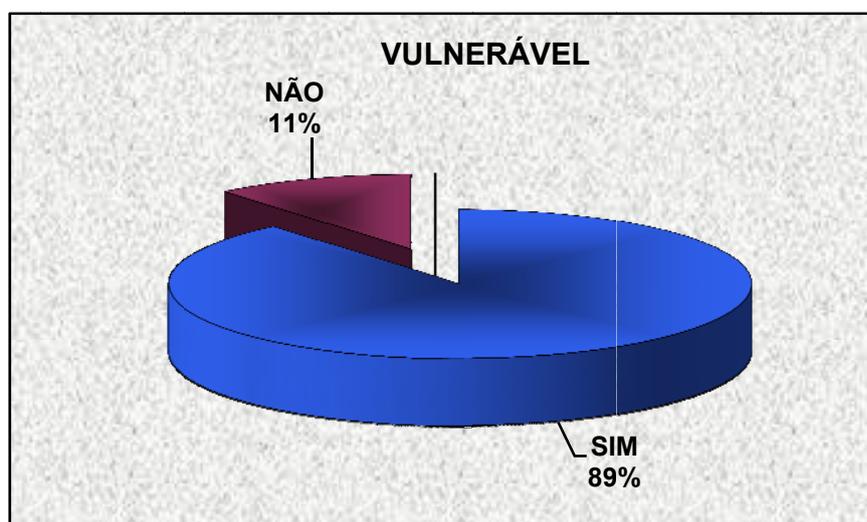
Ainda no grupo anterior, daqueles fora do convívio do lar, o conhecido ou amigo da família/vítima foram referidas nove vezes. O vizinho nove também. E o namorado em menor número, seis episódios. Dentre os adolescentes do sexo masculino, só houve um caso e o agressor não foi informado. Todas essas informações estão na figura 2.



**Figura 2** – Agressores das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007. SI: sem informação.

Fonte: dados protocolares

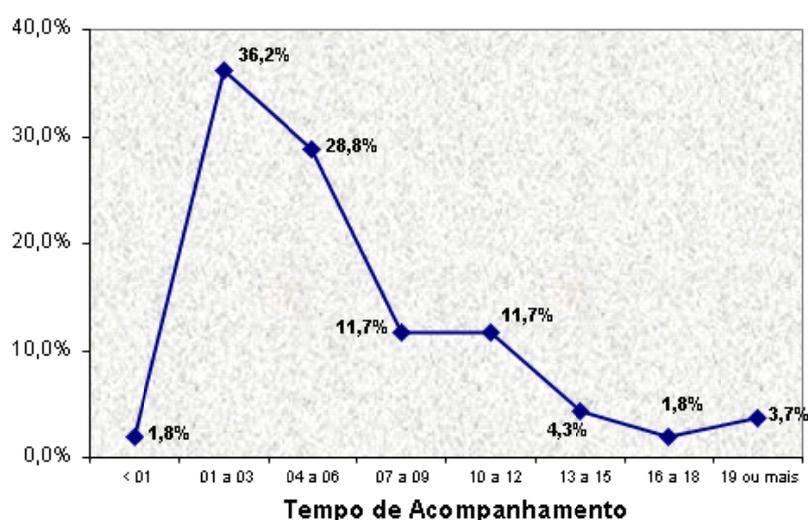
O maior grupo de acometidos foi a faixa etária de até 14 anos, denominado conforme a nova legislação em vigor, como vulnerável, representando 146 crianças e adolescentes dos 164 indivíduos estudados. (figura 3).



**Figura 3** – Distribuição proporcional quanto à vulnerabilidade (%) das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro - paz em 2007.

Fonte: dados protocolares

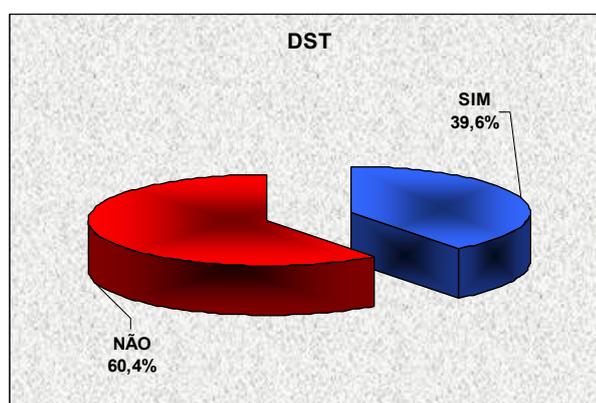
O seguimento foi mensurado em meses. A maior faixa de meses de acompanhamento foi entre um e seis meses (65%), conforme mostra a figura 4.



**Figura 4** – Tempo de acompanhamento ambulatorial, em meses, das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro - paz em 2007.

Fonte: dados protocolares

Do universo de crianças e adolescentes acompanhados, as DST aconteceram em 39,6% das vezes. O não surgimento de doenças ou outro tipo de implicação, que não as anteriormente citadas, surgem em 60,4%, como mostra a figura 5.



**Figura 5** – Evolução para DST das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007.

Fonte: dados protocolares

Dos 65 pacientes (39,6%) que apresentaram DST, as mais frequentes foram as vulvovaginites. Aqui incluíram-se a candidíase, vaginose bacteriana e tricomoníase.

A papilomavírose, aqui representada pelo condiloma acuminado, foi diagnosticada 14 vezes (21,5%). Gonorréia surgiu em seis casos (9,2%). Herpes genital foi identificado quatro vezes (6,2%). A doença inflamatória pélvica (DIP) sem agente definido acometeu três pacientes (4,6%). A sífilis foi diagnosticada em dois casos, que corresponde a 3,1%. (Tabela 6).

**TABELA 6** – Tipo de doença sexualmente transmissível adquirida pelas vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007.

DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL	Frequência	%
Vulvovaginite	43	66,2
Condilomatose	14	21,5
Gonorréia	6	9,2
Herpes	4	6,2
DIP	3	4,6
Sífilis	2	3,1
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

Fonte: dados protocolares.

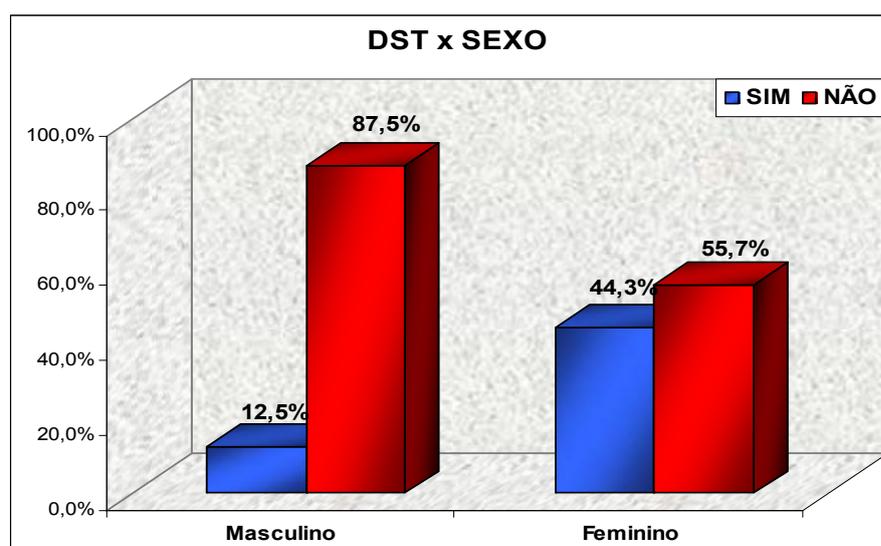
Quanto à distribuição entre a presença de DST e sexo, o sexo feminino apresentou em quase metade dos casos algum tipo de acometimento, representando 44,3% (figura 6 e tabela 7). O sexo masculino apresentou incidência bem menor de DST após o episódio de violência sexual, com 12,5% do total dos meninos.

**TABELA 7:** Presença DST, de acordo com o sexo, em vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007.

SEXO	Doença Sexualmente Transmissível			
	SIM	%	NÃO	%
Masculino	3	12,5	21	87,5
Feminino	62	44,3	78	55,7
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>39,6</b>	<b>99</b>	<b>60,4</b>

\*p = 0, 0066\* (Qui-quadrado).

Fonte: dados protocolares.



**Figura 6 –** Presença DST, de acordo com o sexo, em vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007. \*p = 0, 0066\* (Qui-quadrado).

Fonte: dados protocolares

Dentre as DST prevalentes no sexo masculino, todos os casos foram de condilomatose. Todos os outros tipos de DST acometeram o sexo feminino. (tabela 8).

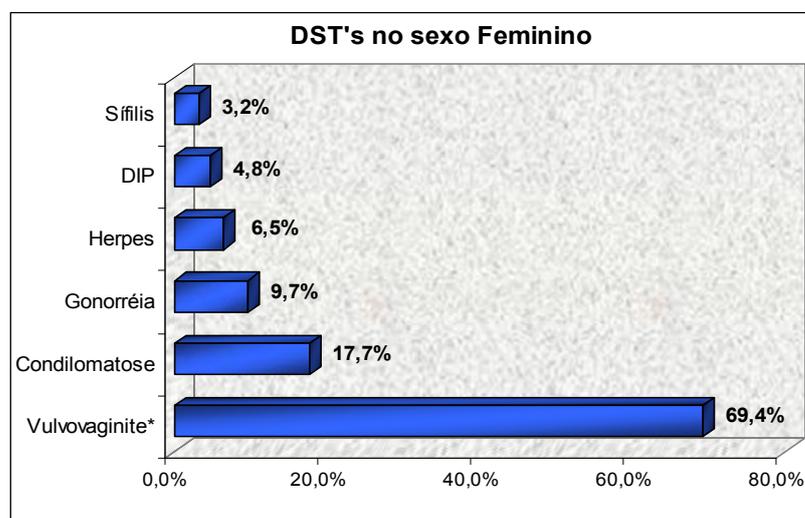
**TABELA 8** – DST, de acordo com o sexo, em vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro - paz, em 2007.

DST / SEXO	FREQUÊNCIA	%
<b>MASCULINO</b>	<b>N = 3</b>	
Condilomatose	3	100,0
<b>FEMININO</b>	<b>N = 62</b>	
Vulvovaginite*	43	69,4
Condilomatose	11	17,7
Gonorréia	6	9,7
Herpes	4	6,5
DIP	3	4,8
Sífilis	2	3,2

\*p = 0,0035 (Qui-quadrado).

Fonte: dados protocolares.

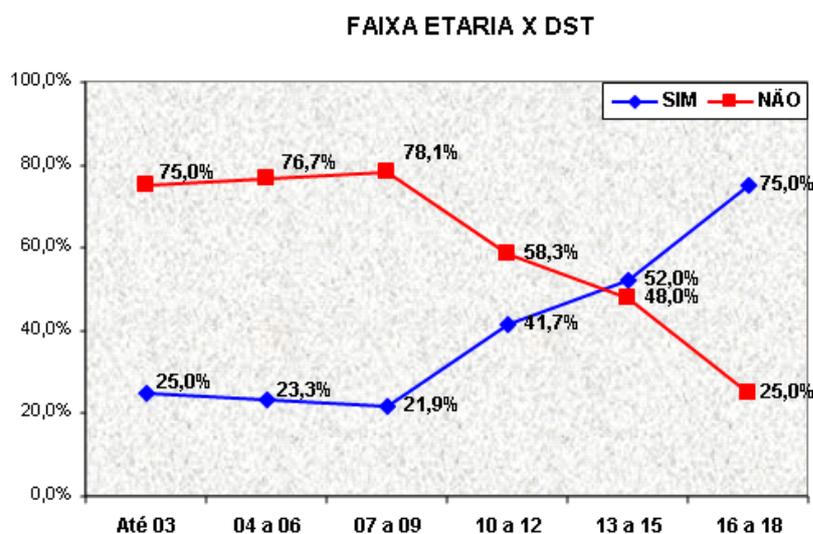
As pacientes do sexo feminino tiveram em sua maioria vulvovaginites (estatisticamente significante) seguidos de condilomatose e gonorréia. A sífilis foi a DST menos frequentemente encontrada. (figura 7)



**Figura 7** – Tipo de DST presente no sexo feminino de vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007. \*p= 0, 0035\* (Qui-quadrado).

Fonte: dados protocolares.

Em relação à faixa etária em que mais acontecia DST, no grupo vitimizados, a maior incidência foi entre os adolescentes, sobretudo dos 13 aos 18 anos de idade. Mostrando relevância estatística. (figura 8)



**Figura 8:** Faixa etária, segundo a presença de DST, em vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007. \* $p=0,0016^*$ (Qui-quadrado).

Fonte: dados protocolares.

Quanto à presença de moléstias de contágio venéreo, de acordo com o fluxo de encaminhamento, se for comparado como um todo, não há relevância estatística. Porém, quando se relaciona apenas as principais fontes de referência, isto é, delegacias e conselho tutelar, há significância estatística (tabela 9 e tabela 10).

**TABELA 9** – Presença de DST conforme o fluxo de encaminhamento das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007.

FUXO	DST			
	SIM	%	NÃO	%
delegacia	28	40,5	41	59,5
conselho tutelar	13	27,0	35	73,0
outros	24	51	23	49,0
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>39,6</b>	<b>99</b>	<b>60,3</b>

$p=0,0564$ (Qui-quadrado).

Fonte: dados protocolares.

**TABELA 10** – Presença de DST conforme os principais fluxos de encaminhamento das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007.

FUXO	DST			
	SIM	%	NÃO	%
Delegacia	28	40,5	41	59,5
Conselho tutelar	13	27,0	35	73,0
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>35,4</b>	<b>76</b>	<b>64,9</b>

\* $p=0,02888^*$  (Qui-quadrado).

Fonte: dados protocolares.

Não houve significância estatística se os pacientes provinham da capital, ou do interior para o desenvolvimento de doença sexualmente transmissível (tabela11).

**TABELA 11** – Presença de DST conforme a procedência das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007.

PROCEDÊNCIA	DST			
	SIM	%	NÃO	%
Capital	40	61,5	62	62,6
Interior	25	38,5	37	37,4
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

$p=0,09808$ (Qui-quadrado).

Fonte: dados protocolares.

O tipo de abuso sexual envolvido esteve fortemente relacionado ao desenvolvimento de doença sexualmente transmissível. As situações onde houve o intercurso vaginal tiveram maiores chances de doenças do que naqueles em que outros tipos de contato sexual estavam envolvidos (Tabela 12).

**TABELA 12** – Desenvolvimento de DST de acordo com o tipo de exposição sofrida pelas vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007.

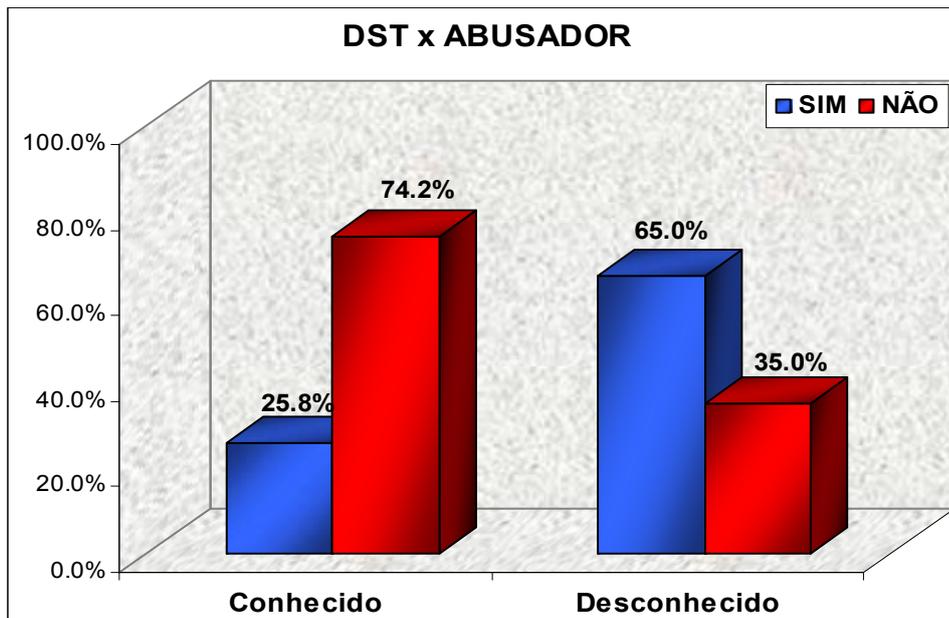
ABUSO	DST			
	SIM	%	NÃO	%
ALDCC	22	32,3	69	73,4
Estupro	46	67,7	25	26,6
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>42</b>	<b>94</b>	<b>58</b>

ALDCC: ato libidinoso diverso da conjunção carnal.

\* $p=0,0000$ \* (Qui-Quadrado).

Fonte: dados protocolares.

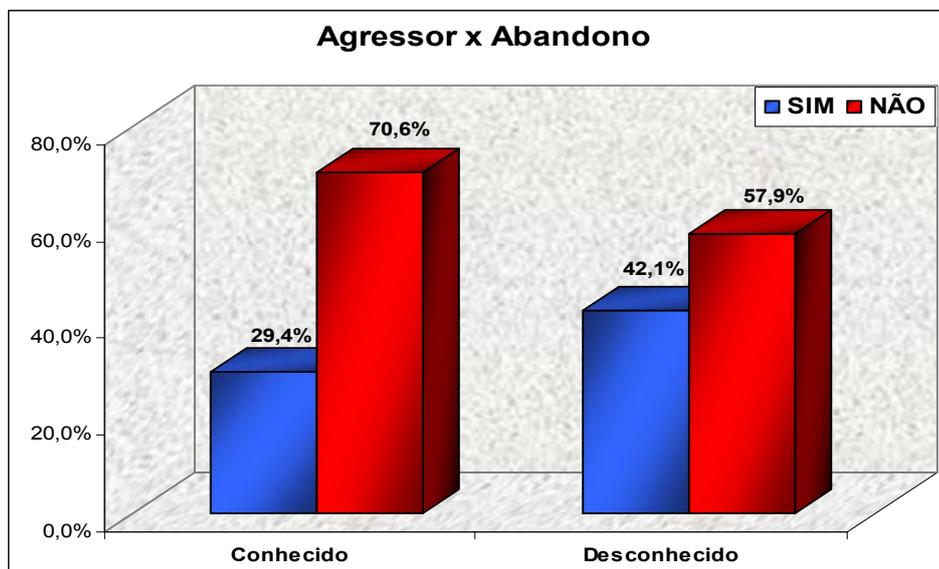
Se abusador era desconhecido da vítima a chance de desenvolver doença sexualmente transmissível foi muito significativa (figura 9).



**Figura 9** – DST em crianças vitimizadas atendidas no Pro - paz de acordo com o abusador, em 2007. \* $p = 0,0012$ \* (Qui-quadrado).

Fonte: dados protocolares.

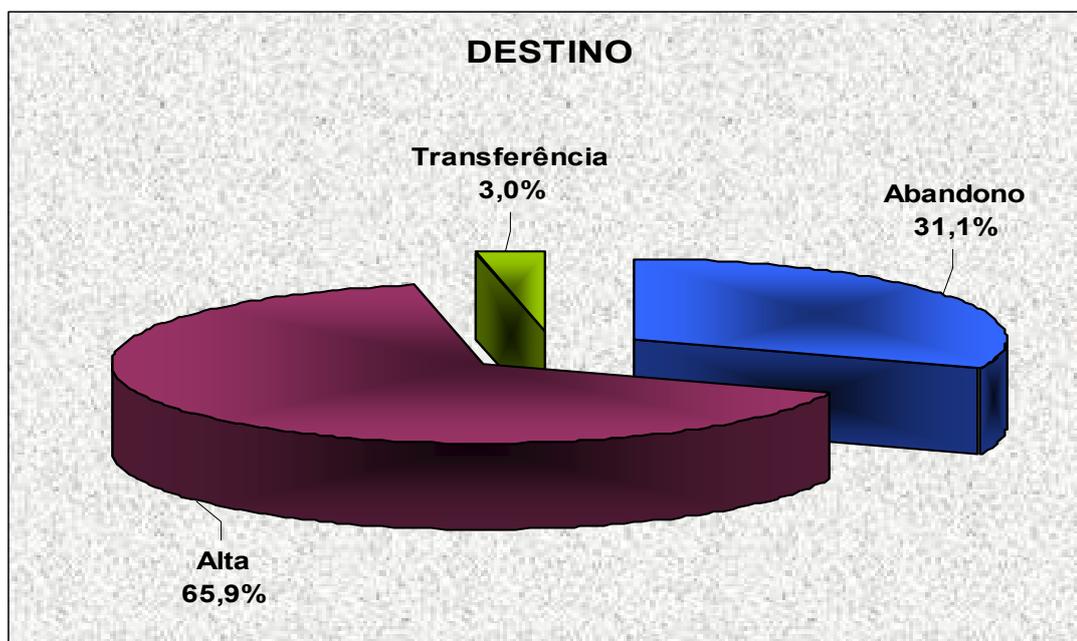
Quanto à incidência de abandono ou não do tratamento, relacionada à proximidade do perpetrador, não ocorreu relevância estatística. (figura 10)



**Figura 10** – Abandono de tratamento, quanto à proximidade com o agressor, das vítimas de abusos sexuais atendidas no Pro – paz, em 2007.  $p = 0,3872$  (Qui-quadrado).

Fonte: dados protocolares.

Embora tenha se conseguido um bom índice de acompanhamento (até a alta) dos pacientes (n=108), o abandono do seguimento médico foi muito importante, e se fez presente em 31,1% dos casos. As transferências para outros serviços foram mínimas, em apenas cinco situações, equivalentes a 3,0%. (figura 11).



**Figura 11** – Destino final das vítimas de abusos sexuais infantis atendidas no Pro - paz em 2007.

Fonte: dados protocolares

## 4 DISCUSSÃO

O abuso sexual (AS) tem forte impacto na saúde física e mental de crianças e adolescentes trazendo consequências que podem persistir por toda a vida acarretando gastos à saúde pública.

Indivíduos vítimas de abuso sexual na infância podem adquirir algum tipo de DST ainda neste período. Na vida adulta ou durante a adolescência, como consequência, pode vir a desenvolver comportamentos sexuais de risco para a aquisição de DST, como por exemplo, multiplicidade de parceiros, o não uso de preservativos e recusa de tratamento médico (SENN 2006, 2007; PETRAKS et al, 2000).

Estatísticas nacionais mostram que o sexo masculino é vítima de abuso sexual em apenas 10% dos casos (PFEIFFER e SALVAGNI, 2005). Neste estudo o percentual de casos em meninos foi quase 5% maior que o relatado pelas autoras anteriores. Não quer dizer que haja poucos casos masculinos, eles devem ser subestimados, porque é culturalmente mais aceito para a menina, tornando mais difícil a denúncia quando se trata de um homem.

Outro fator importante para justificar a menor ocorrência nos meninos são os preconceitos machistas da sociedade, que não aceita a violação do homem, pois associa o ocorrido com comportamentos homossexuais.

A literatura aponta o sexo feminino como sendo o mais implicado nas denúncias de violência sexual. Dados da OMS acenam que no ano de 2002, 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos teriam sido vítimas de abuso sexual (ONU, 2008). Em pesquisa realizada em Porto Alegre, entre estudantes adolescentes, as meninas se disseram mais frequentemente acometidas por violência sexual (POLANCZYC, 2003).

Levantamentos de dados realizados entre os meses de setembro a novembro de 2006 e 2007, em várias unidades da federação e capitais, exceto Belém, São Paulo e Porto Alegre, corroboram com os achados deste trabalho e concordam com a literatura (MASCARENHAS et al, 2010) quanto à maior frequência de abusos sexuais contra meninas.

A maior freqüência no gênero feminino pode ser justificada pelos fatores culturais de afirmação do masculino sobre o feminino, onde o homem materializa seu poder na submissão da mulher usando para tal a força física ou estratégias emocionais, incluindo se aqui a sedução.

Outro fator importante é a maior facilidade em denúncia quando a menina é acometida pela mais fácil aceitação por parte da sociedade de que o fato ocorra com uma menina.

No Pro - paz a faixa etária mais acometida foram as idades púberes (10 – 15 anos), seguidos daquela entre os sete e nove anos de idade. Achados semelhantes foram encontrados na Bolívia, onde no período de um ano (1995 e 1996), a maioria (44%) dos vitimizados estava na faixa etária entre 10 e 14 anos, seguida de pré-púberes de 5-9 anos (GERRA, 2000). Em estudo realizado em Feira de Santana (BA) a violência sexual também foi predominante em maiores de 10 anos (COSTA et al, 2007).

Como ocorreu em Belém, as tenras idades foram preservadas devido, possivelmente, aos fatores anatômicos que dificultam a cópula e os atos libidinosos mais agressivos e a maior proximidade da criança com a mãe, por conta da dependência própria da idade, deixando a sob maior vigilância.

A maior ocorrência em púberes ocorre, provavelmente, porque na puberdade, ou próximo a ela, há grande desenvolvimento físico e sexual com amplificação do espaço do adolescente na sociedade, favorecendo seu distanciamento dos responsáveis facilitando a violência sexual.

O ambiente familiar, ou próximo a ele, foi onde mais ocorreram os casos. Isto porque a maioria dos perpetradores eram pessoas da família ou de seu círculo de amizade. Os homens são mais violentados por desconhecidos e o contrário ocorre com as meninas. Talvez porque a menina seja mais protegida pela família e mais resguardada ao lar. Todavia, esse comportamento as torna mais vulneráveis aos agressores familiares ou pessoas muito próximas ao seu convívio.

No Projeto Violência de Gênero da Universidade Estadual Paulista, nos casos em que houve violência sexual intrafamiliar, 80% dos agressores era o pai biológico ou padrasto ou irmão. Naquele projeto, não houve relatos de violência intrafamiliar em meninos (ARAÚJO, 2002). Em outra pesquisa realizada em São Paulo o abuso

incestuoso ocorreu, sobretudo, com o pai e a seguir com o padrasto (SAFFIOTII, 1997). Na Bolívia os agressores mais referidos pelas vítimas foram os padrastos e os tios (GERRA, 2000).

No estudo realizado no Pro - paz (Belém do Pará), houve relato de um caso de violência intrafamiliar em menino perpetrado por uma tia. Os demais ocorreram em meninas onde os grandes vilões foram os padrastos, primos ou tios. O pai biológico teve menor participação do que nos trabalhos mencionados anteriormente. Possivelmente por maior dificuldade da denúncia para preservar a hegemonia do lar, medo de perder o provedor da família e vergonha perante a sociedade.

Entre as adolescentes, os agressores mais frequentemente apontados foram o amigo da família/vítima, ou vizinho, ou um familiar. O namorado foi implicado na minoria das vezes nesta faixa etária. Ao contrário de estudo mexicano que aponta o namorado como o principal perpetrador nas adolescentes (AYALA et al, 2009). Estudo brasileiro realizado em Campina Grande, na Paraíba, entre 2005 e 2006, diferentemente deste trabalho, também mostrou que neste grupo etário o perpetrador mais relatado foi o namorado (BAPTISTA et al, 2008).

A grande fonte de denúncias, em Belém, foram os Conselhos Tutelares. Fato este que acompanha a tendência nacional onde a participação da escola e dos estabelecimentos da saúde ainda é tímida (CAVALCANTI, 1999; SILVA et al, 2002; COSTA, 2007). Isto deve ocorrer pelo despreparo dos profissionais em lidar com as situações de exposição à violência e os seus encaminhamentos pertinentes, por falta de conhecimento das leis, por encararem o fato como problemas a serem solucionados pelo núcleo familiar, e pela falta de conhecimento da obrigatoriedade da denúncia (BEZERRA, 2004).

No presente estudo predominou a violência presumida pela minoridade (*innocentia consilli*), ocorrendo em 89% das vezes. Dados similares foram encontrados em centro de referência para desenvolvimento infantil em Ribeirão Preto – SP, após análise dos casos notificados pela Delegacia de Defesa da Mulher, entre os anos de 1996 e 2000 (FERREIRA, 2000).

Aos menores de 14 anos presume-se a impossibilidade do livre consentimento pela incapacidade de fazê-lo. Não possuem, portanto, a compreensão das consequências do ato sexual. Esses menores são vitimizados

pela autoridade de um adulto ou adolescente mais velho, que muitas vezes se valem da inocência infantil.

A procedência era principalmente da região metropolitana de Belém. As demais mesorregiões tiveram poucos encaminhamentos. Esse fato se deve ao enorme tamanho do estado que dificulta a chegada desses indivíduos a capital, à centralização de serviços de referência na capital, ausência do poder público nas localidades distantes e fatores culturais que culminam por aceitar a violência. A assistência médica precária dispensada à população do interior também contribui para o menor número de pessoas vindas desses locais por diminuir as chances de diagnósticos de manifestações que poderiam levantar suspeitas de AS.

Apesar da alta prevalência de abuso sexual, a maioria das crianças, felizmente, não adquire nenhuma DST (SHAPIRO; MAKOROFF, 2006). Porém, nestes indivíduos, há uma probabilidade maior de desenvolver algum tipo de DST durante qualquer fase da vida, quando comparado àqueles que nunca tiveram tais experiências na infância (REZA et al, 2009). A presença de tais moléstias na população pediátrica deve levar a pronta avaliação forense e clínico-laboratorial para a exclusão de violência sexual (YAMAZAKI, 2009; BECHETEL, 2010).

A aquisição de DST é preocupante, pois elas podem causar graves problemas à saúde de seu portador ou serem transmitidas a outros. Poderão ocorrer extensas lesões genitais, transmissão vertical, aborto, parto prematuro, esterilidade (JOHNSON e HELLERSTEDT, 2002) e alguns tipos de cânceres (KANESHIMA et al, 2005; ROCHA et al, 2008).

Uma acurada determinação do risco de condições sexualmente transmissíveis em vítimas de abuso sexual é dificultada por uma variedade de fatores: (a) a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis varia de acordo com a região e entre diferentes populações dentro desta mesma região. (b) poucos estudos atentaram para a existência prévia de infecção antes do abuso. Isto é impossível de se determinar quando o abuso é crônico. Em crianças com infecções pré-existentes, fora a transmissão vertical, pode ocorrer por uma inadvertida propagação não sexual, prévia atividade sexual com seus pares ou abuso sexual prévio. (c) o período de incubação é variável, podendo ser de poucos dias para a gonorréia a muitos meses para o vírus do papiloma humano.

A evolução para infecção também sofrerá influências do tipo de violação sofrida. Penetrações vaginais ou anais mais frequentemente levam a diagnóstico de infecções. Contatos crônicos também aumentam as chances, devido o número aumentado de contatos com um indivíduo contaminado.

A prevalência de todas as DSTs em crianças sexualmente abusadas gira em torno de 2% a 7% em garotas e 0% a 5% em garotos. Acompanhando a prevalência dos adultos, a infecção por clamídia, papilomavirose e gonorréia são as doenças clinicamente mais prevalentes entre os vitimizados. Infecção pelo HIV e sífilis são raras (ATABAKI, PARADISE, 1999).

Na Nova Zelândia ao serem analisadas crianças entre 0-17 anos, suspeitas de violência sexual, entre os anos de 1991 e 1998, encontraram-se 2,8% de DST presentes naqueles indivíduos, sendo 5,6% nos com 10 anos ou mais e 1,2% nos abaixo de 10 anos de idade (KELLY e KOH, 2006).

Em Londres, após análise laboratorial de crianças suspeitas de terem sofrido abuso, encontraram organismos de transmissão sexual em 3,7% das meninas que tinham realizado exames. Em nenhum menino foi achado positividade para germes de transmissão sexual (ROBINSON et al, em 1998).

No corrente estudo foram encontradas 39,6% de evoluções para moléstias sexualmente transmissíveis. Valor este muito acima daqueles anteriormente expostos.

Trabalho realizado na África sub – Saara, em 23 anos de estudos, 10 - 67% das crianças com alguma DST tinham sido abusadas sexualmente (PITCHÉ, 2005). É consenso na literatura que as DST são mais comuns quanto maior a idade em decorrência de agressões mais ousadas permitidas pela anatomia da idade, por exemplo, as penetrações anais e vaginais. Também por causa dos longos períodos de incubação de algumas doenças que só surgiriam em idades mais avançadas.

Tais afirmações corroboram com os achados desta pesquisa a qual mostra que as baixas idades são poupadas em detrimento das maiores, onde a presença de doença foi mais encontrada a partir dos 10 anos de idade. Esses achados também sofreram influência dos tipos de abuso, pois o ALDCC foi o tipo de crime mais

mencionado seguido do estupro (aqui penetração vaginal na mulher) mais comum nas maiores idades.

Na literatura encontra se descrito que o sexo feminino é o mais afetado pelas doenças sexualmente transmissíveis, nos casos de violação sexual. Dados esses corroborados por levantamento realizado com estudantes de Baltimore – EUA por Trent et al (2007). Situação semelhante encontrada neste estudo.

A gonorréia é umas das doenças sexualmente transmissíveis mais comuns que afeta primariamente a mucosa vaginal, uretra e endocérvice. Podendo se estender até a mucosa retal, faríngea e conjuntival. Durante o trabalho de parto pode ser transmitido ao bebê levando a uma severa conjuntivite purulenta.

Na criança, excetuando se a transmissão pelo canal de parto, o isolamento da *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) é considerado diagnóstico de certeza de abuso sexual, segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP, 1996). Adolescentes tem risco aumentado de adquirir - la mais do que em qualquer outra idade sexualmente ativa.

A gonorréia ocorreria em 1–30% das crianças abusadas sexualmente (SCHWARCZ e WHITTINGTON, 1990). Levantamento realizado no Chile entre 1983 – 1986, o diagnóstico de gonorréia foi compatível com 36% dos casos (SIMS, 1999). Em outra unidade de atendimento chilena, a Ng foi responsável por 21,4% e 3,7% das consultas em 1996 e 2000, respectivamente (MUÑOZ, 2003).

Tais dados, demonstrados anteriormente, concordam com os achados neste estudo paraense em que a doença aconteceu em 9,7%, tendo sido identificada como a terceira causa de DST nesta população. Contrapondo se aos achados do Congo que diagnosticaram a gonorréia como sendo a principal enfermidade de transmissão sexual em vítimas de AS, provavelmente por ter alta prevalência na população adulta local (PITCHÉ et al, 2000).

A infecção por clamídia é a mais freqüente infecção genital em adultos nos EUA tendência esta também demonstrada em adolescentes sexualmente ativas. A presença deste patógeno em mucosa vaginal de pré-púberes é altamente sugestiva de abuso sexual.

O diagnóstico é bem documentado para os adultos e adolescentes, a cultura ainda é o método mais usado nesta população bem como a IFD (imunofluorescência direta), métodos às vezes não aceitos pelos menores devido à necessidade de

procedimento invasivo. O uso de testes com amplificação do ácido nucléico já tem sido bem documentado em adultos e adolescente e promissor para crianças.

Everett et al (1998) encontrou prevalência de 1,3% de infecção genital por clamídia em crianças abusadas num período de 16 anos. Em população feminina com menos de 16 anos e vitimizadas sexualmente, em Londres (KAWSAR et al, 2004), a ocorrência de infecção por clamídia foi de 34%. Este tipo de infecção não foi diagnosticado no presente estudo. Possivelmente por falhas na coleta de material, pela dificuldade na aceitação dos menores do uso de técnicas invasivas, não emprego adequado das técnicas ou mesmo o não uso delas.

Quanto às sífilis, esta pode infectar a criança no útero (sífilis congênita) ou de modo similar ao que acontece com adultos (sífilis adquirida). A sífilis adquirida é considerada pela AAP como diagnóstico de certeza de abuso sexual na idade pediátrica. A epidemiologia tanto da sífilis congênita quanto adquirida em vitimizadas está dependente da epidemiologia da doença em adultos. Logo, associada ao grau de desenvolvimento do país estudado, sendo mais prevalente quanto menos desenvolvido este for.

A doença é menos prevalente entre suspeitos de abuso sexual do que as outras DST, por exemplo, a gonorréia. Estatísticas de países desenvolvidos sugerem que a sífilis, neste grupo, deve girar em torno de 0-3% (SCHWARCZ e WHITTINGTON, 1990). Porém, PANDHI; KANNA; SEKHRI (1995) encontraram evidências de sífilis em 27,6% de crianças sexualmente molestadas na Índia, país extremamente pobre e onde a prevalência da doença ainda é alta.

Outro estudo mais recente realizado nos EUA com possíveis pacientes sexualmente molestados mostrou a sífilis presente em apenas uma criança dentre 384 que tinham realizado testes sorológicos (GIRARDET et al, 2009).

O presente trabalho encontrou cifras semelhantes àqueles de países desenvolvidos com menores registros da sífilis adquirida após provável violência, pois ela foi a DST menos diagnosticada dentre todas, com apenas 3, 2% de casos na população estudada.

O condiloma é a doença sexual viral mais comum em adultos. A forma clínica que mais afeta as crianças são as verrugas anogenitais. O aumento da infecção anogenital em crianças é reflexo da alta incidência em adultos (PEREIRA et al,

2008). História de abuso é encontrada em 50-70% dos casos de condiloma, por isso, é considerada pela AAP como diagnóstico muito suspeito de abuso sexual.

A transmissão sexual ocorre por contato sexual que envolva fricção, microtraumatismos e fômites. Daí a importância dos ALDCC que, embora sem intercurso sexual, possibilitam a transmissão da doença. Essas crianças infectadas são potencialmente de risco para o desenvolvimento de neoplasias cervicais, vulvares e vaginais. Doença bastante descrita entre vítimas de violência sexual de acordo com a literatura internacional, tendo sido a segunda causa de DST em estudo realizado em Cuba (MENDOZA et al, 2009). Fato este concordante com os achados deste trabalho onde também foi a segunda causa de DST entre as meninas e única forma de apresentação entre os meninos.

A presença de lesões herpéticas em região genital é considerada pela AAP como suspeito de abuso sexual. O risco de aquisição de herpes, após episódio de agressão sexual, é insabido. Segundo a literatura mundial seu isolamento não é muito freqüente, sendo o diagnóstico predominantemente clínico. Foi pouco diagnosticado neste estudo.

As vulvovaginites (VV) específicas aparecem como um dos problemas mais frequentes e importantes de morbidade ginecológica pediátrica. Considerar-se-á aqui aquelas causadas pelo *T.vaginallis*, espécies de *Cândida* e *G. vaginallis*. A presença de tricomoníase em conteúdo vaginal ou urina de pré - púberes é altamente sugestivo de AS. Em vários estudos a tricomoníase aparece como o agente mais isolado de exames de swab da secreção vaginal de crianças abusadas. Chegando, em alguns países desenvolvidos, a ser o mais comum agente etiológico envolvido nestes casos (ROBINSON et al, 1998; GALLION et al, 2009). Estudos brasileiros mostram a importância das VV em adolescentes sexualmente ativas (TAQUETTE et al 2004,2005) onde elas são as principais causas de visitas ginecológicas.

O exposto acima concorda com os achados da atual pesquisa. Devido a grande presença dos agentes na população sexualmente ativa isto também se reflete na população infanto-juvenil sexualmente molestada por adultos ou adolescentes maiores.

É bom lembrar que como a manifestação é visível com a presença de corrimento, às vezes fétido, há maior procura por atendimento médico promovendo o diagnóstico clínico da doença e do AS.

O risco de transmissão do HIV por exposição sexual é estimado em 0,8-3%, por exposição anal e 0,05-0,15% em exposição vaginal (NEU et al, 2007). É DST viral de grande impacto na saúde de adultos e crianças. Predominantemente transmitida às crianças por suas mães, a infecção perinatal tem sido controlada pelo uso do AZT nas grávidas e no recém-nascido. Na exposição sexual indesejada tem sido evitada pelo uso de medicamentos até 72 horas do ocorrido.

A infecção pelo HIV após violência sexual é subestimada pelas baixas taxas de denúncia. Não obrigatoriedade de realização do teste de triagem pelo abusador, poucos estudos sobre o uso das drogas pós - exposição e pelo não uso corrente de profilaxia em todos os países, em alguns lugares é restrita a casos selecionados. Gutman et al (1991), na Carolina do Norte, EUA, ao estudar crianças com infecção pelo HIV encontrou 4.1% de infectados onde o AS foi a única forma de transmissão. Gellert et al (1993) ao analisar sorologias de suspeitos de AS, nos EUA, encontrou positividade em 0,7% dos exames.

Estudo realizado com menores vítimas de exploração sexual em Bogotá, Colômbia, o diagnóstico de HIV foi significativo, representando 8.6% de diagnóstico de moléstias sexualmente transmissíveis (PINZÓN-RONDÓN et al, 2009).

No Brasil os dados são escassos, com baixos índices sorológicos positivos para o vírus em vítimas de abuso sexual. Esta tendência se repete em Belém em 2007, onde não houve casos dentre os acompanhados pelo serviço de referência. Porém, algumas crianças que necessitaram realizar profilaxia para SIDA foram acompanhados por outro serviço confundindo os resultados.

O tempo de acompanhamento foi relativamente bom. O abandono está associado as dificuldades no retorno ao serviço por dificuldade financeira dos usuários e desconhecimento das DST e suas conseqüências a saúde, pois os usuários do serviço são em sua maioria de classes sociais menos favorecidas.

## 5 CONCLUSÕES

- Há uma baixa prevalência de DST em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, porém significativa. A triagem para infecção genital é mandatória nos casos suspeitos e/ou confirmados de abuso sexual;
- A presença de DST foi mais frequente neste estudo do que nos apresentados no restante do Brasil e do mundo;
- O sexo feminino foi o mais acometido por DST;
- As vulvovaginites foram as moléstias mais identificadas, seguidas da papilomavirose e gonorréia. A sífilis foi a menos frequente;
- Embora a infecção por clamídia seja de alta prevalência em outros estudos, no presente não foi encontrada;
- Para melhorar o diagnóstico da infecção por clamídia métodos mais sofisticados devem ser adicionados à triagem em Belém;
- O abuso sexual é mais comum entre o sexo feminino, nas idades mais elevadas, sendo o perpetrador um familiar ou pessoa do convívio familiar;
- A descentralização dos centros de referência da capital facilitaria o acesso das vítimas de violência sexual.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AARON, D.J.; HUGHES, T. L. – Association of childhood sexual abuse with obesity in a community sample of lesbians. **Obesity**, v. 15, p. 1023-8, 2007.
- ABRAPIA. Abuso sexual: guia de orientação para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: autores e agentes associados, 1997.
- ABDO, C. H. N.; SAADEH, A. – Transtornos da sexualidade. In: Louzã Neto, Mário Rodrigues. **Psiquiatria Básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 29, p. 400-17.
- ADED, N.L. O; DALCIN, B.L.G. MORAES, T.M. CAVALCANTI, M.T.- Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. psiquiatr. clín.**,v.33, n.4, p.204-203, 2006.
- ADED, N.L.O.; OLIVEIRA, S.F. - Síndrome de Criança Espancada, In: Hércules, H. **Medicina Legal Hélio Gomes**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1997. p. 725- 42.
- ADED, N.L.O. - Síndrome de Criança Espancada, In: Hércules, H. **Medicina Legal Texto e Atlas**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.p.641- 52.
- ALCÂNTARA, H.R. **Perícia médica e judicial**; atualizadores Genival Veloso de França (org.) -2º. ed .Rio de Janeiro: Guanabara koogan,2006.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS- Efforts to reduce the toll of injuries in childhood requires expanded research. **Pediatrics**, vol.97, n.5, p.765-768, 1996.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Committee on adolescence. Care of the adolescent sexual assault victim. **Pediatrics**, v.107 , p.1476-9, 2001.
- ARAÚJO, MF – Violence and sexual abuse within the family. **Psicol.estud**. v. 7 n. 2, 2002.
- SHIREEN, A.; PARADISE, J. E. - The Medical Evaluation of the Sexually Abused Child: Lessons from a Decade of Research. **Pediatrics**, v. 104, n. 1, suppl., p. 178, 1999.
- AZULAY, R.D. AZULAY, D.R. - Doenças sexualmente transmissíveis. In: - \_\_\_\_\_.**Dermatologia**. 2.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1997.cap.25,p.245-266.
- AZULAY, M.M.; AZULAY, D.R. Doenças sexualmente transmissíveis In: \_\_\_\_\_. **Dermatologia**. 5 ed. .Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2008.cap.23, p.367-388.
- AYALA, R.C.; RIVERA-RIVERA, L.; ANGELES-LLERENAS, A.; DÍAZ-CERÓN, E.; ALLEN-LEIGH, B.; PONCE, E.L. – Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, Mexico. **Rev.saúde pública** v.43 n.3, , p. 506- 514, 2000.

BAPTISTA, R.S.; FRANÇA, I. S. X.; COSTA, C. M. P.; BRITO, V. R. S. – Caracterización del abuso sexual en niños y adolescentes notificado em um Programa Centinela. **Acta paul.enferm.** v. 21, n. 4, p. 602- 608, 2008.

BECTHEL, K. - Sexual abuse and sexually transmitted disease infections in children and adolescents. **Curr Opin Pediatr**, v.22,n.1, p.94-9, 2010.

BELLIZIA NETO, L.; CARDOSO, A.C.A. - Maus-tratos infantis (abuso Infantil). In: Schavartsman, S.; Schavartsman, C. **Pronto Socorro de Pediatria**. 2º edição revista e ampliada. São Paulo: Sarvier, 1999. cap. 24, p.133-135.

BELDA JÚNIOR, W; FAGUNDES, L.J.; SIQUEIRA, L. F. G. - *Neisseria gonorrhoeae*: chromosomal resistance to tetracycline in São Paulo, Brazil. **An Bras Dermatol.** v.80, n.1, p.37-40, 2005.

BELDA JÚNIOR, W.; VELHO, E. N. F.; ARNONE, M.; ROMITTI, R. - Donovanosis Treated with Thiamphenicol. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.11, n.4, p.388-89, 2007.

BEZERRA, M.M.S. – Abuso sexual infantil- criança x abuso sexual. Disponível em <http://www.psicologia.com.br>. Acessado em 12/07/2009.

BEZERRA, SC. – Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Violência Faz Mal à Saúde**, p. 17-22 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Cadernos de Atenção Básica n. 18. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. Lei 2.848 de 07 de dezembro de 1940.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n 8.069 de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Lei 12.015 de 07 de agosto de 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de análise de situação em saúde. Política nacional de redução da morbi-mortalidade por acidentes e violências. Portaria MS/GM n. 737 de 16/05/2001. 2º Edição. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de DST e AIDS. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Violência faz mal a saúde. 1 ed., Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas . Prevenção e Tratamento dos Agravos

Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. 2 ed., Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

O'BRIEN, P.M.; CAMPO, M.S. - Papillomaviruses: a correlation between immune evasion and oncogenicity? **Trends in Microbiology**, vol.11, n. 7, p.300-5, 2003.

CAVALCANTI, M.L.T. – Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. **Ver. CS Col.** V.4, n.1,p. 193-200,1999.

CENTERS for DISEASE CONTROL and PREVENTION. **Sexually Transmitted Disease Surveillance 2007 Supplement, Syphilis Surveillance Report.** Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, March, 2009. Disponível em <http://www.cdc.gov/std/Syphilis2007>. Acessado em 15/07/2009.

CAMARGO, M. - Violência e Saúde: ampliando políticas públicas. **J Redesaude**, n.22, p.6–8, 2000.

CAMPOS, M.; SCHOR, N.; ANJOS, R.M.P.; LAURENTIZ, J.C.; SANTOS, D. V.; PERES, F. - Sexual Violence: health and public security integration in immediate attending to the victim. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n.1, p. 101-109, 2005.

CAMPOS, MAMR (2006). Violência sexual como questão de saúde pública: atenção específica em serviço de saúde. Dissertação defendida no programa de pós-graduação em saúde pública, Faculdade de Saúde Pública da USP.

CARLI, G. A., TASCA, T. In: David Pereira Neves (coordenador). **Parasitologia Humana.** 11 Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

CARVALHO, N. S.; ANGELI, R.; KRAJDEN, M. – Prevalência dos Agentes de cervicite: análise da literatura. **J bras Doenças Sex Transm**, 2004.

CARTER - LOURENZ, J. H.; JOHNSON-POWELL, G. - Abuso Físico, Abuso Sexual e Negligência da Criança, In: Kaplan, H.I.; Saddock, B.J. **Tratado de psiquiatria**, v3. Porto Alegre: Artemed, 1999.p.2660-2676.

CAVALCANTI, M.L.T. - Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. **Ver. C S Col**, v.4, n.1, p.193-200, 1999.

CLOUTIER, S; MARTIN, S. L.; POOLE, C. – Sexual assault among North Carolina women: prevalence and health risk factors. **Journal of Epidemiology and Community Health.** v. 56, p. 265- 271, 2002.

COSTA, C.O.M.; CARVALHO, R.C.; SANTA BÁRBARA, J.F.R.; SANTOS, C.A.S.T.; GOMES, W.A.; SOUSA, H.L. – The profile of violence against children and adolescents according to child protection council records: victims, aggressors and patterns of violence. **Ciênc. Saúde coletiva**, v 12 p. 1129-41,2007.

COHEN, C.; GOBBETTI, G. - Bioética e abuso sexual. **Rev.Assoc. Med. Bras.** v. 48, n. 2, p. 99, 2002.

DIEGOLI, C.A.; DIEGOLI, M.S.C.; BASTOS, A. C.; RAMOS, L. O. -Traumas e abuso sexual.In: OLIVEIRA, H.C.; LEMGINTER, I.(eds.). **Tratado de Ginecologia-Febrasgo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, vol. I, cap. 40, p. 995 – 403.

DREZETT, J. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manejo integral da violência sexual pelos serviços de saúde**. Brasília (norma técnica), 1999.

EVERETT, V.D.; INGRAM, D.L.; FLICK, L.A.R. - A comparison of sexually transmitted disease found in a total of 696 boys and 2973 girls evaluated for sexual abuse. **Pediatr. Res** v.43, n.91,1998.

FERREIRA, J.D. - Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas [Tese de Doutorado]. São Paulo: centro de referencia da saúde da mulher e de nutrição, alimentação e desenvolvimento infantil, 2000.

FRONER, J.P.; RAMIRES, V. R. R. – Listening children victims of sexual abuse in the juridical scope: a critical revision of the literature. **Paidéia**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 40, 2008.

FROTHINGHAM, T. E.; HOBBS, C. J.; WYNNE, J. M.; YEE, L.; GOYAL, A.; WADSWORTH, D. J. - Follow up study eight years after diagnosis of sexual abuse. **Arch.Dis.Child**. v.83, p.132-134, 2000.

GALLION, H.R.; DUPREE, L.J.; SCOTT, T.A.; ARNOLD, D.H. - Diagnosis of Trichomonas vaginalis in female children and adolescents evaluated for possible sexual abuse: a comparison of the inpouch tv culture method and wet mount microscopy. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v.22, n.5, p.300-5, 2009.

GELLERT, G.A.; DURFEE, M.J.; BERKOWITZ, C.D.; HIGGINS, K. V.; TUBIOLO,V.C. - Situational and sociodemographic characteristics of children infected with human immunodeficiency virus from pediatric sexual abuse. **Pediatrics**, v.91, p.39 - 44, 1993.

GERRA, RDO – Abuso sexual en niñas y niños. Consideraciones clínicas(Bolivia). **Rev.chil. pediatr**.v.71 n. 4, 2000.

GIRARDET, R.G.; LAHOTI, S.; HOWARD, L.A.; FAJMAN, N.N.;SAWYER, M.K.; DRIEBE, E.M.; LEE, F.; SAUTTER, R.L.; GREENWALD, E.; BECK-SAGUÉ, C.M.; HAMMERSCHAG, M.R.; BLACK, C.M.- Epidemiology of sexually transmitted disease in suspected child victims of sexual assault. **Pediatrics**, v.124, n. 1, p. 79-86, 2009.

GOLDING, J. M. – Sexual assault history and physical health in randomly selected Los Angeles women. **Health Psyc**. v. 13, n. 2, p. 130-8, 1994.

GOLDING, J. M. – Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. **Psychology of Women Quarterly**. v. 20, n. 1, p. 101-21, 1996.

GOLDING, J. M. – Sexual assault history and headache: five general population studies. **J Nerv Ment Dis.** v. 187, n. 10, p. 624- 629, 1999.

GOLDING, J. M.; COOPER, M. L.; GEORGE, L. K. – Sexual assault history and health perceptions: seven general population studies. **Health Psychol.** v. 16, n. 5, p. 417 – 425, 1997.

GOMES, H. – Sexologia Forense. In: \_\_\_\_\_. **Medicina Legal/ Hélio Gomes** [atualizador: Hygino Hércules]. 32 ed.rev. e atualizada. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1997. cap.29, p.646-84.

GRANHEN, J.H.C. In: \_\_\_\_\_. **Manual para realização de perícias médico-legais.** Belém: SESP, 1988. cap.5. p.67-77.

GUIDI, H. G. C. - Papilomavírus Humano: Aspectos Urológicos. In: Haus Wolfgang Halbe (org.). **Tratado de Ginecologia.** 7 ed. São Paulo: Roca, 200 vol II.

GUSTAFOSON, T. B.; SARWER, D.B. – Childhood sexual abuse and obesity. **Obesity Reviews,** v. 5, n. 3, p. 129-35, 2004.

GUTMAN, L.T.; ST CLAIRE, K.K.; WEEDY, C.; HERMAN-GIDDENS, M.E.; LANE, B. A.; NIEMEYER, J. G.; MCKINNEY JR, R.E. - Human immunodeficiency virus transmission by child sexual abuse. **Am.j.dis. child,** v.145,p.137-41, 1991.

HABIGZANG, L.F.; KOLLER, S.H.; AZEVEDO, G. A.; MACHADO, P.X. - Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psic.: teor. e pesq.** v. 21, n. 3, p. 341-48, 2005.

HABIGZANG, L.F.; KOLLER, S.H.; AZEVEDO, G. A.; MACHADO, P.X. – Risk and protective factors in the resource network for children and adolescences victims of sexual violence. **Psicol.Reflex. Crit.** v. 19, n. 3, 2006.

HAMMERSCHLAG, M. - Sexually transmitted disease in sexually abused children: medical and legal implications. **Sex. Transm. Inf.** V. 74, p. 167-74, 1998.

HAMMERSCHLAG, M. - Use of acid amplification tests in investigating sexual abuse. **Sex. Transm. Inf.** v. 77, p.153 – 4, 2001.

HOPMAN, A.H.N.; KAMPS, M. A.; SMEDTS, F.; SPEEL, E. M.; HERRINGTON, C. S.; RAMAEKERS, F.C.S. - HPV in situ hybridization: impact of different protocols on the detection of integrated HPV. **Int. J. Cancer.** v.115, p. 419–28, 2005.

JACYNTO, C.; ALMEIDA FILHO, G. - **HPV-infecção genital masculina e feminina.** Rio de Janeiro: Revinter, 1994. cap 1. p.1 – 4.

JOHNSON, P. J.; HELLERSTEDT, W. L. – Current or Past Physical or Sexual Abuse as a Risk Maker for Sexually Transmitted Disease in Pregnant Women. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health.** v. 34, n. 2, p.62-7, 2002.

KANESHIMA, E. N.; SUZUKI, L. E.; IRIE, M. M. T.; YOSHIDA C. S.; SILVA, S. F. M.; CONSOLARO, M. E. L – The application and its importance in non-classic

morphologic approaches to cytopathology diagnostic of human Papillomavirus(HPV) previously detected for PCR. **Acta Bioquím. Clín. Latinoam.** v. 39, n. 1, 2005.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. – **Compêndio de psiquiatria: ciencia do comportamento e psiquiatria clínica.** 7 ed. Porto Alegre:Artes Médicas, 1997. cap.29. p.738-746.

KAWSAR, M; ANFIELD, A; WALTERS, E; McCABE, S; FORSTER, GE. Prevalence of sexually transmitted disease infections and mental health needs of female child and adolescent survivors of rape and sexual assault attending a specialist clinic. **Sex. Transm Infect.**, v.80, p.138-41, 2004.

KELLY, P; KOH, J. - Sexually transmitted infections in alleged sexual abuse of children and adolescents. **J. Pediatr. Child Health** v.42, n. 7-8, p. 434-40, 2006.

KERNS, D.L.; TERMAN, D.L.; LARSON, C.S. - The Role of Physicians in Reporting and Evaluating Child Sexual. **The future of children.** v. 4, n. 2, p. 120-34, 1994.

LABBÉ, J. - Ambosie Tardieu; The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. **Child Abuse & neglect.** v. 29, n. 4, p. 311-314, 2005.

LECHNER, M.E.; VOGEL, M.E.; GARCIA-SHELTIN, L.M.; LEICHTER, J.L.; STEIBEL, K.R. – Self-reported medical problems of adult female survivors of childhood sexual abuse. **J Fam Pract.** v. 36, n. 6, p.633- 638, 1993.

LESERMAN, J. - Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. **Psychosomatic Medicine**, v.67, n 6, p.906-915, 2005. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16314595>. Acessado em [2/6/2007](#).

LESERMAN, J.; DROSSMAN, D. A. – Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms. **Trauma, Violence and Abuse**, v.8, n. 3, p. 331- 343, 2007.

LEVENTHAL, K.-The field of child maltreatment enters its fifth decade. **Child Abuse & neglect**, v. 27, n. 1, 2003.

LUPI, O., JOFRE, R.A., NEVES, R.G.Bacteril sexual transmitted disease. In: vários autores.**Tropical Dermatology** .China: Elsevier, 2006.cap. 26, p.313-334.

MCCAULEY, J.; KERN, D.E.; KOLODNER, K.; DILL, L.; SCHROEDER, A.F., DECHANT, H.K.; RYDEN, J.; DEROGATIS, L. R.; BASS. E. B. – Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. **JAMA**, v. 277, n. 17, p. 1362-8, 1999.

MAGI, J. C.; RODRIGUES, M. R. S.; GUERRA, G. M. L. S. R.; COSTA, M. C.; COSTA, A. C. L.; VILLA, L. L.; FORMIGA, G. J. S. - Resultados do exame anátomo-patológico e "Polymerase Chain Reaction (PCR)" na forma clínica e subclínica da infecção anal pelo Papilomavirus Humano (HPV) - Estudo em quatro grupos de pacientes. **Rev bras. colo-proctol.** vol.26, no.4, 2006.

MARINHO-CASANOVA, M. L.; MOURA, B. C. - Directions to prevent sexual abuse in children. **Pediatria Moderna**. São Paulo, v.45, n.3, p.114-8, 2009.

MASCARENHAS, M. D .M; MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A.; LIMA, C. M.; CARVALHO, M. G. O.; OLIVEIRA, V. L. A – Violence against children:revealing the characteristics of emergency treatment, Brazil, 2006 and 2007.**Cad. Saúde Pública** vol.26 n. 2, 2010.

MCMAHON, P. M.; GOODWIN, M.M.; STRINGER, G. – Sexual violence and reproductive health. **Maternal and Child Health Journal**, v. 4, n. 2, p. 121-5, 2000.

MÉLLO, R. P. – **A construção da noção de abuso sexual infantil**. Belém-Pará: EDUFPA, 2006.

MENDES, E. C. - Doenças Não Virais Sexualmente Transmissíveis. In: Manoel de Almeida Moreira (coord.). **Tocoginecologia para graduação, residência, e especialização**. Belém: Cejup, 2003 cap.12, p. 184 – 226.

MENDOZA, J. P; HERNÁNDEZ, V.J. - Sexual abuse of girl and teenagers. Ten year experience. **Rev. Cubana Obstet, Ginecol**, v.35, n.1,2009.

MOHAMED, T. T.; OLUMIDE, Y. M. - Chancroid and human immunodeficiency virus Infection. **The International Society of Dermatology International Journal of Dermatology**, v.47, p.1–8, 2008.

MUÑOZ, M; ROMERO,P; MARTÍNEZ, A. - Infecciones de transmisión sexual: experiencia en una unidad de ginecología pediátrica. **Rev.chil.pediatr.** v.74, n.5, 2003.

NADAL, S.R., FRAMIL, V.M.S. - Diagnóstico das Úlceras Ano-Retais Sexualmente Transmissíveis. **Rev bras Coloproct**, v.25, p.370- 373, 2005.

NEU, N.; HEFFERMAN-VACCA, S.; MILLERY, M.; STIMELL, M.; BROWN, J. Postexposure prophylaxis for HIV in children and adolescents after sexual assault: a prospective observacional study in a urban medical center. **Sex. Transm. Dis.** v.34, n.2, p.65-8, 2007.

OHENE, A.S.; HALCON, L.; IRELAND, M.; CARR, P; McNEELY, C. - Sexual abuse history, risk behavior, and sexually transmitted diseases: the impact of age at abuse. **Sex. Trasm. Dis.** v 32, n. 6, p.358-63, 2005.

OSHIKATA, C. T.; BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. – Emergency care for women following sexual assault: characteristics of women and six month post-aggression follow-up. **Cad. Saúde Pública**. v. 21, n.1, 2005.

PANDHI, R.K.; KANNA, N.; SEKHRI, R. - Sexually transmitted disease in children. **Indian Pediatrics**, v. 32 p.27-30, 1995.

PEREIRA, A.C.C.; MENEZES, M.L.B.; MAIA, A.F.; BARROS, R.C.R., CARMO, D.S - Condiloma gigante anogenital em menina de 12 anos vítima de abuso sexual-relato de caso. **DST-J. brás. Doenças Sex Transm** v. 20, n.2, p. 141-44, 2008.

PEREYRA, E.A.G.; PARELLADA, C.I.; FONSECA, A. M. - **Papilomavírus Humano: Etiopatogenia, Diagnóstico e Tratamento.** In: HALBE, H.W. (org.) **Tratado de Ginecologia.** 7 ed. São Paulo: Roca, 2000. vol II. .cap.97, p.999-1016.

PEREIRA DA SILVA, L. M.; GALVÃO, M.T.G.; ARAÚJO, T.L.; CARDOSO, M.V.L.M.L.-Taking Care of Children's Family on Sexual Abuse Situation Considering the Humanistic Theory. **Online Brazilian Journal of Nursing**, vol.6, n 1, 2007.

PETRAK, J; BYRNE, A; BAKER, M. The association between abuse in childhood and STD/HIV risk behaviors in female genitourinary (GU) clinics attendees. **Sex. Transm. Inf.** v.76, p.457-61, 2000.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E.P. – Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J Pediatr**, v. 81, supl. 5, p. 197-204, 2005.

PINZÓN-RONDÓN, A.; ROSS T .W.; BOTERO, J.C.; BAQUERO-UMAÑA, M.M.- Sexually transmitted disease prevalence and factors associated with it in sexually-exploit Bogota, Colombia. **Rev.salud pública**, v.11,n.3,2009.

PIVA, M. R.; MARTINS FILHO, P. R. S; SANTOS, T. S.; SIMÕES, I. V.; CARVALHO, T. O. - HPV Detection in Oral Lesion by in Situ Hybridization. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac.**, v. 8, n. 4, p. 61-68, 2008.

PITCHÉ, P. - Child sexual abuse and sexually transmitted infections in sub – Saharan **Africa. Med Trop**, v. 65, n.6, p.570-4, 2005.

PITCHÉ, P.; KOMBATÉ, K.; BARRUET, K.; TCHANGAI-WALLA, K. - Gonorrhoea in sexually abused young girls in Lome(Togo). **Ann. Dermatol. Venerol.** v.127, n.8-9, p. 711-4, 2000.

POLANCZYK, G. V.; ZAVASCHI, M. L.; BENETTI, S.; ZENKER, R.; GAMMERMAN, P. W. – Sexual violence and its prevalence among adolescents, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 8- 14, 2003.

PREFEITURA DE BELÉM. Disponível em: <http://www.belem.pa.gov/new/index.php>. Acessado em 14/03/2008.

REIS, J.N.; MARTIN, C.C.S.; BUENO, S.M.V. - Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis. **J Bras Sex Transm.** 2001; 13(4): 40-5.

REIS, J.N.; MARTIN, C.C.S.; FERRIANI, M.G.C. – Female victims of sexual abuse:coercive methods and non-genital injuries. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n. 2, 2004.

REZA, A.; BREIDING, M.J.; MERCY, J.A.; BLANTON, C.; MTHETHWA, Z.; BAMRAH, S.; DAHLBERG, L.L.; ANDERSON, M. - Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. **Lancet**, v. 373, n.9679, p. 1996-72, 2009.

RIVERA, R. Z.; AGUILERA, J. T.; LARRAIN, A. H. Epidemiologia del papiloma humano(HPV).**Rev.chil.obstet.ginecol.** v.67, n. 6501-6506, 2002.

ROCHA,LVS;DANTAS,VCD;ARAÚJO,JY;ROLIM,CK;DANTAS,AFR;MIRANDA,HF;C AVALCANTE,FI;SATURNINO,ACRD - A vulnerabilidade às DST em região com intensa prostituição e turismo sexual de Natal/RN. **Rev. Bras. Anal. clin.**, vol. 40,n.1,p. 3-6, 2008.

ROBINSON, A.; WALTKEYS, J.; RIDGWAY, G.- Sexually transmitted organisms in sexually abused children. **Arch. Dis. Child.** v.79, n.4,p. 356-8, 1998.

ROTTINGEN, J.; WILLIM CAMERON, D.; GARNETT, G.P - A Systematic Review of the Epidemiologic Interactions Between Classic Sexually Transmitted Diseases and HIV: How Much Really Is Known? **American Sexually Transmitted Diseases Association Sexually Transmitted Diseases**, vol. 28, n. 10, p. 579-97, 2001.

SAFFIOTI, H.I.B. – No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil. Em F.R. Madeira (Org.), **Quem mandou nascer mulher?** . São Paulo: Editora Rosa dos Tempos, P. 134 – 211.

SALVAGNI, E.P.; WAGNER, M.B.- Estudo de caso-controle para desenvolver e estimar a validade discriminante de um questionário de avaliação de abuso sexual em crianças. **J. Pediatr.** v. 82, n.86, p. 431- 436, 2006.

SANTOS JÚNIOR, M. F. Q., SIQUEIRA, L. F. G. Tricomoníase. In: Benjamin CIMERMAN, B.; CIMERMAN, S. **Cimeman: Parasitologia Humana e Seus Fundamentos Gerais.** 2º Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

SENN, T. E.; CAREY, M. P.; VANABLE, P. A.; COURY-DONIGER P.; URBAN, M. – Characteristics of sexual abuse in childhood and adolescence influence sexual risk behavior in adulthood. **Arc. Sex. Behav**, v. 36, n. 5, p. 637- 645, 2007.

SHAPIRO, R.A.; MAKOROFF, K.L. - Sexually transmitted diseases in sexually abused girls and adolescents. **Curr. Opin. Gynecolol.** V.18, n.5, p. 492-7, 2006.

SILVA, B.B.; COSTA, P.V.; DIAS, H.K.; BATISTA, S.M Vulvar donovanosis as pseudo-elephantiasis. **Rev Assoc Med Bras.**v.52, n.1, p.11, 2006.

SILVA, F. C.; SILVA L. J. M. História Regional e Participação Social nas Mesorregiões Paraenses. **Paper NAEA 226**, 2008. Disponível em: [http://www.ufpa.br/naea/gerencia/ler\\_publicacao.phd?id=274](http://www.ufpa.br/naea/gerencia/ler_publicacao.phd?id=274). Acessado em 13/04/2009.

SILVA, L.M.P.; NASCIMENTO, C.A.D.; SILVA, I.R.; GUIMARÃES, K.N. et al – **Violência doméstica contra crianças e adolescentes.** Brasília:Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, M.A.S. - Violência contra crianças - quebrando o pacto de silêncio. In: FERRARI DCA, VECINA TCC, organizadores. **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Agora, p. 73-80, 2002.

SPATARO, J., MULLEN, P.E.; BURGESS, P.M.; WELLS, D.L.; MOSS, S.A. – Impact of child sexual abuse on mental health prospective study in males and females. **BJP**, v.184, p. 379-419, 2004.

SPINOLA, S. M.; BAUER, M. E.; MUNSON JR, R.S. – MINIREVIEW Immunopathogenesis of Haemophilus ducreyi Infection (Chancroid). *Infection and Immunity*, **v.70, n.4, p. 1667-76, 2002.**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Ministério da justiça. Secretaria de estado de direitos humanos. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência**. 2º Edição Rio de Janeiro: SBP, 2001.

TALLEY, N. J.; FETT, S.L.; ZINSMEISTER, A.R.; MELTON, L.J. 3rd – Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study. **Gastroenterology**, v. 107, n. 4, p. 1040- 1049, 1994.

TAQUETTE, S. R. ; VILHENA, M.M.; PAULA, M.C. - Sexually transmitted diseases and gender: a cross-sectional study with adolescents in Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**. v.20, n.1,2004.

TAQUETTE, S. R; ANDRADE, R. B.; VILHENA, M.M.; PAULA, M.C. - Comparative study between female adolescents with and without sexually transmitted disease. **Rev. Assoc.med. bras**. v.51, n.3, 2005.

TRENT, M.; CLUM, G.; ROCHE, K. - Sexual victimization and reproductive health outcomes in urban youth. **Amb. Pediatr**. v.7, n.4, p.313-6, 2007.

UNITED NATIONS SECRETARY. World report on violence against children [internet]. 2008. [cited 2008 May]; [about 34 p.]. available from: <http://www.unicef.org/violencestudy/reports/SGviolencestudyen.pdf>

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Pernambuco: EDUPE, 2002.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Instituto de Psicologia. Laboratório de Estudos da Criança. **Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescente (2007)**. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/laboratórios/lacri/index2.htm>. **Acessado em 02/02/2009**.

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE. Office of Justice Programs. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Sexually Transmitted Diseases and Child Sexual Abuse. **Portable guides to investigating child abuse**. 4º Edição.Washington, DC: government Printing Office, 2002.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, ADMINISTRATION ON CHILDREN, YOUTH AND FAMILIES. Child Maltreatment 2007. Washington, DC:

U.S. Government Printing Office, 2009. Disponível em: <  
[http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats\\_research/index.htm#can](http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/index.htm#can).

US DEPARTMENT OF JUSTICE. FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION.  
 Reports & publications. Disponível em: <  
<http://www.fbi.gov/publications/innocent.htm>.

VANRELL, J. P. – **Sexologia Forense**. 2 ed. Leme: JH Mizuno, 2008. 649 p.

ZUNA, R., E.; WANG, S. S.; SCHIFFMAN, Mark S.; SOLOMON, D. - Comparison of Human Papillomavirus Distribution in Cytologic Subgroups of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion. **Cancer( Cancer Cytopathology)**,v.108, n. 5, 2006.

ZUR HALSEN, H. - Mimirwiew- Papillomaviruses in the causation of human cancers- a brief historical account.**Virology**, v.384, N..2, pp.260 – 265, 2009. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1913522>. Acessado em três de março de 2009.WALKER,E.A.; GELFAND,A.N.; UNUTZER, J.; RUTTER,C.; SAUNDERS, K.;VONKORFF, M.; KOSS,M.P.;KATON, W.J. – Costs of health care use by women HMO members with histories of sexual abuse and neglect. **Arch Gen Psychiatry**, v.56, n. 56, p. 609-13, 1999.

WARNER, L.; STONE, K M; MACALUSO, M; BUEHLER, JW; AUSTIN,HD - Condom Use and Risk of Gonorrhea and Chlamydia: A Systematic Review of Design and Measurement Factors Assessed in Epidemiologic Studies. **Sexually Transmitted Diseases**. v. 33, n.1, p. 36-51, 2006.

WIDOM, C.S. – Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. **Am J Psychiatry**, v. 156, p. 1223-229, 1999.

WIKIPEDIA-disponível em:  
[http://pt.wikipedia.org/wiki/Lista\\_de\\_mesoregi%C3%B5es\\_do\\_Par%C3%A1](http://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_mesoregi%C3%B5es_do_Par%C3%A1).  
 Acessado em 10 /01/2010.

WIKIPEDIA – disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Belém#bairros>. Acessado em 10/01/2010.

WILSNACK, S.C.; VOGELTANZ, N.D.; KLASSEN, A.D.; HARRIS, T.R. – Childhood sexual abuse and women's substance abuse: national survey findings. **J Stud Alcohol**, v.58, p. 264-71, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of independent expert for the UN study on violence against children. Geneva: World health Organization, 2006. Disponível em: <[http:// www.violencestudy.org/a553.htm](http://www.violencestudy.org/a553.htm)>. Acessado em 09 de setembro de 2008.

YAMAZAKI, T. - Diagnosis of sexually transmitted diseases in pediatrics. **Nippon Rinsho**, v.67, n.1, p.100-6, 2009.

**ANEXO I**

## FICHA PROTOCOLAR

Nº. notificação:

Data de comparecimento a URE:

Nº. da ficha:

## IDENTIFICAÇÃO:

1- Nome (iniciais):

2 - Nº. prontuário:

3 - Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

4 - Idade em anos completos:

5 – Escolaridade em anos completos de estudo: ( ) ignorado ( ) nenhuma

( ) sem informação ( ) 1-3 anos ( ) 4-7  
anos ( ) 8-11 anos ( ) > 12 anos

6 - Debilidade mental: ( ) sim ( ) não ( ) prejudicado ( ) sem  
informação

7 - Município da residência (bairro):

## VIOLÊNCIA SEXUAL

1 - Fluxo de encaminhamento: ( ) sem informação ( ) espontâneo

( ) delegacia, IML, CT ( ) outro:

2 - Local da violência: ( ) casa da vítima ( ) casa do abusador

( ) casa da vítima/abusador ( ) rua ( ) sem informação ( ) outro:

- 3 - data da violência: ( ) sem informação ( ) / /
- 4 - Intimidação: ( ) força física ( ) ameaça ( ) arma branca ( ) arma de fogo ( ) não houve/consentido ( ) sem informação
- 5 - Agressor: ( ) conhecido ( ) desconhecido ( ) múltiplos ( ) não informado ( ) sob investigação
- 6 - Agressor identificável: ( ) parente: ( ) padrasto  
( ) conhecido:
- 7 - tipo de violência: ( ) assédio sexual ( ) estupro ( ) exploração sexual  
( ) atos libidinosos diversos da conjunção carnal
- 8 - Tempo transcorrido da violência ao comparecimento: ( ) < 24h ( ) 24-72h  
( ) de 73h a 15 dias ( ) > 15 dias
- 9 - Agressor realizou teste rápido para o HIV: ( ) sim ( ) não  
( ) agressor desconhecido
- 10 - Lesões genitais: ( ) sim:  
( ) não

#### DADOS CLÍNICOS

- 1 - Profilaxia HIV: ( ) indicada ( ) não indicada ( ) recusa
- 2 - Profilaxia DST: ( ) indicada ( ) não indicada ( ) recusa
- 3 - Iniciada contracepção de emergência: ( ) sim, tipo:  
( ) não realizada > 72h ( ) não necessária ( ) recusa
- 4 - Exames laboratoriais solicitados: ( ) sorologia sífilis ( ) sorologia hepatite B e C  
( ) sorologia anti HIV ( ) BHCG ( ) TGO/TGP ( ) hemograma  
( ) bacterioscopia/ cultura vaginal, cervical e retal ( ) pesquisa de clamídia  
( ) EAS/URC ( ) USG:
- 5 - Tempo de uso de ARV: ( ) não indicado ( ) esquema completo ( ) recusa

abandono  suspenso após resultado de exame do agressor  sem informação

6 - Medicamentos prescritos:  levonorgestrel  secnidazol/ metronidazol  
 penicilina G benzatina/ eritromicina  AZT/3TC  ofloxacina/ ceftriaxone  
 azitromicina  vacina hepatite B  HAIGHB  NFN  outros:

7 - Segmento ambulatorial:  em acompanhamento  abandono  alta. - Tempo de acompanhamento:

8 - Conseqüências físicas à saúde:  nenhuma  gravidez  soroconversão para HIV  sífilis  gonorréia  vulvovaginite  abandono/não foi possível avaliar  outras

#### ACOMPANHAMENTOS SOROLÓGICOS

1 – positivo 2 – negativo 3 – inconclusivo 4 – não realizado

Acompanhamento sorológico para HIV:

Resultado da 1ª sorologia data: / / ( )

Resultado após 6 semanas data: / / ( )

Resultado após 3 meses data: / / ( )

Resultado após 6 meses data: / / ( )

Acompanhamento sorológico para hepatite B

Resultado da 1ª sorologia data: / / ( )

Resultado após 6 meses data: / / ( )

Acompanhamento sorológico para hepatite C

Resultado da 1ª sorologia data: / / ( )



## ANEXO II

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES ATENDIDOS NO PROPAZ

Doenças Sexualmente Transmissíveis em Crianças e Adolescentes Atendidas no Centro de Referência do Estado do Pará, no ano de 2007.

O presente estudo tem como objetivo descrever a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis em crianças e adolescentes atendidas no centro de referência para as crianças vitimizadas do estado do Pará no ano de 2007.

Os dados serão integralmente coletados dos prontuários das crianças e adolescentes atendidas após violência sexual no ano de 2007.

Há necessidade de autorização do responsável legal da instituição, para que sejam consultados os referidos prontuários, afim de que, sejam selecionados para a pesquisa aqueles que estejam em conformidade com os critérios de inclusão adotados neste estudo.

Em qualquer etapa da pesquisa, qualquer representante do hospital poderá ter acesso ao profissional responsável pelo estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas ou acatamento de alguma observação.

Esta pesquisadora compromete-se a utilizar os dados coletados unicamente para os fins dessa pesquisa. Será mantida absoluta confidencialidade dos dados utilizados, assim como o anonimato da população em estudo.

A pesquisadora é a médica Danielle Maria Martins Carneiro, lotada na pediatria, cujo telefone residencial é (91)32311247. Em caso de qualquer dúvida poderá ser contactada a qualquer momento.

É garantida ao representante legal da instituição, a liberdade de, a qualquer momento, retirar seu consentimento para a realização da pesquisa naquela instituição.

Em momento algum haverá desconforto para o representante da instituição.  
Não haverá compensação financeira no tocante a sua participação.

---

Dr. Paulo Amorim  
Gerente de Ensino e Pesquisa

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

DECLARAÇÃO

Declaro em nome da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará ter conhecimento do anteprojeto de pesquisa Doenças Sexualmente Transmissíveis em Crianças e Adolescentes Atendidas no Centro de Referência do Estado do Pará, no ano de 2007, de autoria de Danielle Maria Martins Carneiro, sob a orientação da professora doutora/ pesquisadora Marília Brasil Xavier. Dando-lhe o consentimento para realizá-lo nesta instituição.

Belém, 10 de setembro de 2009.

---

Dr. Paulo Amorim  
Gerente de Ensino e Pesquisa

### **ANEXO III**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Doenças Sexualmente Transmissíveis em Crianças e Adolescentes Atendidas no Centro de Referência do Estado do Pará, no ano de 2007.

O estudo tem como objetivo descrever a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis em crianças e adolescentes atendidas no centro de referência para as crianças vitimizadas do estado do Pará no período de 2005 a 2008.

O sujeito da pesquisa possui plena liberdade para escolher participar ou não do estudo sem qualquer tipo de dano ou prejuízo para o mesmo.

O risco para o sujeito da pesquisa consiste na revelação de sua identidade o que pode causar constrangimento ou mesmo danos morais, este risco será anulado mediante a identificação numérica dos mesmos em protocolo de pesquisa, preservando assim a identidade e a privacidade de cada indivíduo.

O risco para os pesquisadores consiste na perda dos dados coletados nos questionários o que poderá ser evitado pela transcrição imediata das informações para banco de dados do estudo.

Os benefícios para os pacientes são tratamentos de doenças sexualmente transmissíveis, se houver. Acompanhamento para pronta identificação de DST, durante este acompanhamento, para iniciar tratamento.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas.

Este trabalho será realizado com recursos próprios dos autores, não tendo financiamento ou participação de nenhuma instituição de pesquisa, também não haverá pagamento por sua participação.

O pesquisador utilizará os dados somente para esta pesquisa.

Em qualquer momento do estudo os pacientes terão acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de dúvidas.

Reitera-se que o sujeito da pesquisa, a pedido próprio ou de seu representante legal, poderá solicitar seu desligamento deste estudo sem que ocorra nenhum prejuízo ao seu tratamento e acompanhamento médico, psicológico ou social por parte da instituição em que será realizado o trabalho.

Os participantes da pesquisa poderão entrar em contato com o pesquisador principal Dra .Marília Brasil Xavier, através do telefone 32410032 , ou ainda pelo endereço Av Generalíssimo Deodoro nº 92, bairro Umarizal ou Dra. Danielle Carneiro, através do telefone 32429022, endereço Rua Oliveira Belo,395, bairro Umarizal.

#### CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa “Doenças Sexualmente Transmissíveis em Crianças e Adolescentes Atendidas no Centro de Referência do Estado do Pará, de 2005 a 2008” e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios.

Declaro ainda que por minha vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com os dados necessários.

Belém \_\_\_/\_\_\_/2009

---

Assinatura do sujeito da pesquisa ou do responsável

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste paciente ou seu representante legal, por meio de explicação da finalidade da pesquisa durante consulta previamente agendada, para participação no presente estudo.

---

Testemunha

---

Testemunha