



Jornal de Pediatria

ISSN: 0021-7557

assessoria@jped.com.br

Sociedade Brasileira de Pediatria

Brasil

Pizzato Salvagni, Edila; Bernardes Wagner, Mário

Estudo de caso-controle para desenvolver e estimar a validade discriminante de um questionário de
avaliação de abuso sexual em crianças

Jornal de Pediatria, vol. 82, núm. 6, noviembre-diciembre, 2006, pp. 431-436

Sociedade Brasileira de Pediatria

Porto Alegre, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=399738117007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Development of a questionnaire for the assessment of sexual abuse in children and estimation of its discriminant validity: a case-control study

Estudo de caso-controle para desenvolver e estimar a validade discriminante de um questionário de avaliação de abuso sexual em crianças

Edila Pizzato Salvagni¹, Mário Bernardes Wagner²

Resumo

Objetivos: Desenvolver e estimar a validade discriminante de instrumento para determinar a probabilidade de ocorrência do abuso sexual em crianças.

Métodos: Estudo de caso-controle com 201 crianças que consultaram em ambulatórios de pediatria e locais de referência para vítimas de violência sexual, entre março e novembro de 2004. Casos eram crianças com suspeita ou revelação de abuso sexual e controles eram crianças sem suspeita de abuso sexual. Aplicamos, aos responsáveis, questionário com 18 itens e cinco opções de respostas segundo a escala Likert, abordando comportamento e sintomas físicos e emocionais apresentados pelas crianças. Excluímos nove crianças sem controle esfíncteriano e um item com poucas respostas. Avaliamos a validade de constructo discriminante e a consistência interna dos itens com obtenção de coeficientes de correlação (Pearson, Spearman e Goodman-Kruskal), coeficiente α de Cronbach e cálculo da área da curva ROC (*receiver operator characteristics*). Calculamos a razão de verossimilhança e os valores preditivos positivos para os cinco itens do questionário com os melhores desempenhos.

Resultados: Questionário composto pelos cinco itens que melhor discriminaram crianças com e sem abuso sexual em dois contextos. A pontuação resultante da soma das respostas com pesos de 0 a 4 (amplitude de 0 a 20), através do teorema de Bayes (razão de verossimilhança), indica a probabilidade pós-teste de abuso sexual.

Conclusões: O instrumento proposto é de fácil aplicação, auxiliando na identificação de crianças vítimas de abuso sexual. Definiu-se a pontuação que indica a probabilidade de abuso sexual, orientando na conduta de cuidado à criança.

J Pediatr (Rio J). 2006;82(6):431-6: Violência doméstica, vitimização infantil, violência sexual.

Abstract

Objectives: To develop an instrument to determine the probability of child sexual abuse and to estimate the questionnaire's discriminant validity.

Methods: Case-control study of 201 children seen at pediatric clinics and referral centers for the victims of sexual violence, between March and November 2004. Cases comprised children who had either been reported or suspected of being sexually abused and controls comprised children with no such suspicion. We applied a questionnaire to a parent or guardian of each child that consisted of 18 items, each with five Likert scale responses, dealing with the behavior and physical and emotional symptoms exhibited by the children. We excluded nine children for lack of sphincter control. One question was discarded since very few people replied to it. We evaluated the discriminant validity and internal consistency of the items, calculating correlation coefficients (Pearson, Spearman and Goodman-Kruskal), Cronbach's α coefficient and area under the ROC curve. We calculated likelihood ratios and positive predictive values for the five items on the questionnaire that performed best.

Results: The questionnaire comprises the five items that best discriminate sexually abused children from non-abused children in two contexts. The score resulting from the sum of responses weighted at 0 to 4 points (overall amplitude of 0 to 20) indicates the post-test probability of sexual abuse by means of the application of Bayes theorem (likelihood ratios).

Conclusions: The instrument is easy to apply and helps in the identification of sexual abuse victims. A cutoff point was defined to indicate the probability of sexual abuse, which can be very useful to guide management of children.

J Pediatr (Rio J). 2006;82(6):431-6: Domestic violence, child victimization, sexual violence.

1. Professor adjunto, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Médica pediatra, Programa de Proteção à Criança, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS. Médica pediatra, Centro de Referência em Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI), Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, Porto Alegre, RS.
2. Professor adjunto, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Professor Adjunto, Departamento de Medicina Interna, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS. Professor, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Pediatria, UFRGS, Porto Alegre, RS.

Trabalho realizado para dissertação de Mestrado em Pediatria, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, UFRGS, Porto Alegre, RS.

Artigo submetido em 13.10.05, aceito em 07.06.06.

Como citar este artigo: Salvagni EP, Wagner MB. Development of a questionnaire for the assessment of sexual abuse in children and estimation of its discriminant validity: a case-control study. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82:431-6.

Introdução

O abuso sexual infantil, definido como qualquer atividade sexual (incluindo intercurso vaginal/anal, contato gênito-oral, contato gênito-genital, carícias em partes íntimas, masturbação, exposição a pornografia ou a adultos mantendo relações sexuais) envolvendo uma criança incapaz de dar seu consentimento, é considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo¹. A OMS estima que, em todo o mundo, 40 milhões de crianças de 0 a 14 anos sofram abuso e negligência e que a taxa de prevalência do abuso sexual é de 7 a 34% entre meninas e de 3 a 29% entre meninos². Registros feitos pelo Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, para onde se encaminham pacientes pediátricos oriundos do próprio hospital por suspeita de negligência ou violência física, emocional e sexual, mostram que, dos casos encaminhados para avaliação entre 1999 e 2003, 29% foram de abuso sexual, 36% entre meninas e 20% entre meninos.

Dados recuperados do Departamento Estadual da Criança e do Adolescente (DECA), da Secretaria da Justiça e da Segurança do Estado do Rio Grande do Sul (Brasil), que atendem vítimas de violência, apontam que, de janeiro de 2002 a julho de 2004, 3.688 crianças foram vítimas de violência, das quais 2.377 de violência sexual³. Esses dados, mesmo assustadores, estão longe de refletir a realidade, visto que a maioria dos casos ficam encobertos pela síndrome do segredo e não são denunciados^{4,5}.

O pediatra, frente a uma criança vítima de abuso sexual, depara-se com um problema que tem uma dimensão muito maior do que a apresentada e que se constitui em um desafio diagnóstico. A literatura sugere que o exame físico conduza com confiança ao achado definitivo de abuso sexual somente em uma minoria de casos. Mesmo em casos confirmados, os achados físicos do abuso sexual são surpreendentemente infreqüentes. Estudos têm mostrado que, em meninas em que o abuso sexual foi documentado, a avaliação médica não revela sinais específicos em 50 a 90% das vítimas⁶. Algumas formas de abuso não causam injúrias físicas; nessas circunstâncias, não é esperado que se detecte qualquer evidência dessa natureza⁷⁻⁹. O abuso sexual não é tão somente um diagnóstico. Ele é um acontecimento ou uma série de acontecimentos que ocorrem dentro de um relacionamento no qual a criança está ou é envolvida. No entanto, as consequências físicas ou psicológicas podem ser “diagnosticadas” e consideradas consistentes com abuso sexual¹⁰. Nessas circunstâncias, algumas vezes, é preciso determinar a possibilidade de que ocorreu o abuso sexual com base no comportamento e no estado emocional da criança^{11,12}.

O pediatra, nessa situação, freqüentemente precisa fazer distinções extremamente sutis entre o normal e o anormal, necessitando ter a seu dispôr ferramentas que o auxiliem de forma objetiva a reconhecer essas diferenças¹³. Existem poucos questionários destinados a avaliar a probabilidade de abuso sexual na criança¹⁴. Assim, desenvolvemos e avaliamos a validade discriminante de um instrumen-

to para auxiliar no diagnóstico de abuso sexual na infância, sob forma de um questionário, abordando comportamento, sintomas físicos e emocionais.

Métodos

Realizamos um estudo de caso-controle, no qual participaram 201 crianças de 2 a 12 anos de idade que consultaram em ambulatórios de pediatria e em locais de referência para vítimas de violência sexual no período de março a novembro de 2004. Das 201 crianças inicialmente admitidas para a aplicação do questionário, nove foram excluídas por falta de controle esfincteriano (anal e vesical), tendo participado do estudo, no final, 192 crianças.

Casos eram crianças com suspeita de abuso sexual (com doença sexualmente transmissível) e revelação do abuso sexual (incluindo estupro e atentado violento ao pudor). Essas crianças foram encaminhadas para atendimento no Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e no Centro de Referência em Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI), situado no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, em Porto Alegre (Brasil). Em todas as crianças desse grupo, realizamos exame clínico e solicitamos exames laboratoriais, sendo coletados, também, dados referentes ao abuso.

Controles eram crianças que consultaram rotineiramente nos ambulatórios de pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. Excluímos desse grupo crianças que apresentassem queixas dirigidas à genitália.

Elaboramos um instrumento, denominado “Questionário para avaliação de comportamento, sintomas físicos e emocionais de crianças de 2 a 12 anos de idade”, composto por 18 itens, dois deles relacionados aos pais das crianças. O questionário, produzido com base em itens citados pela literatura, focalizou sinais de alterações generalizadas (comportamentais, emocionais, problemas escolares e de sono, medo, choro fácil e mudanças de hábitos lúdicos), sinais e sintomas físicos (machucadura genital/anal, enurese e encoprese) e sintomas sexualizados (interesse incomum por sexo, masturbação excessiva e agressividade sexual).

As informações iniciais do instrumento foram relativas à criança (idade, sexo e escolaridade) e à estrutura familiar. Os itens do questionário propriamente dito foram relacionados com a área do comportamento, sintomas físicos e emocionais. Cada item tinha as cinco opções de respostas da escala Likert utilizada (*não, acho que não, talvez, acho que sim e sim*). A entrevista para a aplicação do questionário foi realizada pela autora do estudo com um dos responsáveis, sem a presença da criança¹⁵. Tivemos o cuidado prévio, na entrevista do grupo caso, de que o responsável entrevistado não fosse a pessoa suspeita pelo abuso.

Na aplicação do questionário, todos os itens foram lidos da maneira como foram redigidos. Se a resposta a um determinado item fosse diferente das opções da escala utilizada, as respostas possíveis eram novamente lidas, solicitando-se que o item fosse respondido com uma das categorias.

Para avaliar a validade do questionário, já que não há um padrão-ouro disponível para o abuso sexual, lançamos mão do critério de validade de constructo discriminante. Pela validade discriminante, examinamos a capacidade do questionário de discriminar dois grupos extremos de pacientes (casos e controles), os quais, supomos, se comportam de maneira diferente em relação à questão em estudo. Avaliamos também a consistência interna dos itens por meio de processo seqüencial, que envolveu: (a) obtenção de coeficientes de correlação (Pearson, Spearman e Goodman-Kruskal) de cada item com o escore total; (b) cálculo do coeficiente α de Cronbach do questionário; (c) recálculo do α de Cronbach com a remoção e adição de cada um dos itens do questionário; e (d) cálculo de área sob a curva ROC (*receiver operator characteristics*) nas diferentes circunstâncias do item (c). Esse processo levou à formação de um novo questionário.

No questionário resultante, calculamos a razão de verossimilhança (RV) em cinco níveis, ordenados segundo a intensidade dos sintomas apresentados. Partindo de dois valores distintos de prevalência presumível de abuso sexual (probabilidade pré-teste) e de sua combinação com as RV obtidas, pudemos estimar qual a probabilidade de abuso sexual segundo a pontuação alcançada no questionário. Consideramos as $RV > 1$ associadas com abuso sexual, e as $RV < 1$ não associadas. Analisamos os dados com o programa SPSS versão 12.0.

Para viabilizar a utilização do questionário na prática da clínica pediátrica, assumimos dois contextos:

1. Criança atendida em ambulatório de pediatria e prevalência presumível de 5% de abuso sexual.
2. Criança atendida em local de referência para vítimas de violência sexual e prevalência presumível de 40% de abuso sexual.

Para tanto, ao pressupormos, em uma consulta rotineira em ambulatório de pediatria, uma prevalência (probabilidade pré-teste) de 5% para abuso sexual e ao aplicarmos o questionário, a soma de pontos que a criança atingir através do teorema de Bayes (pela RV) indicará a sua probabilidade pós-teste, ou valor preditivo positivo (VPP). Da mesma forma, em um local de referência para vítimas de violência sexual ao qual a criança vem com a suspeita ou revelação de abuso sexual, será pressuposta uma prevalência muito mais alta, como 40%. Ao aplicarmos o questionário, a soma de pontos que a criança atingir, pelo mesmo teorema, indicará a sua probabilidade pós-teste (VPP).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelas comissões de ética em pesquisa dos hospitais onde foi realizado. As informações foram coletadas junto aos pais ou responsáveis pela criança, após assinatura do consentimento informado.

Resultados

Do total de 201 crianças inicialmente admitidas, somente 192 participaram do estudo, assim distribuídas: grupo

caso ($n = 97$) e grupo controle ($n = 95$). No grupo de crianças abusadas, 63% eram meninas, e o questionário, nesse grupo, na sua maioria foi respondido pela mãe da criança (81,2%). Em relação à idade, o abuso ocorreu de forma mais expressiva entre 6 e 10 anos (65%).

O abuso intrafamiliar ocorreu em 70% dos casos, e o perpetrador foi um membro da família ou alguém que convivia com a criança. As crianças que sofreram abuso extrafamiliar foram vitimizadas por professores, vizinhos e, em alguns casos, por estranhos.

A forma de descoberta do abuso, na maioria dos casos, ocorreu através da revelação pela própria criança (83%). As experiências abusivas relatadas, na sua maioria, ocorreram através de contato físico, salientando-se a manipulação e o contato gênito-anal.

A ausência de sinais físicos, no momento do exame, ocorreu em 80% das crianças com abuso sexual. Salientamos, no entanto, que o item sobre lesões gênito-anais se refere a situações vigentes ou anteriores à aplicação do instrumento. Portanto, a resposta que confirma o item do questionário não implica que lesões tenham sido detectadas no momento do exame. As crianças que já haviam sido examinadas em outro local (2%) não foram submetidas a novo exame físico. O exame da região gênito-anal (4%) não foi realizado em crianças que não permitiram sua realização, para não revitimizá-las. Nesses casos, consideramos o exame pericial realizado por médico legista.

Os exames laboratoriais para doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, HIV, hepatite, clamídia, tricomoníase e gonorréia) realizados nas crianças encaminhadas para avaliação de abuso sexual foram normais na sua maioria (86%).

Dos 18 itens inicialmente aplicados, um foi eliminado por ter sido respondido por poucas pessoas. Obtivemos a correlação item-escore total, o coeficiente α de Cronbach e o coeficiente Gamma de Goodman-Kruskal de 17 itens. Subseqüentemente, usando o coeficiente α de Cronbach e a curva ROC, obtivemos os seguintes resultados: para esses 17 itens, $\alpha = 0,78$ e área da curva ROC = 0,88; para os 10 melhores, $\alpha = 0,75$ e área da curva ROC = 0,88; e para os cinco melhores, $\alpha = 0,71$ e área da curva ROC = 0,85. Considerando que a aplicação de um questionário mais abreviado é preferível, optamos pela utilização dos itens que melhor discriminaram, pelas respostas, as crianças do grupo caso das crianças do grupo controle (Figura 1).

Os itens selecionados (Figura 2) apresentaram, naturalmente, os cinco melhores desempenhos segundo as estatísticas utilizadas (α de Cronbach, Gamma de Goodman-Kruskal e área total da curva ROC) e compuseram então o questionário proposto. Ao final, cada criança recebeu um escore composto pela soma dos itens cujas respostas receberam pesos de 0 a 4 segundo a escala Likert, apresentando uma amplitude de 0 a 20.

Conforme o local de aplicação do questionário (ambulatório de pediatria ou local de referência para crianças vítimas de violência sexual), modificaremos a probabilidade pré-teste na dependência do valor da RV já calculada para cada um dos cinco níveis de pontuação (Tabela 1). Assim,

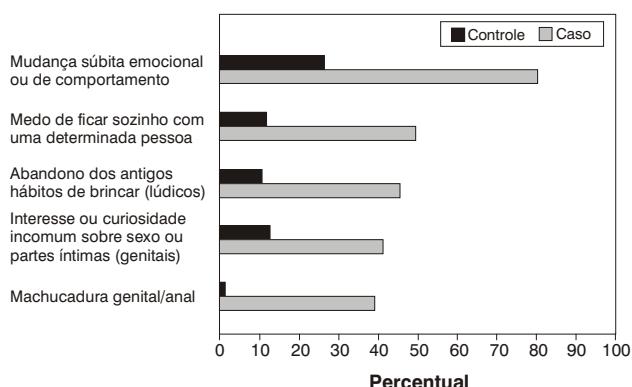


Figura 1 - Percentuais de respostas de breve questionário para casos e controles

uma criança atendida em ambulatório de pediatria que obtiver de 3 a 5 pontos ($RV = 0,78$ e $VPP = 3,9$) no questionário terá sua probabilidade pré-teste praticamente inalterada; aquela que alcançar de 6 a 9 pontos ($RV = 2,39$ e $VPP = 11,2$) terá um leve aumento; a que atingir entre 10 e 13 pontos ($RV = 6,86$ e $VPP = 26,5$) terá um aumento moderado; e aquela com 14 pontos ou mais ($RV = 23,51$ e $VPP = 55,3$) apresentará um aumento bastante substancial. De modo semelhante, podemos fazer a interpretação das crianças atendidas em locais de referência para crianças vítimas de violência sexual.

Discussão

Acreditamos que a investigação da criança com suspeita de abuso sexual é muito complexa e se constitui em uma tarefa desafiadora. A literatura aponta que apoiar-se no exame médico no diagnóstico de abuso sexual é insuficiente,

te, o que foi evidenciado neste estudo, no qual a maioria das crianças (80%) não apresentou alterações no exame físico^{1,8,16}. Aliado a isso, os exames laboratoriais, normais em 86% dos casos, pouco acrescentaram. O exame médico, portanto, deveria ser interpretado dentro do contexto de como a criança foi abusada, da percepção da criança sobre o abuso e do processo de revelação do abuso¹⁷. A revelação do abuso sexual pela própria criança, descoberta por outra pessoa^{18,19} ou pelo clínico que atende a criança, recomenda a necessidade de avaliação de outras crianças do mesmo ambiente familiar^{20,21}, principalmente porque 70% dos abusos foram cometidos por um membro da família ou alguém do convívio familiar^{5,7,22-24}.

Ressaltamos, no presente estudo, que pais de crianças do grupo caso estariam mais preocupados e sensibilizados com o comportamento, sintomas e sinais apresentados por seus filhos do que pais do grupo controle selecionados em consultas rotineiras. Isso poderia ser considerado um possível viés ao responderem o questionário. Para minimizá-lo, informamos que o questionário abordaria o comportamento e sintomas físicos e emocionais de crianças em geral. Na sua elaboração, cuidamos para que os itens fossem claros e não ambíguos e redigidos em linguagem compreensível à população estudada.

Um breve questionário aliado à história coletada com os responsáveis pode ser uma ferramenta de extrema utilidade na avaliação da criança. Este estudo nos permitiu, portanto, desenvolver e avaliar a validade discriminante de um questionário, composto de cinco itens, para avaliação de abuso sexual em crianças¹⁵. O α de Cronbach, para a consistência interna, foi de 0,71, o que é considerado satisfatório na comparação de grupos²⁵. Os itens do questionário que melhor discriminaram as crianças do grupo caso das crianças do grupo controle foram: mudanças súbitas emocionais ou de comportamento (80,4% do grupo caso e 26,3% do controle)^{24,26}, medo de ficar só com uma

Instruções: Você observou em seu(usa) filho(a) algumas das afirmações listadas?	Não (0)	Acho que não (1)	Talvez (2)	Acho que sim (3)	Sim (4)	Pontos
1. Interesse ou curiosidade incomum sobre sexo ou partes íntimas (genitais)						
2. Medo de ficar sozinho com uma determinada pessoa						
3. Mudança súbita emocional ou de comportamento						
4. Abandono dos antigos hábitos de brincar (lúdicos)						
5. Machucadura genital/anal						
Total						

Figura 2 - Breve questionário para sintomas e sinais associados com abuso sexual

Tabela 1 - Probabilidade de abuso sexual, segundo pontuação no questionário em ambulatório de pediatria ou local de referência para crianças vítimas de violência sexual

Pontuação	RV (IC95%)	Ambulatório (PPT = 5%)	Local de referência (PPT = 40%)
0-2	0,17 (0,09-0,32)	0,9 (0,5-1,7)	10,2 (5,7-17,6)
3-5	0,78 (0,47-1,31)	3,9 (2,4-6,5)	34,2 (23,9-46,6)
6-9	2,39 (1,16-4,93)	11,2 (5,8-20,6)	61,4 (43,6-76,7)
10-13	6,86 (2,11-22,23)	26,5 (10,0-53,9)	81,8 (58,4-93,7)
≥ 14	23,51 (3,24-170,29)	55,3 (14,6-90,0)	94,0 (68,4-99,1)

IC95% = intervalo de confiança de 95%; RV = razão de verossimilhança; VPP = valor preditivo positivo; PPT = probabilidade pré-teste ou prevalência.

determinada pessoa (49,5% do grupo caso), interesse incomum por sexo ou genitais (41,2% do grupo caso e 12,6% no controle)^{10,27}, mudanças nos antigos hábitos lúdicos (45,4% do grupo caso e 10,5% no controle)^{11,12} e lesões gênito-anais (39,2% do grupo caso e 1% no controle). O questionário, portanto, mostrou evidências de validade de constructo discriminante, uma vez que o grupo de crianças abusadas apresentou um desempenho diferente das crianças do grupo sem abuso sexual¹⁵.

Para a aplicação prática desse questionário, a prevalência do abuso sexual é um determinante poderoso. Ao estimarmos uma prevalência de 5% para a criança em consulta rotineira de pediatria, embora os dados de história sinalizem para a possibilidade de a criança estar sofrendo abuso sexual, podemos, através da aplicação do questionário, modificar essa probabilidade para outros valores (tranquilizadores ou não). Para a criança avaliada em locais de referência para vítimas de violência sexual em que a prevalência é estimada em um patamar bem mais elevado de 40%, ela também pode ser modificada, após a aplicação do questionário, para outros valores que reforçarão ou não a probabilidade de abuso sexual. Portanto, a interpretação do questionário vai depender do local em que ele for aplicado, ou seja, é de fundamental importância contextualizar o resultado obtido.

Mesmo nessas duas situações extremas, existem probabilidades intermediárias que conduzem a condutas diferentes. Considerando essas duas situações que ocorrem na prática clínica, podemos inferir que a prevalência exerce grande influência no processo diagnóstico.

Em ambulatório de pediatria, o relato de alterações generalizadas (sono, enurese, encoprese ou fobias) e queixas dirigidas para a genitália, aliado à apresentação de comportamento sexualizado incomum, deve alertar para a possibilidade de abuso sexual^{27,28}. Nesse contexto, crianças que alcançarem de 3 a 5 pontos no questionário seriam

classificadas, *a priori*, como não abusadas. Já crianças com pontuação intermediária de 6 a 9 ou de 10 a 13 necessitariam acompanhamento próximo. Porém, crianças que alcançarem 14 pontos ou mais possivelmente estariam sofrendo abuso sexual, necessitando avaliação multidisciplinar complementar para indicar, com segurança, medidas legais de proteção²⁶. Seria preciso antes, no entanto, esmiuçarmos a dinâmica familiar e descartar outras possibilidades diagnósticas, como abuso físico e emocional, que poderiam ser responsáveis por algumas dessas manifestações¹⁶ e que são resolvidas com orientação e manejo adequado.

Em locais de referência para vítimas de violência sexual, as alterações referidas, acompanhadas do relato ou suspeita de abuso sexual, direcionariam para outras condutas. Nesse contexto, crianças que fizerem até 2 pontos fornecem fortes evidências para serem classificadas *a priori* como não abusadas, embora necessitem de acompanhamento próximo devido à suspeita prévia de abuso sexual. As crianças que atingirem de 3 a 14 (ou mais) pontos indicam forte evidência de abuso sexual, impondo-se, nesse caso, avaliação multidisciplinar para confirmá-lo e indicar, de imediato, medidas legais de proteção.

Há limitações neste estudo que devem ser consideradas na avaliação e generalização dos resultados. Definimos, como casos, crianças encaminhadas a local de referência por suspeita ou revelação de abuso sexual e, como controles, crianças em consultas rotineiras de pediatria²⁹. Dessa forma, podem ter sido arroladas, como controles, crianças que houvessem sido vítimas de violência sexual, mas que se apresentaram para uma avaliação de rotina em ambulatório de pediatria. Igualmente, podem ter sido arroladas, como casos, crianças avaliadas em locais de referência para crianças vítimas de violência sexual pela suspeita inicial de abuso e que não foram efetivamente abusadas. Essa é uma dificuldade importante a ser considerada, uma vez que não

existe um padrão-ouro para abuso sexual que defina esses grupos com certeza. Talvez o que mais se aproxime de tal padrão é o seguimento a longo prazo das vítimas³⁰.

Novos estudos, com amostra maior de crianças, no entanto, são necessários para melhor estimarmos as RV e os VPP e melhor avaliarmos a possibilidade da utilização do questionário proposto. Cabe sempre lembrar da necessidade de avaliação multidisciplinar, composta por profissionais da área legal, assistência social, psicológica e psiquiátrica.

Referências

1. Johnson CF. Abuse and neglect of children. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson textbook of pediatrics. 17th ed. Pennsylvania: Elsevier Science; 2004. p. 121-32.
2. Information Office Press Release, WHO Recognizes Child Abuse as a Major Public Health Problem. WHO/20 8 April 1999. <http://www.who.org>. Acesso: 23/05/2005.
3. Brasil. Secretaria da Justiça e da Segurança do Rio Grande do Sul. DECA - Departamento Estadual da Criança e do Adolescente da Polícia Civil.. Relatório anual de 2002/2003/2004.
4. Neto DB. Abuso sexual na infância. In: Lippi JRS, ed. Abuso e negligência na infância: prevenção e direitos. Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional; 1990. p. 101-11.
5. Braun S. A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo. Porto Alegre: AGE; 2002.
6. Muran DJ. Mini-review: the medical evaluation in cases of child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2001;14:55-64.
7. Fernández JP, Espana AR, Masmítja LC, Rafat P, Fanes MI, Marill JB. Abuso sexual: experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Pediatr*. 2001;54:243-50.
8. Dubé R, Hébert M. Sexual abuse of children under 12 years of age: a review of 511 cases. *Child Abuse Negl*. 1988;12:321-30.
9. Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet*. 2004;364:462-70.
10. Babiker G, Herbert M. The role of psychological instruments in the assessment of sexual child abuse. *Child Abuse Rev*. 1996;5:239-51.
11. Hornor G. Sexual behavior in children: normal or not? *J Pediatr Health Care*. 2004;18:57-64.
12. Wells R, McCann J, Adams J, Voris J, Ensign J. Emotional, behavioral and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and allegedly abused prepubescent females. *Child Abuse Negl*. 1995;19:155-63.
13. Brilleslijper-Kater SN, Friedrich WN, Corwin DL. Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: theory and research challenges. *Child Abuse Negl*. 2004;28:1007-17.
14. Wells R, McCann J, Adams J, Voris J, Dahl B. A validation study of the Structured Interview of Symptoms Associated with Sexual Abuse (SASA) using three samples of sexually abused, allegedly abused, and nonabused boys. *Child Abuse Negl*. 1997;21:1159-67.
15. Streiner DL, Norman G. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press Inc.; 1995.
16. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. 1999;103:186-91.
17. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl*. 2002;26:645-59.
18. Rey C, Salomon J, Herzhaft-Bouccara J, Bohu D, Messerschmitt P. Examen des victims d'agression sexuelle de moins de cinq ans. *Arch Pediatr*. 2005;12:664-5.
19. Ullman SE, Filipas HH. Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse Negl*. 2005;29:767-82.
20. Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar, manejo, terapia e intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
21. Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL. Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child Abuse Negl*. 2000;24:273-87.
22. Goodman-Brown TB, Edelstein RS, Goodman GS, Jones DP, Gordon DS. Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2003;27:525-40.
23. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernández CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatr (Rio J)*. 2001;77:413-9.
24. Rimsza ME, Berg RA, Locke C. Sexual abuse: somatic and emotional reactions. *Child Abuse Negl*. 1988;12:201-8.
25. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ*. 1997;314:572.
26. Deeks JJ, Altman DG. Diagnostic tests 4: likelihood ratios. *BMJ*. 2004;329:168-9.
27. Friedrich WN. Sexual victimization and sexual behavior in children: a review of recent literature. *Child Abuse Negl*. 1993;17:59-66.
28. Adams JA. Evolution of a classification scale: medical evolution of suspected child sexual abuse. *Child Maltreat*. 2001;6:31-6.
29. Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull* 1986;99:66-77.
30. Sackett DL, Haynes RB. The architecture of diagnostic research. *BMJ*. 2002;324:539-41.

Correspondência:

Edila Pizzato Salvagni
Rua Professor Guerreiro Lima, 733
CEP 91530-190 – Porto Alegre, RS
Tel.: (51) 3339.1039, (51) 9999.0759
E-mail: edilaps@brturbo.com