

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PEDIATRIA

**ESTUDO DE CASO-CONTROLE PARA
DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ABUSO
SEXUAL EM CRIANÇAS**

EDILA PIZZATO SALVAGNI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Porto Alegre, Brasil

2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PEDIATRIA

**ESTUDO DE CASO-CONTROLE PARA
DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ABUSO
SEXUAL EM CRIANÇAS**

EDILA PIZZATO SALVAGNI

Orientador: Prof. Dr. Mário Bernardes Wagner

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil

2005

“O abuso sexual afeta crianças de todas as idades e localizações geográficas. Ele também não discrimina estratos socioeconômicos, transitando por todos eles com a invulnerabilidade de quem tem como aliados o medo, a culpa e o segredo.”

(Furniss, 1993)

*Dedico este estudo
aos meus filhos amados,
Vinicius, Angelo e Luiza,
unicamente por tê-los.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Mário Bernardes Wagner, pela extrema competência na orientação científica.

A Daniela Benzano Bumaguin, pela amabilidade e habilidade em transmitir seu conhecimento.

À equipe do Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

À equipe do Centro de Referência ao Atendimento Infanto-Juvenil: Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas – Porto Alegre.

Aos médicos peritos do Departamento Médico Legal, que muito contribuíram para aprimorar minha proficiência na avaliação da criança vítima de violência.

A Humberto Rosa e Rosange Benatti, amigos e colegas com quem dividi muitas dúvidas e longas horas de estudo.

Aos meus pais, Angelo e Maria, pelo amor e educação que me proporcionaram.

Ao meu esposo Vinicio, pela compreensão e tolerância.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS	ix
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 SOBRE A DEFINIÇÃO	3
1.2 SOBRE O ABUSADOR	5
1.3 SOBRE A REVELAÇÃO	6
1.4 SOBRE AS CONSEQÜÊNCIAS	10
1.5 SOBRE O DIAGNÓSTICO	12
2 JUSTIFICATIVA	24
3 OBJETIVO	25
4 PACIENTES E MÉTODOS	26
4.1 DELINEAMENTO	26
4.2 LOCAIS DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	26
4.2.1 Locais de referência para crianças vítimas de violência sexual	26
4.2.2 Ambulatórios de Pediatria	27
4.3 PERÍODO	27
4.4 AMOSTRA	27
4.4.1 Definição de caso	27
4.4.2 Definição de grupo caso	28
4.4.3 Definição de controle	28
4.4.4 Definição de grupo controle	28
4.4.5 Cálculo do tamanho amostral	28
4.5 VARIÁVEL PREDITORA	29
4.6 DESFECHO	29
4.7 INSTRUMENTO	29
4.7.1 Elaboração	29
4.7.2 Aplicação	30
4.7.3 Aspectos éticos	31
4.8 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DO INSTRUMENTO E MÉTODO ESTATÍSTICO	32

5 RESULTADOS	34
5.1 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	36
5.2 UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO NA PRÁTICA CLÍNICA.....	38
6 DISCUSSÃO	41
6.1 DADOS SOBRE O ABUSO.....	42
6.1.1 Quanto à revelação.....	42
6.1.2 Quanto aos abusadores.....	43
6.1.3 Quanto ao tipo de abuso.....	44
6.1.4 Quanto às alterações físicas.....	44
6.1.5 Quanto às alterações laboratoriais.....	46
6.2 ITENS DO QUESTIONÁRIO.....	48
6.3 A APLICAÇÃO PRÁTICA DESTE QUESTIONÁRIO.....	51
6.4 INTERPRETAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	52
7 CONCLUSÕES	56
8 REFERÊNCIAS	58
9 ARTIGO - ESTUDO DE CASO-CONTROLE PARA DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS	64
RESUMO.....	65
INTRODUÇÃO.....	67
MÉTODOS.....	68
Pacientes.....	68
Elaboração e aplicação do instrumento.....	69
Avaliação das propriedades do instrumento e método estatístico.....	70
Aspectos éticos.....	70
RESULTADOS.....	71
DISCUSSÃO.....	73
REFERÊNCIAS.....	77
ANEXOS	82
ANEXO A - CONSENTIMENTO INFORMADO.....	83
ANEXO B - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTO, SINTOMAS FÍSICOS E EMOCIONAIS DE CRIANÇAS DE 2-12 ANOS.....	84

LISTA DE TABELAS

RESULTADOS

Tabela 1 - Relação com o abusador.....	35
Tabela 2 - Tipo de Abuso	35
Tabela 3 - Exame físico	36
Tabela 4 - Exames laboratoriais	36
Tabela 5 - Breve questionário para sintomas e sinais associados com abuso sexual.....	37
Tabela 6 - Resultado do questionário	39

ARTIGO

Tabela 1 - Breve questionário para sintomas e sinais associados com abuso sexual.....	76
Tabela 2 - Resultado do questionário	77

LISTA DE ABREVIATURAS

CRAI	Centro de Referência em Atendimento Infanto-Juvenil
DECA	Departamento Estadual da Criança e do Adolescente
DML	Departamento Médico Legal
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HMIPV	Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas
IARGS	Instituto dos Advogados do Rio Grande do Sul
OMS	Organização Mundial da Saúde
ROC	<i>Receiver operator characteristics</i>
RV	Razão de verossimilhança
VPP	Valor preditivo positivo

1 INTRODUÇÃO

O abuso infantil, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), tem sido considerado um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo. Estimativa da OMS mostrou que 40 milhões de crianças de 0-14 anos em todo o mundo sofrem de abuso e negligência e necessitam de cuidados de saúde e da sociedade. Apontou também uma prevalência do abuso sexual de 7% a 34% entre meninas e de 3% a 29% entre meninos (WHO, 1999).

Em estudos mais recentes, realizados nos Estados Unidos da América, em uma amostra de 935 pessoas, 32,3% das mulheres e 14,2% dos homens revelaram abuso sexual na infância, e 19,5% das mulheres e 22,2% dos homens referiram também ter sofrido violência física (Briere; Elliot, 2003). Registros do Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre mostraram também que, dos casos encaminhados para avaliação pelo Programa entre 1999 e 2003, 29% foram de abuso sexual, sendo 36% entre meninas e 20% entre meninos.

Dados recuperados do DECA – Departamento Estadual da Criança e do Adolescente da Polícia Civil – da Secretaria da Justiça e da Segurança do Estado do Rio Grande do Sul, que

atende vítimas de violência física e sexual apontam que, em 2002, das 1.400 crianças vítimas de violência, 872 foram vítimas de violência sexual. Em 2003, 1.763 crianças foram vítimas de violência, 1.166 das quais de violência sexual. De janeiro a julho de 2004, de 525 crianças vítimas de violência, 333 o foram de violência sexual (DECA, 2002, 2003, 2004). Esses dados, mesmo assustadores, estão longe de refletir a realidade, visto que a maioria dos casos fica encoberto pela síndrome do segredo e não são denunciados (Neto, 1990; Kaplan et al., 1997; Braun, 2002). Observa-se também que as taxas de abuso sexual permaneceram estáveis nos últimos 20 anos a despeito dos esforços direcionados para a implementação de programas de educação e de prevenção (Wyatt et al., 1999).

Deve-se levar em conta também que o abuso sexual que acontece dentro da família pode estar subdiagnosticado, devido a todas as implicações relacionadas à negação por parte da vítima e da família e até mesmo por parte dos técnicos (Zavaschi et al., 1990; Kaplan et al., 1997; Zavaschi, 2002). Conseqüentemente, o número de crianças sexualmente abusadas poderá nunca ser conhecido. Há várias razões para o abuso não ser identificado e, portanto, não ser relatado. Crianças muito pequenas ou deficientes não têm habilidades de comunicação adequadas para relatar o ocorrido ou informar detalhes. A criança pode também não identificar a ação abusiva como imprópria, o que é mais provável de ocorrer se o abusador for o cuidador e do sexo feminino (Kelly et al., 2002). Além do mais, crianças e adultos podem esquecer ou reprimir memórias desagradáveis e cooperar, dessa forma, com a exigência do segredo (Wilsnack et al., 2001).

Estatísticas, portanto, não são dados absolutos, porque está-se lidando com um fenômeno que é encoberto com “um muro de silêncio”, de que fazem parte os familiares, vizinhos e os próprios profissionais que atendem as crianças vítimas de violência (Braun,

2002). Acrescente-se a isso que países com limitados recursos socioeconômicos podem não ser capazes de manejar todos os relatos de suspeita de abuso sexual ou coletar dados referentes a eles (Johnson, 2004).

O abuso sexual é um evento de grande impacto sobre a criança. Esse impacto vai depender da idade da criança, do estágio de seu desenvolvimento psicosssexual, da natureza do ato abusivo, da frequência com que se repete, da quantidade de agressão envolvida e da relação da criança com o abusador (Steele; Alexander, 1987). É necessário também ter-se em mente que a avaliação do abuso sexual e o seu diagnóstico apresentam implicações legais que afetam não só as vítimas e as famílias, mas também os profissionais que realizaram a avaliação.

Devido a sua complexidade, relevância e abrangência, cabe salientar alguns aspectos que envolvem o abuso sexual infantil.

1.1 SOBRE A DEFINIÇÃO

Abuso sexual é definido como qualquer atividade sexual (incluindo intercuro vaginal/anal, contato genital-oral, contato genital-genital, carícias em partes íntimas, masturbação, exposição a pornografias ou a adultos mantendo relações sexuais) envolvendo uma criança, incapaz de dar seu consentimento (Johnson, 2002). Essas atividades, impróprias para sua idade e ao seu desenvolvimento psicosssexual, as crianças as sofrem por sedução ou força (Scherer et al., 2003).

A literatura apresenta consideráveis variações e inconsistências nas descrições e

definições de abuso sexual e incesto. Termos como molestar, abuso sexual, estupro infantil, vitimização sexual e incesto têm sido usados de uma maneira intercambiável e sem uma adequada especificação.

Além disso, a interação sexual entre duas crianças pequenas é considerada por muitos como uma experimentação sexual e não abuso sexual. Poderia, portanto, ser considerado comportamento normal – isto é, não abusivo – crianças tocarem a genitália de outras no mesmo estágio de desenvolvimento, se não houver uso de coerção e intrusão do corpo (American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect, 1999). A diferença de quatro anos entre dois menores é suficiente para a atividade ser considerada abusiva (Johnson, 2004).

Azevedo; Guerra (1998) dizem que a terminologia a ser utilizada em relação à violência sexual deveria ser adequadamente especificada, preferindo-se o termo vitimização em vez de abuso, uma vez que, quando se usa o termo abuso, a ênfase é colocada no pólo adulto, no que força e coercitivamente domina a situação. Já com o uso do termo vitimização, a ênfase é colocada no pólo criança, no que sofre a coação, ou seja, no que sofre a violência. O termo abuso sexual, portanto, designa o uso abusivo e injusto da sexualidade. Refletindo a idéia de que não existe relação sexual apropriada entre uma criança e um adulto, atribui a responsabilidade deste tipo de ato exclusivamente ao adulto. O ato sexual não se reduz somente ao aspecto genital, refere-se a qualquer gesto pelo qual o adulto obtém gratificação sexual.

A coerção e a assimetria de poder entre o adulto e a criança são fatores fundamentais na gênese do abuso sexual. A assimetria está baseada na diferença de idade, na vulnerabilidade e

na dependência da criança que a impedem de participar em uma troca verdadeira e a decidir livremente. Portanto, o que caracteriza o abuso sexual é a falta de consentimento do menor na relação com o adulto. A criança é forçada fisicamente ou coagida verbalmente a participar da relação, sem ter necessariamente capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou julgar o que está acontecendo (Gauderer, 1998).

Enfim, definir o abuso sexual infantil não é uma tarefa fácil, pois são imprecisos os limites entre os contatos físicos importantes para o desenvolvimento da criança e aqueles que visam à satisfação dos desejos sexuais e ao alívio de tensões de um adulto. O abuso sexual inclui um espectro de atividades que vai desde um estupro violento à gentil sedução. De qualquer forma, a falta de consentimento da criança e a violência física ou psicológica estão sempre presentes na prática abusiva. O abuso sexual afeta crianças de todas as idades e localizações geográficas. Ele também não discrimina estratos socioeconômicos, transitando por todos eles com a invulnerabilidade de quem tem como aliados o medo, a culpa e o segredo (Furniss, 1993).

1.2 SOBRE O ABUSADOR

O abuso sexual pode ser dividido em familiar (intrafamiliar) e não familiar (extrafamiliar) (Furniss, 1993). De acordo com levantamentos anteriores, 85% a 90% dos agressores são conhecidos da criança ou têm uma relação de cuidado, proteção e responsabilidade para com ela (Mian et al., 1986; Rimsza; Berg, 1988; Drezett, 2001; Braun, 2002). No decorrer do relacionamento sexual, o perpetrador persuade ou pressiona a criança para guardar segredo.

O padrasto é o personagem que aparece como perpetrador em maior porcentagem dos casos, seguido do pai biológico e, em seguida, do avô, sem vínculo genético com a neta, apenas companheiro da avó (Farinatti et al., 1993).

Russel (1984) aponta indicativos para que isso ocorra:

a) falta ou inexistência de apego entre o padrasto e a(o) enteada(o), já que ele não participou dos cuidados da criança nos primeiros tempos;

b) o pai biológico, ao contrário do padrasto ou companheiro da mãe, está bem mais investido do seu papel protetor e zeloso da preservação do seu capital genético e menos predisposto à conduta desviante em relação a sua prole;

c) o tabu do incesto tem um forte papel inibidor do abuso sexual, explicando em parte a freqüência do padrasto como autor.

1.3 SOBRE A REVELAÇÃO

Entende-se por revelação o relato da criança a um adulto responsável ou a descoberta do abuso por um clínico que atende a criança necessitada de cuidados médicos, mediante formulação de perguntas pertinentes durante a avaliação. O abuso sexual também pode ser descoberto acidentalmente – quando outra pessoa o presencia (Bernett, 2005; Ullman; Filipas, 2005).

Crianças que são sexualmente abusadas freqüentemente não falam sobre seu abuso.

Muitas deixam de revelá-lo, somente conseguindo falar sobre ele na idade adulta (Berliner; Conte, 1995). Assim como o segredo é necessário para a continuação do abuso, quebrá-lo envolve sua cessação. No entanto, quebrar o segredo, além dessa consequência positiva, tem o seu ônus. A revelação do abuso pela criança pode resultar em descrédito e ruptura familiar, com a criança sujeita a passar sua infância em muitos lares que não o seu (Roesler; Wind, 1994). Similarmente, o preço do segredo é muito alto: medo de castigo e de abandono, aliado a sentimentos de cumplicidade, embaraço, culpa e vergonha contribuem e conspiram para o silêncio da criança e inibem suas revelações do abuso. Além disso, o perpetrador pode nunca relatar o fato. Tipicamente, o resultado é uma situação em que é permitido que o padrão destrutivo continue. Mesmo nos casos em que o abuso cessa sem intervenção externa, a situação permanece na criança – menino ou menina – que passa a viver com as implicações degradantes e estigmatizantes do que ocorreu (Bergner et al., 1994). Desafortunadamente, porque há poucas, se é que há algumas, evidências do abuso sexual, a intervenção depende fortemente da revelação da criança (Sauzier, 1989).

A criança, por não revelar o abuso, pode estar sujeita a longos ou repetidos abusos e não receber tratamento para seqüelas potencialmente danosas. O segredo, além de impedir a proteção de um abuso posterior, impede também a terapia que se faz necessária e pode mesmo colocar outra criança em risco de ser abusada (Goodman-Brown et al., 2003).

Meninos, em especial, não conseguem revelar seu abuso por uma série de razões: dificuldade pessoal de falar com uma linguagem apropriada, percepção de que fazer isso não é adequado, coerção pelo perpetrador, medo da estigmatização e incapacidade dos confidentes em potencial de reconhecer as tentativas de revelação.

Existem vários fatores que determinam a demora entre a ocorrência do evento abusivo e a sua revelação. Crianças muito pequenas desconhecem os tabus sexuais da sociedade e não compreendem que o abuso é prejudicial, inapropriado e que pode acarretar possíveis conseqüências negativas para elas próprias ou para outras crianças. Assim, é pouco provável que revelem espontaneamente o abuso para um adulto. No entanto, o mesmo desconhecimento que inibe seu relato pode também, inadvertidamente, facilitar a sua revelação, visto que crianças muito pequenas podem estar mais dispostas a falar sobre atos ou assuntos que facilmente constrangeriam crianças mais velhas (Saywitz et al., 1991).

A despeito da situação, geralmente de repulsa, a criança pode sentir o abuso como se fosse uma expressão de afeto e também vivenciá-lo com algum prazer físico. Com a revelação do ato abusivo, porém, a criança pode sentir-se culpada e parcialmente responsável pelo abuso. Além disso, pode pensar que destruiu a família e sentir raiva da mãe, por ela não a ter protegido (Farinatti et al., 1993).

Outro fator que pode afetar a revelação é a relação entre a criança e o abusador. No abuso que ocorre dentro da família, a criança está menos disposta a revelá-lo por receio de punição se os familiares julgarem que ela está mentindo. Já nos casos que ocorrem fora da família, ela fica mais disposta a falar imediatamente. Wyatt; Newcomb (1990) e Smith et al. (2000) observaram que, quanto mais próximo é o relacionamento com o abusador, menos propensas são as crianças a falar sobre o abuso. A criança pode sentir lealdade para com o abusador e, portanto, manifestar muita ambivalência em revelar o abuso. Ela também pode ter mais dificuldade em compreender que o abuso é errado quando o abusador é um adulto em quem ela confia e está em uma posição de autoridade perante ela. Esses fatores, por sua vez, podem estar relacionados com sua falta de disposição em contar sobre seu abuso aos pais ou a

outros adultos, resultando em longas demoras na revelação. A criança sexualmente abusada, portanto, enfrenta um sério dilema: revelar ou não o abuso.

Os profissionais que atendem a criança vítima de abuso sexual muitas vezes falam o mínimo possível sobre o abuso propriamente dito, não só pelo constrangimento normal que o tema tabu cria, mas também para protegê-la, para ajudá-la a esquecer a experiência traumática (Dobke, 2001). Tal atitude, como ensina Furniss (1993), freqüentemente transmite uma mensagem diferente para a criança. Ao falar pouco sobre o abuso, o entrevistador legal nega e rejeita a experiência abusiva da criança e, com isso, rejeita a própria criança. A criança interpreta a atitude protetora como a atitude de quem não quer ouvir a sua experiência abusiva, o que, conseqüentemente, fortalece a síndrome do segredo.

É importante salientar que as revelações iniciais feitas pelas crianças são muitas vezes apenas revelações parciais. As crianças contam muitas vezes um abuso menor antes de terem coragem de contar a história toda, geralmente muito mais tarde. Algumas crianças dizem, inicialmente, que foram abusadas apenas uma vez e podem implicar um estranho. Somente quando passam a confiar é que revelam um abuso prolongado perpetrado por amigos e familiares ou pelos próprios pais (Furniss, 1993).

Apesar da difícil tarefa de falar, algumas crianças vão adiante e dão um bravo passo para revelar toda sua vitimização. Mas mesmo entre estas crianças que finalmente conseguem revelar o abuso, isto somente ocorre semanas, meses ou mesmo anos após ele ter ocorrido. Há claramente uma grande variabilidade no tempo de demora da revelação da criança (Goodman-Brown et al., 2003).

É preciso também levar em conta que a revelação de uma criança pode desencadear a revelação de outras crianças, geralmente oriundas do mesmo ambiente familiar, que estejam sofrendo ou tenham sofrido o mesmo tipo de violência (Furniss, 1993). Os profissionais que atendem nesta área devem estar preparados para essa eventualidade e também para a possibilidade de que histórias sejam inventadas, o que raramente ocorre e, quando o são, podem ser facilmente detectáveis. Geralmente, elas envolvem orientações de adultos envolvidos em rixas familiares ou disputa pela guarda da criança.

Muitas destas crianças chegam para avaliação em um serviço de emergência ou em clínicas privadas. Infelizmente, alguns médicos têm dificuldade de identificar e manejar corretamente as vítimas de abuso sexual. Os médicos podem ficar relutantes em falar com a família sobre o paciente, porque a avaliação do abuso sexual pode entrar em conflito com o tradicional papel do médico e sua relação com a família. Alguns médicos também relutam em examinar essas crianças pelo constrangimento e pelo potencial procedimento legal relacionado a essas avaliações (Johnson, 1999). Deve-se ter em mente a possibilidade de que, uma vez encurralado pelas circunstâncias, o agressor faça uso de violência contra vítimas e testemunhas ou mesmo ataque a reputação ou a vida pessoal da equipe envolvida no atendimento da criança e de familiares.

1.4 SOBRE AS CONSEQÜÊNCIAS

As situações de violência sexual doméstica são extremamente marcantes para a criança, causando um desgaste emocional bastante grave. As marcas deixadas pela violência sexual são muito profundas devido à vulnerabilidade da criança, sua idade e ao silêncio que envolve o abuso (Braun, 2002). Furniss (1993) refere que o abuso sexual tem a função de evitar ou

regular os conflitos existentes na família. Com tais funções, ele se mantém em segredo como forma de manter o grupo familiar integrado.

Expectativas negativas que os pais apresentem em relação à criança abusada, resultantes do estigma que acompanha o abuso sexual, podem influenciar negativamente na recuperação da criança. O rótulo de ter sido abusada pode manter ou exacerbar as conseqüências do abuso (Kouyoumdjian et al., 2005).

As crianças que sofrem abuso sexual apresentam alterações de comportamento na área sexual, sintomas de estresse pós-traumático, aumento da ansiedade e da depressão e distúrbios do sono. No entanto, um número crescente de autores tem postulado que a resposta ao abuso sexual é diferente em meninas e meninos. Vários estudos têm demonstrado que meninos abusados sexualmente têm maior probabilidade de apresentar sinais de agressividade e alteração no comportamento do que meninas. Meninos também apresentam mais queixas psicossomáticas, tais como dores de cabeça, dores abdominais e encoprese do que meninas (Wells et al., 1997).

Efeitos psicológicos do abuso sexual podem ser devastadores, e os problemas que dele decorrem persistem na vida adulta das crianças (Kaplan et al., 1997). Sobreviventes do abuso sexual freqüentemente repetem o ciclo de vitimização, perpetuando o abuso sexual intergeracional com seus próprios filhos (Hornor, 2002).

A possibilidade de transitar da passividade da experiência para a atividade e aplicar ao mundo externo a agressão que lhe foi conferida permite que a criança “se desforre por procuração”. Assim, estabelece-se um processo defensivo que tende a se perpetuar: a

identificação com o agressor se torna uma maneira psíquica de sobreviver ao abuso sexual. A vítima, ao se identificar com seu agressor e se converter em molestatador, torna o abuso sexual um legado passado à próxima geração de vítimas (Scherer et al., 2003). Há também a possibilidade de ela estabelecer uma relação abusiva consigo mesma, como acontece nos casos de revitimização (Kristensen, 1996; Whiffen; MacIntosh, 2005).

1.5 SOBRE O DIAGNÓSTICO

O maior problema enfrentado pelo médico é identificar a criança vítima de abuso sexual quando faltam evidências físicas do abuso. De fato, diferentemente do abuso físico, cuja definição é baseada em conseqüências observadas, o abuso sexual é definido com base em fatos relatados pela criança vítima ou por um adulto próximo, fatos que não são necessariamente confirmados pelo exame físico (Dubé; Hébert, 1988).

O diagnóstico médico é detalhado e complexo e consome tempo. A história médica é quase sempre incompleta ou ambígua. O exame físico, na maioria das vezes, é normal, e os achados laboratoriais positivos são raros.

A avaliação dos casos de abuso sexual baseia-se fortemente na história relatada pela criança. O pediatra pode tentar obter uma história apropriada, antes ou durante a realização do exame médico. Pode ocorrer de crianças descreverem espontaneamente seu abuso e indicar quem está abusando delas, durante o exame da boca, genitália e ânus (American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect, 1999). Portanto, qualquer revelação feita pela criança sobre abuso sexual durante a avaliação médica deverá ser registrada (Johnson, 2004).

Os achados físicos do abuso sexual são surpreendentemente infreqüentes, sutis ou totalmente ausentes, mesmo em casos confirmados. Nestas circunstâncias, algumas vezes, o médico deve determinar a possibilidade de que ocorreu o abuso com base no comportamento e no estado emocional da criança. Esta é uma tarefa difícil, porque as pesquisas têm mostrado que essas vítimas demonstram elevados níveis de alterações comportamentais e emocionais sendo vasta a variabilidade de sintomas (Wells; Adams, 1995). Alguns tipos de abuso sem contato – voyeurismo e exibicionismo – e com contato – oral, digital e genital – ocorrem na genitália externa e na área anal e podem não resultar em achados físicos (Johnson, 2004).

A não ser que ocorra penetração vaginal, a injúria nas meninas é limitada à região da vulva. Quando o perpetrador roça seu pênis na vulva da criança, encontra-se eritema, edema, lesões e escoriações nos grandes lábios. Essas injúrias são freqüentemente limitadas à pele vulvar. O processo de cicatrização se completa em poucos dias, e quando a criança é examinada posteriormente a apresentação anatômica da área genitoanal parece normal. No entanto, hoje é bem aceito que alguns achados são variantes da normalidade, enquanto outros são meramente anormalidades não específicas (Muran, 2001).

O contato genital intracrural também poderá não resultar em qualquer injúria ou evidência anatômica. Achados similares podem ser observados quando o perpetrador manipula digitalmente a vulva ou o intróito vaginal sem que ocorra a penetração. A criança, não entendendo o que aconteceu, pode interpretar o roçar do pênis ou de outro objeto entre seus grandes lábios como penetração vaginal. Essa interpretação pode ser uma explicação para a eventual falta de achados físicos, quando a criança afirma ter sido penetrada. É importante que se tenha em conta que ela não tem um modelo de referência para a penetração

vaginal antes que isso efetivamente ocorra (Pillai, 2005).

Estudos têm mostrado que, mesmo em meninas em que o abuso sexual foi documentado, a avaliação médica não revela achados específicos em 50% a 90% das vítimas. Visto que algumas formas de abuso não causam injúrias, não é de esperar que o exame detecte qualquer evidência física de abuso nesses casos (Dubé; Hébert, 1988; American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect, 1999).

No entanto, qualquer investida violenta a uma criança pré-adolescente que ainda não apresente todas as características típicas, anatômicas e hormonais, que facilitem uma penetração resultaria provavelmente em um trauma evidente, com a conseqüente descoberta. Crianças são usualmente abusadas por uma pessoa conhecida delas que deseja ter acesso continuado a elas, razão por que a maioria das crianças é abusada de forma a não deixar achados físicos permanentes (Pillai, 2005).

A forma como as crianças são abusadas sexualmente e a sua natureza vulnerável tornam difícil a revelação. Freqüentemente, elas não revelam de imediato o abuso. Além disso, a mucosa genital e o epitélio cicatrizam rapidamente; assim, a demora na revelação ou na realização do exame médico pode propiciar o tempo suficiente para que a cicatrização aconteça (Heger et al., 2002). O profissional médico exerce um poderoso e único papel no diagnóstico do abuso sexual em crianças. A sua primeira responsabilidade é providenciar uma intervenção na saúde física e mental que proporcione à criança um bem-estar físico e psicológico. Para compor o quadro de abuso sexual na criança, a avaliação requer processos criativos que recuperem peças de informações provenientes de diferentes fontes.

Os relatos de pais sobre alterações, mudanças significativas e inexplicáveis no

comportamento dos seus filhos são freqüentemente a primeira indicação a sugerir o abuso sexual na criança. Alterações no sono, comportamento sexual aumentado, queixas somáticas e alterações comportamentais e emocionais podem ser sinais de que a criança tenha sido molestada (Browne; Finkelhor, 1986). No entanto, pais que não são fortemente apegados aos filhos podem ignorar ou negar os sinais e responder inadequadamente aos indícios de que a criança está sendo abusada sexualmente (Hornor, 2002).

Não existem manifestações comportamentais específicas que comprovem a ocorrência de abuso sexual, mas as crianças podem exibir muitos comportamentos que levantam suspeitas. Crianças pequenas que revelam um conhecimento detalhado de atos sexuais, em geral, testemunharam ou participaram de uma atividade sexual. Crianças pequenas vítimas de abuso sexual podem exibir o seu conhecimento sexual através de brincadeiras e tendem a repetir o que aprenderam com crianças da mesma idade. Comportamento agressivo é comum em crianças vítimas de abuso. Crianças que sentem muito medo de adultos, particularmente homens, podem ter sofrido atos sexuais abusivos.

Nenhum sintoma psiquiátrico específico resulta do abuso sexual. A vulnerabilidade da criança às seqüelas do abuso sexual vai depender do tipo de abuso e sua cronicidade, da idade da criança e do grau de relacionamento da criança com o perpetrador (Kaplan et al., 1997).

Para um desenvolvimento adequado, é importante que a criança tenha contato físico muito estreito com seus pais. Apesar de muitos comportamentos sexuais exibidos pela criança fazerem parte do seu desenvolvimento normal, há situações em que eles se tornam preocupantes. Davies et al. (2000) notaram que certos comportamentos sexuais comumente observados nas crianças tornam-se causas claras de preocupação devido a aspectos

particulares, como sua frequência e a maneira como a criança os executa. Crianças com comportamento sexual problemático tipicamente mantêm o comportamento mesmo quando solicitadas para que o interrompam.

Crianças pequenas podem experimentar introduzir seus dedos ou outros objetos em qualquer orifício natural do corpo. Crianças também podem introduzir objetos em sua vagina ou ânus; usualmente, elas sentem dor, o que faz o comportamento cessar naturalmente. Se ele persistir, a criança necessita ser avaliada para a possibilidade de abuso sexual. Crianças sexualmente abusadas tendem a inserir objetos em sua vagina ou orifício anal mais frequentemente do que crianças não abusadas (Hornor, 2004). Portanto, o abuso sexual de criança pré-púbere, por adolescentes ou adultos, tende a sexualizar o comportamento da criança, isto é, ela exhibe masturbação excessiva, insere objetos na vagina ou no ânus, tem precoce conhecimento sexual, requisitando freqüente estimulação sexual.

Conhecimento sexual e comportamento sexual progridem num *continuum*. Torna-se causa de preocupação a criança demonstrar conhecimento sexual impróprio para sua idade. Isso pode ser o resultado tanto de uma exposição a comportamentos ou materiais explícitos dentro ou fora de casa, quanto do envolvimento prematuro em atividades sexuais iniciadas por uma criança mais velha ou por um adulto.

Friedrich (2000) afirma que o comportamento sexual normal e esperado em crianças inclui uma ampla gama de comportamentos. Para ele, o comportamento sexual deve ser examinado no seu contexto social, cultural e familiar, e não isoladamente. Há evidências de que situação de ruptura familiar pode levar ao desenvolvimento de um comportamento sexualizado como uma resposta de conforto para a criança (McNichol; McGregor, 1999).

É importante que os pais saibam que muitos dos comportamentos sexuais podem ser expressões do desenvolvimento normal da infância. No entanto, é também importante observar a frequência do comportamento, se a criança consegue mudá-lo ao ser-lhe sugerida outra atividade, se ela consegue limitá-lo a locais e momentos apropriados e se ele está causando desorganização na vida da criança. Ser exposta a materiais pornográficos ou presenciar relações sexuais de adultos pode acarretar comportamento sexualizado em crianças, causando preocupação.

Em nossa erótica sociedade, através da televisão ou do cinema as crianças são repetidamente expostas a imagens ou cenas sexuais. Os pais, por sua vez, relutam em discutir sexo com os filhos devido à crença cultural de que falta sexualidade às crianças e também porque, de um modo geral, eles hesitam em discutir práticas sexuais. Qualquer mudança súbita ou significativa no comportamento da criança deve ser observada e apropriadamente avaliada dentro do contexto familiar. Crianças abusadas sexualmente têm altas taxas de problemas de comportamento sexual quando comparadas às que não o foram (Friedrich, 1993).

Segundo Hall (1998), um comportamento sexual infantil é considerado problemático quando:

a) ocorre muito mais cedo do que o esperado para o desenvolvimento daquela idade;

b) interfere no desenvolvimento da criança (a criança aprende a usar o comportamento sexual como forma de se relacionar com outra pessoa);

c) se manifesta como comportamento sexualmente agressivo (acompanhado pelo uso de coerção ou forçando outra criança a carícias mútuas ou a imitar relações sexuais) e masturbação excessiva;

d) é associado com estresse emocional (manifestando-se através de distúrbios alimentares ou de sono e comportamento agressivo);

e) torna a ocorrer em segredo após a intervenção do cuidador.

Como se tem dito, é muito difícil documentar e tratar a violência sexual na criança, principalmente a violência sexual intrafamiliar. Faz-se necessário compor um diagnóstico que vai além da avaliação clínica da criança. São coletados dados da história e itens sugestivos de abuso intrafamiliar entrevistando familiares, a própria criança e o suposto agressor (Hall, 1998). É importante também recuperar, da história materna e paterna, dados sugestivos ou comprovados de abuso sexual na infância (Wells; Adams, 1995; Wells et al., 1997; Oates et al., 1998).

Crianças vítimas de abuso sexual apresentam vários sintomas não específicos em relação ao comportamento, como ansiedade, medo exagerado, distúrbios do sono – dificuldade em adormecer ou sono excessivo –, queixas somáticas, depressão, baixa auto-estima, e podem tornar-se subitamente introvertidas. Apresentam, por vezes, choro fácil e referem freqüentes dores de cabeça. Podem também demonstrar receio em ficar com uma determinada pessoa que lhe é querida ou recusar-se a ir à sua casa (em sendo isto um fato costumeiro). Passam a sentir medo de ir a banheiros e apresentam mudanças na escola, como

recusa de participar das atividades e piora do desempenho escolar. Demonstram maior conhecimento, curiosidade ou interesse sobre sexo e por partes íntimas do que seria esperado para sua idade, podendo apresentar agressividade incomum dirigida às partes íntimas de brinquedos ou de colegas. Masturbam-se mais do que se esperaria ser normal, são sedutoras com colegas de aula, professores ou outros adultos. Podem passar a molhar a cama ou as roupas e ter história de constipação recorrente ou perda de fezes na roupa (Wells et al., 1997; Muran, 2001; Hornor, 2004).

Sinais físicos de abuso podem ser recuperados pela história fornecida pelo responsável ou ser obtidos através do exame físico pediátrico. Deve-se ficar atento para lesões na área dos genitais, sangramento vaginal inexplicado, abrasões, mordidas, arranhões, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, infecções vaginais recorrentes, dor em região anal ou genital, dificuldade para deambular, dor abdominal atípica (Muran, 2001). O exame físico de qualquer criança deve ser completo, e a inspeção dos genitais e do ânus deve ser rotina. Dessa forma, o profissional se familiariza com os dados normais e fica mais habilitado e seguro para reconhecer qualquer alteração nessa área. O pediatra deve ser proficiente no exame da região genital e anal e ter conhecimento das variações da normalidade (Strickland; Adams, 2004).

A genitália feminina apresenta características peculiares. O hímen da menina é uma estrutura dinâmica que relaxará ou abrirá na dependência de alguns fatores, como o relaxamento da criança no momento do exame, a posição da criança no exame da genitália e a habilidade do examinador em avaliar estruturas pélvicas (Pillai, 2005).

A revelação do abuso sexual da criança geralmente induz ao envolvimento de um grande número de diferentes profissionais. Torna-se necessária uma abordagem coordenada

para que se obtenham bons resultados e não se revitimiza a criança.

De um modo geral, o profissional que acolhe a criança e o adolescente vítimas de abuso sexual deve colocar-se à disposição para ajudá-los de forma segura, interessada e protetora e procurar isentá-los da culpa que envolve o abuso. Ao mesmo tempo, deve tranquilizá-los, demonstrando que está familiarizado com esse tipo de situação. Deve-se ter em mente que, quando ocorre o abuso sexual, a criança pode sentir-se traída, não só pelo abusador, mas também pelas pessoas em quem confia – mãe, professores, médicos – e pelos órgãos judiciais, que muitas vezes não acreditam em sua história, exigindo provas que, na maioria dos casos, não existem.

O médico e o terapeuta, ao reconhecerem o abuso, devem ter consciência de que é necessário o apoio da rede de saúde e da rede legal. Ou seja, abuso sexual envolve aspectos legais e de saúde e requer uma abordagem genuinamente multidisciplinar, em que as questões legais e terapêuticas relacionam-se mutuamente de forma complexa e nova. Embora pesquisas demonstrem que nem toda a criança que sofreu abuso sexual apresenta danos físicos ou psicológicos, esse fato não ameniza a gravidade da violação das normas legais (Furniss, 1993).

Farinatti (1993) lembra que a única testemunha da investida sexual é a própria criança. Quase nunca se encontram lesões que possam atestar o abuso. A linguagem da criança, principalmente quando ela ainda não fala, é corporal. E é essa linguagem que é preciso decodificar. Para tal, é necessário possuir a acuidade desenvolvida para observar a criança e interpretar seus gestos, que, na realidade, são sinais. Os responsáveis pela criança não devem deixar que a negação lhes retarde a acuidade e confunda a percepção, constituindo-se no primeiro conspirador contra o diagnóstico (Zavaschi, 2002).

Estudos recentes têm procurado identificar os tipos de achados somáticos e de alterações comportamentais e emocionais mais sensíveis e específicos na determinação da probabilidade de vitimização da criança (Adams, 2001). Em crianças pequenas, condutas de sedução, masturbação compulsiva e interesse exagerado por genitais de outros são distúrbios de natureza sexual e são evocadores de situação abusiva. Tais transtornos do comportamento são indicadores indiretos, e a sua presença facilita o diagnóstico de abuso sexual.

Na história de abuso sexual existem peças que precisam ser recuperadas para compor o diagnóstico. Existem papéis bem estabelecidos no contexto familiar. A criança, na tentativa de revelar, às vezes o faz sem se dar conta ou emite sinais e apresenta sintomas, muitas vezes comportamentais ou emocionais. Outras vezes, ou simultaneamente, elege seu corpo para sinalizar e verbalizar o abuso sexual, situação em que a dor emocional encontra caminho para se revelar através de manifestações físicas.

A grande maioria dos estudos tem descoberto casos perguntando a adultos, retrospectivamente, sobre suas experiências na infância (Roesler; Wind, 1994; Bergner et al., 1994; Oaksford; Frude, 2001). É provável que, quando se pergunta sobre abusos sexuais na idade adulta, o passar do tempo tenha feito esquecer as experiências de possíveis abusos sexuais ocorridos em idades precoces e só haja recordações dos abusos ocorridos na idade puberal ou pré-puberal (Fernández et al., 2001). A vantagem da abordagem contemporânea é que ela resgata informações atuais, menos sujeitas a distorções provocadas pelo tempo. Além disso, por serem mais recentes, as informações podem ser contextualizadas (Finkelhor et al., 1997).

Alguns estudos têm levantado fortes dúvidas sobre a validade da entrevista de crianças muito jovens abusadas sexualmente e sugerem que elas possam ser influenciadas pela forma como são feitas as perguntas em determinada situação. E embora seja desejável uma história detalhada, as crianças não deveriam repetir várias vezes a história do incidente (Paradise, 1990).

De qualquer forma, a avaliação do abuso sexual requer um processo criativo que recupere peças de informação de várias fontes e lugares, colocando-as dentro de um contexto. O pediatra necessita se capacitar para identificar os sinais e sintomas emitidos pela criança e somente fará o diagnóstico se pensar que o abuso sexual pode ocorrer. A avaliação da criança com suspeita ou confirmação de violência sexual, principalmente intrafamiliar, exige do profissional cuidado e conhecimento no manejo, sob pena de acarretar novos danos e prejuízos à criança e à sua família.

Deve-se ter em mente que o abuso sexual não é 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 conseqüências físicas ou psicológicas podem ser “diagnosticadas” e podem ser consideradas consistentes com abuso sexual (Babiker; Herbert, 1996).

Há, como se vê, uma crescente necessidade de desenvolver instrumentos capazes de auxiliar os clínicos a determinar a probabilidade de que o abuso sexual tenha ocorrido. Cabe ainda salientar que, em relação ao abuso sexual, não existe um padrão ouro disponível para estabelecer a sua presença ou ausência. O que o pediatra deve considerar é a necessidade de estabelecer um cuidadoso seguimento destas crianças para ter condições de protegê-las da

melhor forma possível..

2 JUSTIFICATIVA

Por ser o abuso sexual tão destrutivo e tão freqüentemente não relatado, os profissionais que trabalham na área, e também os pediatras, devem ter meios disponíveis para detectar a sua ocorrência e poder identificar de forma objetiva crianças vítimas de abuso sexual e crianças que apresentem sinais e sintomas que possam ser confundidos com situações abusivas. Há a necessidade, portanto, de desenvolver instrumentos que possam auxiliar o clínico a determinar a probabilidade de que o abuso sexual tenha ocorrido.

O abuso sexual marca a criança de forma indelével, com seqüelas que persistem na sua vida. A sua correta detecção, no entanto, permite sua interrupção. Considerando-se, portanto, a relevância das graves conseqüências decorrentes do abuso sexual ainda na infância, além de na vida adulta, justifica-se a necessidade de disponibilizar aos pediatras um questionário de avaliação de abuso sexual em crianças que, juntamente com os achados clínicos e laboratoriais, auxilie no diagnóstico do abuso. Por ser aplicado com facilidade, é um instrumento de extrema utilidade para o pediatra na sua prática clínica.

3 OBJETIVO

Desenvolver e validar um questionário de avaliação de abuso sexual em criança.

4 PACIENTES E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO

Realizou-se um estudo de caso-controle com crianças de 2 a 12 anos de idade encaminhadas para locais de referência para crianças vítimas de violência sexual e com crianças de 2 a 12 anos de idade que consultaram rotineiramente em ambulatórios de pediatria. Foram estabelecidos dois grupos: crianças com suspeita ou revelação de abuso sexual (grupo caso) e crianças sem suspeita ou revelação de abuso sexual (grupo controle).

4.2 LOCAIS DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

4.2.1 Locais de referência para crianças vítimas de violência sexual

- Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: programa vinculado à Vice-Presidência Médica, para onde se encaminham pacientes pediátricos oriundos do próprio hospital com suspeita de negligência, violência física, emocional ou sexual.
- Centro de Referência em Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI): situado no Hospital

Materno-Infantil Presidente Vargas em Porto Alegre, presta atendimento a crianças e ou adolescentes vítimas de violência física e sexual oriundas do Departamento Médico Legal (DML), do Departamento Estadual da Criança e do Adolescente (DECA) e dos Conselhos Tutelares. Tem parceria com o Instituto dos Advogados do Rio Grande do Sul – IARGS.

4.2.2 Ambulatórios de Pediatria

- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
- Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) – Porto Alegre.

4.3 PERÍODO

Os dados foram coletados no período de 25 de março a 4 de novembro de 2004.

4.4 AMOSTRA

A amostra foi de conveniência com seleção consecutiva.

4.4.1 Definição de caso

Foram considerados casos crianças de 2 a 12 anos de idade encaminhadas aos dois locais de referência para crianças vítimas de violência, com revelação recente – nos últimos seis meses – de abuso sexual, atentado violento ao pudor e estupro, e crianças encaminhadas por suspeita de abuso sexual, sem revelação, por apresentarem doença sexualmente

transmissível. Não foram incluídas crianças encaminhadas por qualquer dos tipos de violência sexual que já houvessem sido avaliadas e tratadas anteriormente.

4.4.2 Definição de grupo caso

Foi constituído um grupo de 101 crianças selecionadas dos dois locais de referência para atendimento de crianças vítimas de violência sexual. Nas crianças deste grupo realizou-se exame clínico e solicitaram-se exames laboratoriais. Neste grupo, também foram coletados dados referentes ao abuso.

4.4.3 Definição de controle

Foram considerados controles as crianças de 2 a 12 anos de idade que consultaram rotineiramente nos ambulatórios de pediatria dos dois hospitais sem suspeita ou revelação de abuso sexual e que não apresentaram queixas dirigidas para a região genitoanal.

4.4.4 Definição de grupo controle

Foi constituído um grupo de 100 crianças que consultaram nos ambulatórios de pediatria dos dois hospitais. As crianças foram selecionadas após avaliação pediátrica de rotina, sendo afastadas aquelas que apresentaram alteração na área genitoanal.

4.4.5 Cálculo do tamanho amostral

Para obter estimativas de sensibilidade e especificidade com margem de erro máxima de

10%, os cálculos mostraram ser necessárias 97 crianças por grupo (abusado x não abusado), de forma que optou-se por selecionar 200 crianças, distribuídas nos dois grupos.

4.5 VARIÁVEL PREDITORA

Questionário composto por 18 itens (perguntas).

4.6 DESFECHO

Presença ou ausência de abuso sexual.

4.7 INSTRUMENTO

4.7.1 Elaboração

O instrumento que foi produzido e aplicado aos dois grupos, denominado *Questionário para avaliação de comportamento, sintomas físicos e emocionais de crianças de 2-12 anos de idade*, era composto por 18 itens, 2 deles relacionados aos pais.

O questionário, elaborado com base em itens citados pela literatura, focalizou sinais generalizados de alterações (comportamentais, emocionais, problemas escolares, de sono, medo, choro fácil, mudanças de hábitos), sinais e sintomas físicos (machucadura genital/anal, enurese e encoprese) e sintomas sexualizados (interesse incomum por sexo, masturbação excessiva e agressividade sexual). Cuidou-se para que os itens, formados com declarações curtas, fossem claros, não ambíguos e em linguagem acessível à população em estudo.

As informações iniciais do questionário foram relativas à criança (idade, sexo e

escolaridade) e à estrutura familiar, perguntas, portanto, facilmente respondidas e em geral pouco ameaçadoras, de modo a criar um clima agradável para a entrevista. As demais perguntas foram relacionadas com a área do comportamento e trataram de assuntos mais sensíveis.

As respostas seguiram o formato preconizado por Rensis Likert – escala Likert – que quantifica atitudes e comportamento, com cinco categorias: “não”, “acho que não”, “talvez”, “acho que sim”, “sim”. Optou-se por usar a escala Likert porque as variáveis medidas – atitudes e comportamento – caem num *continuum*. Ao não limitar a escolha, já que eram oferecidas cinco categorias de resposta, pretendeu-se criar um instrumento eficiente e confiável.

4.7.2 Aplicação

Para aplicação do questionário, foram selecionados dois grupos de crianças de 2 a 12 anos de idade que representavam dois níveis de risco de terem sido abusadas: um grupo de crianças com revelação de abuso sexual, atentado violento ao pudor, estupro e com suspeita de abuso sexual por apresentarem doença sexualmente transmissível (grupo-caso) e um grupo de crianças sem suspeita ou revelação de abuso sexual e sem alterações na região genitoanal após avaliação de rotina (grupo controle).

A entrevista para a aplicação do questionário foi realizada pela autora do estudo com um dos responsáveis, sem a presença da criança. Teve-se o cuidado prévio, na entrevista do grupo caso, de o responsável entrevistado não ser 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 propostas dentro da escala utilizada, as respostas possíveis eram novamente lidas, solicitando-se que o item fosse respondido com uma daquelas categorias.

Após a coleta dos dados do questionário e revisão dos prontuários e registros, os nomes e os números dos prontuários e registros foram removidos e substituídos por números de identificação, para preservar a confidencialidade das informações. No entanto, foi mantido um registro geral que unisse números a nomes, com o único objetivo de permitir correção posterior de informações faltantes ou contraditórias.

4.7.3 Aspectos éticos

As informações foram coletadas pela autora do estudo junto aos pais ou responsáveis pela criança, após consentimento, tanto para os casos como para os controles. Foi-lhes explicado que seriam formuladas perguntas relacionadas ao comportamento e a sintomas físicos e emocionais da criança e perguntas sobre os pais, bem como informou-se o tempo necessário para aplicação do questionário. Foi explicado também que, se fossem constatadas situações que merecessem atenção, seria feito chamamento posterior para atendimento e acompanhamento que se fizessem necessários.

Foi garantido aos responsáveis pela criança que a negativa em participar do estudo não acarretaria qualquer prejuízo ao acompanhamento no serviço. Após a anuência em participar, solicitou-se a leitura e assinatura de duas cópias do Consentimento Informado, sendo uma

delas entregue ao responsável. O estudo e o consentimento informado foram aprovados pelas Comissões de Ética em Pesquisa dos hospitais onde o estudo foi realizado.

4.8 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DO INSTRUMENTO E MÉTODO ESTATÍSTICO

A validade e consistência interna dos itens foram avaliadas utilizando-se o seguinte processo seqüencial:

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;

d) cálculo de área sob a curva ROC nas diferentes circunstâncias do item (c).

Nesse processo, considerou-se que a aplicação de um questionário mais abreviado é preferível. Selecionaram-se, portanto, os cinco melhores itens para formar o novo questionário. Esses itens apresentaram, naturalmente, os cinco melhores desempenhos, segundo as estatísticas utilizadas (α de Cronbach, gamma de Goodman-Kruskal e área total da curva ROC).

Para este questionário resultante, calculou-se a razão de verossimilhança (RV) em cinco níveis, ordenados segundo a intensidade dos sintomas apresentados. Partindo-se de dois valores distintos de prevalência presumível de abuso sexual (probabilidade pré-teste) e de sua combinação com as $RV_{(s)}$ obtidas, pôde-se estimar qual era o valor preditivo positivo (probabilidade pós-teste) para abuso sexual segundo as respostas alcançadas no questionário. Na dependência do contexto de aplicação do questionário, as $RV_{(s)} > 1$ foram consideradas associadas com abuso sexual, ao passo que as $RV_{(s)} < 1$ foram associadas com ausência de abuso sexual. Os dados foram analisados com o programa SPSS v12. 0.

5 RESULTADOS

Foram admitidas inicialmente 201 crianças para aplicação do questionário. Destas, nove (quatro do grupo caso e cinco do grupo controle) foram excluídas por falta de controle esfinteriano (anal e vesical). No final, a amostra se constituiu de 192 crianças, assim distribuídas: grupo caso (n=97) e grupo controle (n=95).

No grupo de crianças abusadas (grupo caso) 60 (61,9%), eram meninas; neste grupo, o questionário, na sua maioria, foi respondido pela mãe da criança (81,2%). No grupo controle, 49 (51,6%), eram meninas (P= 0,197). O abuso ocorreu de forma mais expressiva na idade de $7,4 \pm 2,7$ anos (grupo caso). No grupo controle a idade foi de $6,6 \text{ anos} \pm 2,5 \text{ anos}$ (P=0,028).

No grupo caso, foram coletados dados referentes ao abuso — intrafamiliar ou extrafamiliar — especificando o abusador, forma de descoberta e tipo de abuso (com contato e sem contato), manifestações apresentadas pelas crianças e referidas pelo responsável, e registraram-se dados do exame físico e resultados laboratoriais efetivamente realizados.

Na maioria das vezes, o perpetrador foi um membro da família ou alguém conhecido da criança (Tabela 1). As crianças que sofreram abuso extrafamiliar foram vitimizadas por professores, vizinhos e, em alguns casos, por estranhos.

Tabela 1 - Relação com o abusador

Abusador	Percentual (n=97)
Intrafamiliar	70,2
Extrafamiliar	29,8

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 mais de um tipo de abuso, ocorreram através de contato físico, salientando-se a manipulação e o contato genitoanal (Tabela 2).

Tabela 2 – Tipo de Abuso

Tipo de abuso	Frequência	Casos (%) (n=97)
Sem contato		
Exposição visual	14	14,4
Com contato		
Caricias e beijos	7	7,2
Manipulação genitoanal	39	40,2
Contato genitoanal	46	47,4
Sexo oral	20	20,5
Estupro	5	5,2
Desconhecido	9	9,3

A ausência de sinais físicos no momento do exame ocorreu em 80,4% dos casos. Saliente-se, no entanto, que o item do questionário sobre lesões genitoanais refere-se a situações vigentes ou anteriores à aplicação do questionário. Portanto, a resposta que confirma este item não implica necessariamente que lesões tenham sido detectadas no momento do exame. As crianças que já haviam sido examinadas em outro local não foram submetidas a novo exame físico. Em crianças que não permitiram a realização do exame da genitália durante a avaliação pediátrica, ele não foi realizado para não revitimizá-las. Nesses casos,

considerou-se o exame pericial realizado pelo médico legista (Tabela 3).

Tabela 3 - Exame físico

Exame físico	Frequência	Casos (%) (n=97)
Não realizado	2	2,1
Criança não permitiu	4	4,1
Normal	78	80,4
Alteração genital	14	14,4
Alteração anal	6	6,2

Os exames laboratoriais para doenças sexualmente transmissíveis efetivamente realizados pelas crianças do grupo caso foram normais na sua maioria (Tabela 4).

Tabela 4 - Exames laboratoriais

Laboratório	Frequência	Casos (%) (n=77)
Normal	66	85,7
Clamídia	8	10,4
Tricomonas	1	1,3
Gonococo	1	1,3
Sífilis	1	1,3
Condiloma acuminado	2	2,6
Hepatite B	1	1,3

5.1 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Dos 18 itens inicialmente aplicados do *Questionário para avaliação de comportamento, sintomas físicos e emocionais de crianças de 2 a 12 anos de idade*, o item dez do questionário (anexo B) — mudança para pior no rendimento escolar — foi eliminado porque muitas das crianças não estavam na idade escolar. Foi obtido 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, obtiveram-se 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 5 melhores, $\alpha=0,71$ e área da curva ROC=0,85. Levando-se em conta que a redução dos itens do questionário, segundo seu desempenho, não foi substancial e considerando-se que a aplicação de um questionário mais abreviado é preferível, optou-se pela utilização de um questionário composto por somente cinco itens ($\alpha=0,71$ e área da curva ROC=0,85). Esses itens apresentaram, naturalmente, os cinco melhores desempenhos segundo as estatísticas utilizadas.

Os cinco itens selecionados (Tabela 5), após a análise estatística, compuseram o breve questionário proposto. Ao final da sua aplicação, cada criança recebeu uma pontuação composta pela soma dos itens cujas respostas receberam pesos de 0 a 4 (pontos), segundo a escala Likert, apresentando uma amplitude de 0 a 20 (pontos).

Tabela 5 - Breve questionário para sintomas e sinais associados com abuso sexual

Instruções: Você observou em seu (sua) filho (a) algumas das afirmações listadas?		Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim	Pontos
Pontos:		(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	
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:							

O item “interesse ou curiosidade incomum sobre sexo ou partes íntimas (genitais)” foi respondido positivamente por 41,2 % (IC 95%: 31,3 - 51,7) das crianças do grupo caso e por 12,6 % (IC 95%: 6,7 - 21) das crianças no grupo controle.

O item “medo de ficar sozinho com uma determinada pessoa” foi respondido positivamente por 49,5% (IC 95%: 39,27 - 59,8) das crianças do grupo caso e por 11,6 % (IC 95%: 5,9 - 19,8) das crianças no grupo controle.

O item “mudança súbita emocional ou de comportamento” foi respondido positivamente por 80,4% (IC 95%: 71,1% - 87,8) das crianças do grupo caso e por 26,3% (IC95%: 17,8 - 36,4) das crianças no grupo controle.

O item “abandono dos antigos hábitos de brincar (lúdicos)” foi respondido positivamente por 45,4% (IC 95%: 35,2 - 55,8) das crianças do grupo caso e por 10,5% (IC 95%: 5,2 - 18,5) das crianças do grupo controle.

O item “machucadura genital/anal” foi confirmado positivamente em 39,2% (IC 95%: 29,4 - 49,6) das crianças do grupo caso e por 1,1% (IC 95%: 0,03 - 5,7) das crianças do grupo controle.

5.2 UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO NA PRÁTICA CLÍNICA

Para viabilizar a utilização do questionário na prática da clínica pediátrica, assumiram-se dois contextos:

1) Criança atendida em ambulatório geral de pediatria, e prevalência presumível de 5% de abuso sexual.

2) Criança atendida em um local de referência para vítimas de violência sexual, e prevalência presumível de 40% de abuso sexual.

As probabilidades pré-teste destas duas crianças são diferentes: a probabilidade pré-teste da criança sem suspeita explícita de abuso sexual atendida em ambulatório geral de pediatria é baixa (5%). A probabilidade pré-teste da criança com suspeita explícita de abuso sexual atendida no local de referência é, no entanto, bem mais alta (40%).

Tabela 6 - Resultado do questionário

Probabilidade Pré-teste (%) - Prevalência	Pontos	RV	IC 95%	Probabilidade pós-teste (%) - VPP	IC 95%
5	0-2	0,17	0,09 – 0,32	0,9	0,5 – 1,7
	3-5	0,78	0,47 – 1,31	3,9	2,4 – 6,5
	6-9	2,39	1,16 – 4,93	11,2	5,8 – 20,6
	10-13	6,86	2,11 – 22,23	26,5	10,0 – 53,9
	14 ou +	23,51	3,24 – 170,29	55,3	14,6 – 90,0
40	0-2	0,17	0,09 – 0,32	10,2	5,7 – 17,6
	3-5	0,78	0,47 – 1,31	34,2	23,9 – 46,6
	6-9	2,39	1,16 – 4,93	61,4	43,6 – 76,7
	10-13	6,86	2,11 – 22,23	81,8	58,4 – 93,7
	14 ou +	23,51	3,24 – 170,29	94,0	68,4 – 99,1

RV=Razão de verossimilhança; VPP=Valor preditivo positivo

A probabilidade pré-teste do abuso sexual é um determinante poderoso na utilidade do questionário. Assim, uma criança que vem a consulta pediátrica de rotina em ambulatório de pediatria com uma probabilidade pré-teste estimada de 5 %, mas com dados de historia sinalizando para a possibilidade de ela estar sofrendo abuso sexual, pode, através da aplicação do questionário, ter modificada esta probabilidade para outros valores, tranquilizadores ou não.

Da mesma forma, uma criança avaliada em locais de referência para crianças vítimas de violência sexual, com a probabilidade pré-teste estimada em um patamar bem mais elevado, 40%, também poderá, após a aplicação do questionário, ter alterada a probabilidade para valores bem mais elevados, ratificando ou não a probabilidade de abuso sexual.

Portanto, pressupondo-se, em uma consulta rotineira de pediatria em ambulatório geral, uma prevalência de 5% (probabilidade pré-teste) para abuso sexual e aplicando-se 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, pressupondo-se uma prevalência (probabilidade pré-teste) muito mais alta, como 40%, ao aplicar-se o questionário, a soma de pontos que a criança atingir, pelo mesmo teorema, indicará a sua probabilidade pós-teste (VPP).

Nesses dois contextos, a probabilidade pré-teste se modificará na dependência do valor da RV já calculada para cada um dos cinco níveis de pontuação. Assim, uma criança atendida em ambulatório geral de pediatria que obtiver de 3 a 5 pontos no questionário terá sua probabilidade pré-teste praticamente inalterada (RV=0,78; VPP=3,9), a que alcançar de 6 a 9 pontos terá um leve aumento (RV=2,39; VPP=11,2), a que atingir entre 10 e 13 pontos terá um aumento moderado (RV=6,86; VPP=26,5) e aquela com 14 pontos ou mais apresentará um aumento bastante substancial (RV=23,51; VPP=55,3). De modo semelhante pode ser feita a interpretação das crianças atendidas no serviço de referência para crianças vítimas de violência sexual (Steurer et al., 2002).

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, investigou-se a validade e a consistência interna de um questionário de avaliação de abuso sexual em dois grupos de crianças e levantaram-se dados referentes ao abuso. Procurou-se descrever os sintomas e sinais que melhor diferenciam o grupo de crianças abusadas do grupo de crianças não abusadas. Os cinco itens que melhor discriminaram esses dois grupos compuseram o questionário proposto.

Através do questionário, estudou-se a associação entre sintomas físicos, comportamentais e emocionais e abuso sexual. Os resultados sugerem que os sintomas relatados pelos pais podem ser úteis, constituindo parte da avaliação de crianças com possibilidade de abuso sexual, o que está de acordo com outros autores (Friedrich, 1993; Adams, 2001). Relatos de sintomas comportamentais e emocionais aliados a queixa dirigida para a região genitoanal deveriam alertar o pediatra para a possibilidade de a criança estar sendo ou ter sido molestada.

Coletaram-se também, no grupo caso, dados sobre o abuso – quanto à revelação, ao abusador e ao tipo de abuso – e registraram-se dados do exame físico e exames laboratoriais efetuados. Acredita-se que tais dados sirvam para compor, junto com o questionário proposto, uma avaliação pediátrica compreensiva da criança vítima de violência sexual.

A maioria de crianças do grupo caso, com suspeita ou revelação de abuso sexual, foram meninas, e estes dados coincidem com a literatura (Dubé; Hébert, 1988; Magalhães, 1998; Fernández, 2001; Heger et al., 2002; Goodman-Brown, 2003). O abuso ocorreu de forma mais expressiva, na idade de $7,4 \pm 2,7$ anos. O pareamento isolado das variáveis — sexo e idade — não foi realizado, pois não levaria diretamente ao controle do confundimento.

6.1 DADOS SOBRE O ABUSO

6.1.1 Quanto à revelação

Farinatti (1993) lembra que a única testemunha da investida sexual é a própria criança, dependendo dela, portanto, em grande parte, a revelação. Desafortunadamente, porque há poucas, se é que há algumas, evidências físicas do abuso sexual, fato este comprovado neste estudo, a intervenção depende fortemente da revelação da criança (Sauzier, 1989). Lahoti (2001) diz que a revelação feita pela criança é freqüentemente a peça mais importante na determinação da possibilidade de o abuso sexual ter ocorrido. O estudo realizado está de acordo com outros autores, visto que a forma mais freqüente do descobrimento da situação de abuso (83%) foi através do relato direto feito pela própria criança (Dubé; Hébert, 1988; Fernández, 2001; Heger et al., 2002). Este fato reforça a necessidade de que pais e profissionais envolvidos na avaliação da criança vítima de violência sexual prestem atenção à fala destas crianças. Furniss (1993), Sauzier (1999), Smith (2000) e Bernett (2005) também sugerem a avaliação de outras crianças do mesmo ambiente familiar sempre que o abuso foi cometido por alguém do convívio da família.

O grau de parentesco que a criança tinha com o abusador, e neste estudo a maioria eram

peessoas próximas à criança (70,2 %) pode ter influenciado na demora, como é esperado, da revelação do abuso (Wyatt; Newcomb, 1990; Smith et al., 2000). Há claramente uma grande variabilidade no tempo de demora da revelação da criança. Mesmo entre as crianças que finalmente conseguem revelar o abuso, isto somente costuma ocorrer semanas, meses ou mesmo anos após ele ter ocorrido (Goodman-Brown et al., 2003). Neste estudo, o dado de demora na revelação não foi coletado porque se entende que muitas vezes a criança não tem a dimensão exata do tempo decorrido desde o início do abuso até a revelação devido a sua idade precoce, e aos seus impedimentos internos ou externos, reais ou imaginários, relatados por outros autores. Medo de castigo e de abandono, sentimentos de cumplicidade, embaraço, culpa e vergonha contribuem e conspiram para o silêncio da criança e inibem suas revelações do abuso (Bergner et al., 1994). Alguns autores ainda consideram a declaração do abuso um processo que envolve acréscimos ou desdobramentos da revelação, o que inclui negar ou desdizer o abuso (Berliner; Conte, 1990). Por não conseguir fazer essa revelação, algumas crianças são submetidas a longos e repetidos abusos e não recebem tratamento para as seqüelas psicológicas potencialmente danosas (Goodman-Brown et al., 2003).

6.1.2 Quanto aos abusadores

Neste estudo, os abusadores na sua maioria foram membros da família que tinham uma relação de cuidado, proteção e responsabilidade para com as crianças (70,2%) ou alguém conhecido delas, fora do ambiente familiar. As crianças sofreram abuso intrafamiliar perpetrado pelo pai, padrasto, tio, avô, companheiro da avó ou namorado da mãe ou outro parente. Esses dados são coincidentes aos encontrados por outros autores (Mian et al., 1986; Dubé; Hébert, 1988; Rimsza; Berg, 1988; Drezett, 2001; Fernández et al., 2001; Braun, 2002; Goodman-Brown et al., 2003).

6.1.3 Quanto ao tipo de abuso

O abuso sexual é caracterizado pela estimulação sexual da criança por um adulto com o objetivo de utilizá-la para obter satisfação sexual; ele, portanto, não pressupõe necessariamente que haja penetração. Dessa forma, pornografia, exibicionismo, carícias em partes íntimas do corpo, masturbação, contato genitoanal e sexo oral fazem parte deste contexto, contribuindo para grande parte dos tipos relatados (Gale et al., 1988). As experiências abusivas relatadas neste estudo, na sua maioria ocorrida através de contato físico, em especial a manipulação genitoanal e o contato genitoanal, corroboram e são similares aos achados destes e de outros autores (Gale et al. 1988; Fernández et al., 2001).

6.1.4 Quanto às alterações físicas

Não se encontraram sinais físicos, genitais ou extragenitais, no momento do exame, em 80,4% das crianças do grupo caso. O abuso sexual, na grande maioria das vezes, não deixa sinais físicos, e justamente por isso é permitida a sua continuação. As crianças revelaram que foram abusadas por uma pessoa conhecida que provavelmente desejava ter acesso continuado a elas, o que pode explicar por que a maioria das crianças foi abusada de forma a não deixar achados físicos permanentes. A ausência de sinais físicos é condizente com outros autores, que salientam que apoiar-se no exame médico no diagnóstico de abuso sexual é insuficiente (American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Berenson et al., 2000; Muran, 2001; Fernández et al., 2001; Heger et al., 2002; Johnson, 2004; Pillai, 2005).

A criança pode sentir prazer no toque. E muitas vezes é essa a única manifestação de

carinho recebida por ela. Também, em alguns casos, pode sentir-se prestigiada por ser a pessoa escolhida para esse tipo de afeto. Considerando isto e visto que os tipos de abuso encontrados neste estudo poderiam não causar injúrias, não era esperado que o exame detectasse qualquer evidência física de abuso nos casos avaliados por violência sexual (Dubé; Hébert, 1988; American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect, 1999). Além disso, a mucosa genital e o epitélio cicatrizam rapidamente; assim se houve demora na revelação do abuso ou na realização do exame médico, decorreu tempo suficiente para que a cicatrização acontecesse (Heger et al., 2002).

Neste estudo, mesmo meninas que relataram penetração genital, genitoanal ou penetração digital não apresentavam sinais de lesões nesta região, dado condizente com a literatura (Berenson et al., 2000). É importante que se tenha em conta que elas não deveriam ter um modelo de referência para a penetração vaginal antes que isso efetivamente ocorresse, levando-se em conta as idades de 6 a 10 anos, registradas em 65% dos casos deste estudo. Acrescente-se a isso que qualquer investida em área genital de uma criança pré-adolescente, casos desta amostra, que ainda não apresente todas as características típicas, anatômicas e hormonais, que facilitem uma penetração, resultaria provavelmente em um trauma evidente, com a conseqüente descoberta (Pillai, 2005).

O exame físico das crianças encaminhadas por violência sexual foi completo, e a inspeção dos genitais e do ânus foi rotina, excetuando duas já examinadas em outro hospital. O exame, sempre que possível, foi realizado junto com o médico perito; dessa forma, o autor, já familiarizado com os dados normais, ficou mais habilitado e seguro para reconhecer qualquer alteração nessa área. Lembre-se que alguns achados são variantes da normalidade, enquanto outros são meramente anormalidades não específicas (Lahoti, 2001; Muran, 2001).

Autores recomendam também que o pediatra deva ser proficiente no exame da região genital e anal e ter conhecimento das variações da normalidade (Strickland; Adams, 2004; Pillai, 2005). É causa de preocupação a falta de conhecimento dos médicos para reconhecer o normal e o anormal, principalmente da genitália feminina (Lentsch; Johnson, 2000; Dubow et al., 2005).

6.1.5 Quanto às alterações laboratoriais

Obtiveram-se exames para doenças sexualmente transmissíveis nas crianças que relataram contato genital ou genitoanal, especialmente se houvesse sinais de alteração física ou de infecção. Levaram-se em conta também os fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis no abusador: se fosse usuário de drogas intravenosas, se tivesse múltiplos parceiros, se apresentasse doença sexualmente transmissível ou se fosse alguém desconhecido (Academia Americana de Pediatria, 1999; Lahoti, 2001; Johnson, 2004). Os referidos exames realizados pelas crianças do grupo caso foram normais na sua maioria (85,7%), o que condiz com outros autores (Fernández et al., 2001; Heger et al., 2002).

A presença de lesões clinicamente diagnosticadas como condiloma acuminado, foi encontrada em duas crianças (2,6%). Uma delas escolar era com diagnóstico de sífilis concomitante, que teve, portanto, confirmado o abuso sexual pela sífilis, e a outra criança era pré-escolar sem outras doenças sexualmente transmissíveis e com suspeita, mas sem a confirmação, do abuso sexual. Adams (2001) não considera a presença de condiloma acuminado isoladamente como prova de contato sexual. Na classificação que adota, ele considera possível o abuso sexual quando o restante do exame é normal; não há história de

abuso e a criança tem menos de 3 anos. Nos casos em que a investigação da possibilidade de abuso não revela nenhuma fonte de infecção pelo papiloma vírus humano, ele sugere que uma transmissão não sexual possa ser a ocorrência mais comum. Já a Academia Americana de Pediatria (1999) considera o abuso sexual provável se uma criança em idade fora do período perinatal apresentar verrugas genitais ou anais. Ela recomenda que seja feita comunicação a serviços de referência para violência sexual e também que a criança seja entrevistada e testada para outras doenças sexualmente transmissíveis. Smith et al. (2001) concluíram que somente o exame microscópico de lesões clinicamente compatíveis com condiloma em meninas pré-púberes não confirma de forma consistente o diagnóstico clínico. Nessa situação, aconselha que seja feita a tipagem do papiloma vírus humano, para a confirmação do diagnóstico clínico. Esta confirmação laboratorial não foi realizada nos dois casos aqui estudados. Ocorreram também oito casos (10,4%) de infecção por clamídia, detectada por testes sorológicos. A Academia Americana de Pediatria (1999), no entanto, considera como método diagnóstico confiável a cultura para clamídia, o que não foi realizado neste estudo.

O significado destas e de outras doenças sexualmente transmissíveis encontradas requer cautela na sua interpretação. Elas podem ser usadas para corroborar outras evidências e indicar uma probabilidade maior de abuso sexual, mas outros métodos de transmissão devem ser considerados (Thomas et al., 2003).

A avaliação médica, portanto, deve ser interpretada dentro do contexto de como a criança foi abusada, da revelação, do tipo de abuso relatado, das manifestações comportamentais e alterações físicas apresentadas e do resultado dos exames laboratoriais. Nesse complexo julgamento da criança vítima de violência sexual, um questionário de avaliação de abuso sexual se constitui em uma ferramenta de grande auxílio a quem se propõe

a enveredar nessa instigante e desafiadora tarefa.

Os itens do questionário que melhor distinguiram o grupo caso do grupo controle foram mudanças súbitas emocionais ou de comportamento, medo de ficar só com uma determinada pessoa, interesse incomum por sexo ou genitais, mudanças nos antigos hábitos lúdicos e lesões genitoanais ocorridos nos últimos seis meses. O caráter retrospectivo do questionário expõe seus resultados a um possível viés de memória dos respondentes. Ao estipular-se um período de tempo definido — últimos seis meses —, procurou-se reduzir esse possível viés.

Considera-se também, no presente estudo, que pais de crianças do grupo caso poderiam estar mais preocupados com mudanças comportamentais e emocionais de seus filhos e, portanto, mais ansiosos e sensibilizados com os sintomas e sinais apresentados do que pais do grupo controle selecionados em consultas rotineiras. Isso poderia ser considerado um possível viés ao responderem o questionário. Para minimizá-lo, informou-se que o questionário abordaria o comportamento e sintomas físicos e emocionais de crianças e cuidou-se, na sua elaboração, que os itens fossem claros e não ambíguos e redigidos em linguagem compreensível à população em estudo. Na aplicação, todos os itens foram lidos da mesma maneira como foram redigidos. Se a resposta a um determinado item fosse diferente das propostas dentro da escala Likert utilizada, as respostas possíveis eram novamente lidas, solicitando-se que o item fosse respondido com uma daquelas categorias (Babbie, 1999).

6.2 ITENS DO QUESTIONÁRIO

1. Mudanças súbitas emocionais ou de comportamento

A avaliação da criança com suspeita ou confirmação de violência sexual intrafamiliar exige do profissional conhecimento e cuidado no manejo, sob pena de acarretar novos danos e prejuízos à criança e à sua família. Furniss (1993) afirma que, embora nem toda a criança que sofreu o abuso apresente danos físicos ou psicológicos, este fato não ameniza a gravidade da violação das normas legais. Relatos dos pais de mudanças emocionais ou no comportamento de seus filhos súbitas e inesperadas pode ser a primeira indicação sugerindo abuso sexual. Este estudo mostrou claramente que crianças abusadas sexualmente (80,4%) são muito mais propensas do que o grupo controle (26,3%) a apresentar alterações comportamentais e reações emocionais, o que está de acordo com outros autores (Rimza et al., 1988; Mian et al., 1986; Browne; Finkelhor, 1986).

2. Interesse incomum por sexo....

Súbitas mudanças no comportamento da criança, especialmente com aumento da curiosidade em relação a assuntos sexuais e à área genital aconteceram de modo menos freqüente (12,6%) no grupo controle, mas estiveram presentes de forma mais expressiva (41,2%) no grupo caso. Estes achados são coincidentes com os de outros autores (Gale et al. 1988; Friedrich, 1993; Babiker; Herbert, 1996; Hall 1998).

Ainda que a maioria dos meninos e meninas abusados apresente, em geral, alterações de comportamento sexual produzidas pela situação de estresse e de imposição do segredo por parte do agressor, estes sintomas nem sempre sugerem a possibilidade diagnóstica de abuso. No entanto, quando a criança que foi ou está sendo abusada ou com suspeita de abuso apresentar problemas de comportamento sexual, mesmo ciente de que este não é específico de abuso, o profissional que a avalia deve ficar atento. Tais crianças, acompanhadas

adequadamente, podem em determinado momento, estabelecida a confiança com o profissional, trazer à tona a história do abuso sexual (Silowski; Niec, 2002; Drach et al., 2001). Cabe lembrar que não existem manifestações comportamentais específicas que comprovem a ocorrência do abuso sexual e que nenhum sintoma psiquiátrico específico resulta do abuso sexual. A vulnerabilidade da criança às seqüelas do abuso sexual vai depender do tipo de abuso sofrido, da idade da criança, da cronicidade do abuso e do grau de relacionamento da criança com o abusador. Algumas das crianças vítimas de abuso sexual reúnem critérios de diagnóstico para transtorno de estresse pós-traumático (Kaplan et al., 1997).

3. Medo de ficar sozinho com uma determinada pessoa

Metade das crianças com a suspeita de violência sexual manifestaram receio de permanecerem sozinhas com determinada pessoa (49,5%). Segundo Wells et al. (1995; 1997), crianças que sentem muito medo de adultos, particularmente de homens ou de alguma pessoa em especial, podem ter sofrido algum tipo de violência física ou sexual ou presenciado atos sexuais.

4. Abandono dos antigos hábitos de brincar (lúdicos)

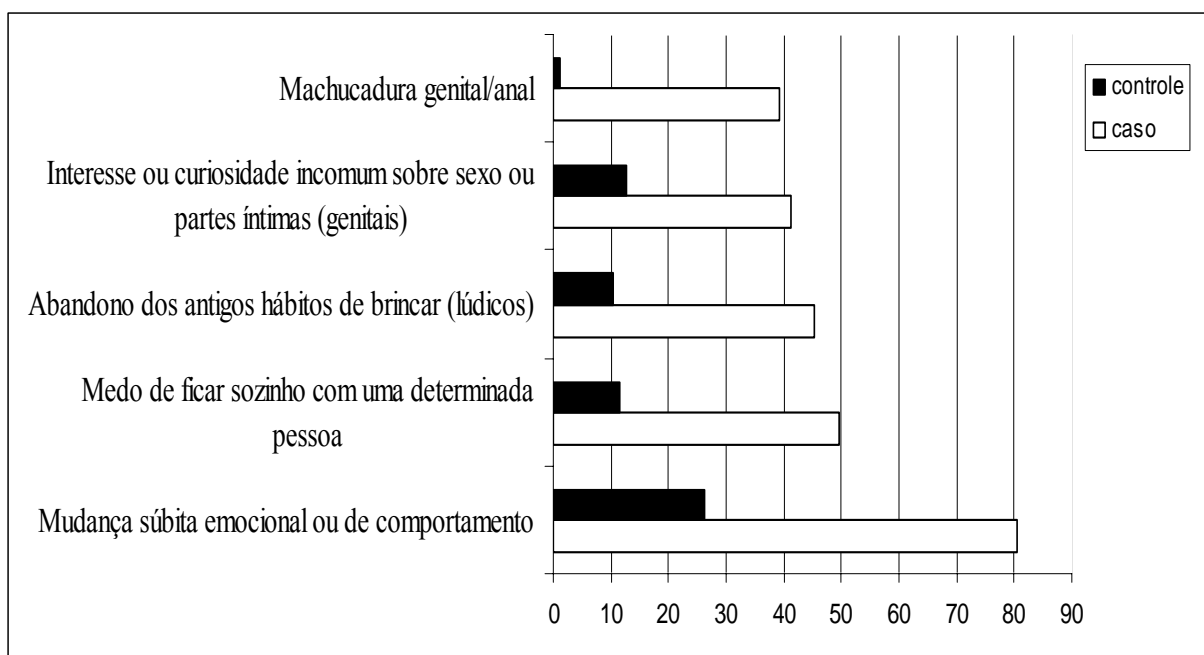
O abandono da maneira habitual de brincar foi observado pelos responsáveis em 45,4% das crianças do grupo caso, ocorrendo de forma menos expressiva no grupo controle (10,5%). Crianças pequenas que apresentam conhecimento detalhado de atos sexuais, em geral, testemunharam ou participaram de uma atividade sexual e podem exibir o seu conhecimento sexual através de brincadeiras. Elas tendem a repetir com crianças da mesma idade aquilo que

aprenderam, podendo também apresentar agressividade incomum dirigida às partes íntimas de brinquedos ou de colegas (Wells et al., 1997; Hornor, 2004).

5. Machucadura genitoanal

Lesões em genitais e ânus foram referidas pelos pais em 39,2% do grupo caso e somente em 1,1% do grupo controle. Saliente-se, no entanto, que o item do questionário sobre lesões genitoanais refere-se a situações vigentes ou observadas até seis meses anteriores à aplicação do questionário. Portanto, a resposta que confirma este item não implica que lesões tenham sido detectadas no momento do exame.

Gráfico 1 - Respostas dos casos e controles



6.3 A APLICAÇÃO PRÁTICA DESTE QUESTIONÁRIO

O pediatra, desconhecendo a prevalência (probabilidade pré-teste) de abuso sexual em

ambulatório geral, em avaliação rotineira de uma criança sem queixa explícita de abuso sexual, pode estimar que essa prevalência seja em torno de 5% antes da aplicação do questionário. Em locais de referência para criança vítima de violência física e sexual, aos quais a criança já vem com suspeita ou queixa explícita de abuso, ele pode estimar que essa prevalência seja de 40%.

Mesmo nestas duas situações extremas, existem probabilidades intermediárias que conduzem a condutas diferentes. Considerando-se estas duas situações que ocorrem na prática clínica, pode-se inferir que a prevalência (probabilidade pré-teste) exerce grande influência no processo diagnóstico.

Para a aplicação prática do questionário, a prevalência (probabilidade pré-teste) do abuso sexual é um determinante poderoso. Para uma criança em consulta rotineira de pediatria, a quem se atribui uma prevalência de 5%, a presença de dados de história sinalizando a possibilidade de ela estar sofrendo abuso sexual, pode, através da aplicação do questionário, ter modificada essa probabilidade para outros valores (tranquilizadores ou não). Para a criança avaliada em locais de referência para crianças vítimas de violência física e sexual, em que a prevalência é estimada em um patamar bem mais elevado, 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.

6.4 INTERPRETAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Em ambulatório geral, o relato de alterações generalizadas (sono, enurese, encoprese ou fobias) e queixas dirigidas para a genitália, aliados à apresentação de comportamento sexualizado incomum, devem alertar para a possibilidade de abuso sexual. Nesse contexto, crianças que alcançarem de 3 a 5 pontos no questionário com valor preditivo de 3,9% (suficientemente pequeno para descartar abuso sexual com segurança) se classificariam a priori como não abusadas. Já crianças com pontuação intermediária de 6 a 9 (valor preditivo de 11,2%) ou de 10 a 13 (valor preditivo de 26,2%) que atingem valores preditivos que não são suficientemente pequenos para permitir descartar o abuso sexual com segurança, necessitariam acompanhamento próximo. Porém, crianças que alcançarem 14 pontos ou mais (valor preditivo de 55,3%) possivelmente estariam sofrendo abuso sexual, necessitando na maioria das circunstâncias avaliação multidisciplinar complementar para indicar com segurança medidas legais de proteção. Seria preciso antes, no entanto, esmiuçar a dinâmica familiar e descartar outras possibilidades diagnósticas, como abuso físico e emocional, que poderiam ser responsáveis por algumas dessas manifestações 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. Neste contexto, crianças que fizerem até 2 pontos no questionário com valor preditivo de 10,2% fornecem fortes evidências para serem classificadas a priori como não abusadas, embora necessitem de acompanhamento próximo devido à suspeita prévia de abuso sexual. Já as crianças que atingirem de 3 a 14 (ou mais) pontos no questionário com valores preditivos de 34,2% a 94% indicam forte evidência de abuso sexual, impondo-se neste caso avaliação multidisciplinar para confirmá-lo e indicar, de imediato, medidas legais de proteção.

O questionário proposto constitui-se em um instrumento valioso na avaliação pediátrica, por auxiliar na distinção entre crianças vítimas de abuso sexual e crianças que apresentem sinais e sintomas que possam ser confundidos com situações de abuso. Este questionário pretende também que o pediatra, de uma forma rápida em consultas rotineiras de ambulatório de pediatria e em locais de referência para vítimas de violência sexual, norteie de forma objetiva seu raciocínio diagnóstico, detectando precocemente situações potencialmente abusivas (Sackett; Haynes, 2002) e indicando com segurança medidas de proteção.

Novos estudos, com uma amostra maior de crianças, no entanto, são necessários para melhor estimar as razões de verossimilhança e os valores preditivos positivos e melhor avaliar a possibilidade da utilização do questionário proposto. O pediatra deve ter cautela ao usá-lo como único indicativo de abuso sexual na criança. Cabe sempre lembrar a necessidade de avaliação multidisciplinar, composta por profissionais da saúde mental, serviço social e da área legal.

Há limitações neste estudo que devem ser consideradas na avaliação e generalização dos resultados. Autores têm definido como casos crianças encaminhadas a local de referência por suspeita ou revelação de abuso sexual e como controles crianças em consultas rotineiras de pediatria (Browne; Finkelhor, 1986). Desta 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. Esta é uma dificuldade importante a ser considerada, uma vez que não existe um padrão-ouro para o abuso sexual que defina com certeza estes grupos. Talvez o que mais se aproxime de tal padrão é o seguimento

a longo prazo das vítimas.

7 CONCLUSÕES

Este trabalho permitiu o desenvolvimento e a validação de um questionário, composto de cinco itens, para avaliação de abuso sexual em crianças. Os itens do questionário que melhor distinguiram o grupo caso do grupo controle foram mudanças súbitas emocionais ou de comportamento, medo de ficar só com uma determinada pessoa, interesse incomum por sexo ou genitais, mudanças nos antigos hábitos lúdicos e lesões genitoanais ocorridos nos últimos seis meses. O α de Cronbach calculado para esses cinco itens foi de 0,71 a área sob a curva ROC de 0,85. De sua aplicação a uma criança, resulta uma pontuação composta pela soma dos itens, cujas respostas recebem pesos de 0 a 4 segundo a escala Likert utilizada, apresentando uma amplitude de 0 a 20.

O questionário pretende auxiliar o pediatra a conduzir seu raciocínio diagnóstico de forma rápida e objetiva, tanto em consultas na clínica pediátrica, onde se estima uma prevalência de abuso sexual de 5%, quanto em locais de referência para abuso sexual, onde a prevalência estimada é bem mais alta, 40%. Ao considerar essas duas situações, que ocorrem na prática clínica, o médico pode inferir que a prevalência estimada exercerá grande influência no seu processo diagnóstico. Portanto, após a aplicação do questionário e da pontuação alcançada pela criança, e através das razões de verossimilhança já calculadas para

cada um dos cinco níveis de pontuação, em ambos os contextos, o pediatra poderá obter finalmente o valor preditivo positivo que indique ou afaste o abuso sexual. Mesmo nestas duas situações extremas, existem valores preditivos positivos intermediários que o questionário permite visualizar e que conduzem a condutas diferentes.

Novos estudos, com uma amostra maior de crianças, no entanto, são necessários para melhor estimar as razões de verossimilhança e os valores preditivos positivos e, assim, melhor avaliar a possibilidade da utilização do questionário proposto. O pediatra deve ter cautela ao usá-lo como único indicativo de abuso sexual na criança. Como um instrumento objetivo neste tipo de avaliação, ele certamente tem o seu mérito. Ele também pode ser um padrão para comparação com outros estudos de pesquisa nesta área, até que uma definição de padrão-ouro se estabeleça a fim de que se possam identificar mais precocemente e com maior segurança casos de abuso sexual em crianças.

8 REFERÊNCIAS

1. Adams J.A. Evolution of a classification scale: medical evolution of suspected child sexual abuse. *Child Maltreat* 2001; 6: 31-6.
2. American Academy of Pediatrics - Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999; 103(1): 186-91.
3. Azevedo MA, Guerra VNA de. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: IGLU; 1989.
4. Babbie, E. Métodos de pesquisa de Survey. Tradução de Guilherme Cesarino. Belo Horizonte: UFMG; 1999.
5. Babiker G, Herbert M. The role of psychological instruments in the assessment of sexual child abuse. *Child Abuse Review* 1996; 5: 239-51.
6. Berenson A, Chaco M, Wielmann CM, Mishaw CO, Friedrich JJ, Grady JJ. A case control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 820-31.
7. Bergner RM, Delgado LK, Graybill D. Finkelhor's risk factor checklist: a cross-validation study. *Child Abuse Negl* 1994; 18(4): 331-40.
8. Berliner L, Conte JR. The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. *Child Abuse Negl* 1995; 19(3):371-84.
9. Bennett W. Child maltreatment. In: Kaplan, Sadock's. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2005. p.3412-25.
10. Brasil. Secretaria da Justiça e da Segurança do Rio Grande do Sul. Departamento Estadual da Criança e do Adolescente da Polícia Civil (DECA). Relatório anual de 2002/2003/2004.
11. Braun S. A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo. Porto Alegre: AGE; 2002.

12. Briere J, Elliot DM. Prevalence and psychological sequelae of self reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2003; 27(10):1205-22.
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 - discussion. *Child Abuse Negl* 2004; 28(10): 1007-17.
14. Browne A, Finkelhor, D. Impact of child abuse: a review of the literature. *Psychol Bull* 1986; 99 (1):66-77.
15. Davies SL, Glaser D, Kossoff R. Children's sexual play and behavior in pre-school settings: staff's perceptions, reports and responses. *Child Abuse Negl* 2000; 24(10): 1329-43.
16. Deeks JJ, Altman DG. Diagnostic tests 4: likelihood ratios. *BMJ* 2004; 329:168-69.
17. Dobke V. Abuso sexual: a inquirição das crianças: uma abordagem interdisciplinar. Porto Alegre: Ricardo Lenz; 2001.
18. Drach KM, Wientzen J, Ricci LR. The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse Negl* 2001; 25(4): 489-503.
19. 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* 2001; 77(5): 413-9.
20. Dubé R, Hébert M. Sexual abuse of children under 12 years of age: a review of 511 cases. *Child Abuse Negl* 1988; 12 (3): 321-30.
21. Farinatti F, Biazus DB, Leite MB. *Pediatria social: a criança maltratada*. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993.
22. Fernández JP, España AR, Masmitjá LIC, Rafat MDP, Fanes MI, Marill JB. Abuso sexual: experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *Anales Españoles de Pediatría* 2001; 154: 243-50.
23. Finkelhor D, Moore D, Hamby SL, Straus MA. Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. *Child Abuse Negl* 1997; 21(1):1-9.
24. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child abuse. *Child Abuse Negl* 1993; 17(1): 67-70.
25. Friedrich WN, Sandfort T, Oostveen J, Cohen-Kettens PT. Cultural differences in sexual behavior: 2-6 year old dutch and american children. *J Psychol Human Sex* 2000; 12: 117-30.

26. Friedrich WN. Sexual victimization and sexual behavior in children: a review of recent literature. *Child Abuse Review* 1993; 17:59-66.
27. Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar, manejo, terapia e intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
28. Gale J, Thompson R, Moran MA, Sack WH. Sexual abuse in young children: its clinical presentation and characteristic patterns. *Child Abuse Negl* 1988; 12:163-70.
29. Gauderer C. Crianças, adolescentes e nós: guia prático para pais, adolescentes e profissionais. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.
30. Goodman-Brown TB, Edelstein RS, Goodman GS, Jones DPH, Gordon DS. Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2003; 27 (5): 525-40.
31. Hall DK, Mathews F, Pearce J. Factors associates with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse Negl* 1998; 22 (10): 1045-63.
32. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002; 26 (6-7): 645-59.
33. Horner G. Child sexual abuse: psychosocial risk factors. *J Pediatr Health Care* 2002; 16(4): 187-92.
34. Horner G. Sexual behavior in children: normal or not? *J Pediatr Health Care* 2004; 18: 57-64.
35. Information office press release. WHO recognizes child abuse as a major public health problem. WHO/20 8 Apr. 1999. Disponível em: < <http://www.who.org>>. Acesso em: 23 maio 2005.
36. 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.
37. Johnson CF. Child maltreatment 2002: recognition, reporting and risk. *Pediatr Int* 2002; 44(5): 554-60.
38. Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet* 2004; 364(9432):462-70.
39. Johnson CF. The use of charts and models to facilitate a physician's testimony in court. *Child Maltreat* 1999; 4: 228-41.
40. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Problemas relacionados a abuso ou negligência. In: *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 738-46.
41. Kelly RJ, Wood JJ, Gonzalez LS, MacDonald V, Waterman J. Effects of mothers-son incest and positive perceptions of sexual abuse experiences on the psychosocial adjustment of clinic-referred men. *Child Abuse Negl* 2002; 26(4): 425-41.

42. Kouyoumdjian H, Perry AR, Hansen DJ. The role of adult expectations on the recovery of sexually abused children. *Aggression and Violent Behavior* 2005; 10(4): 475-89.
43. Kristensen CA. Abuso sexual em meninos [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1996. 113p.
44. Lentsch, KA, Charles F, Johnson CF. Do physicians have adequate knowledge of child sexual abuse? The results of two surveys of practicing physicians, 1986 and 1996. *Child Maltreat* 2000; 5:72-8.
45. McNichol S, McGregor KJ. Exploring the link between sexualized behavior and sexual abuse in a clinical setting. *Child Abuse Review* 1999; 8: 339-48.
46. Muran DJ. Mini-review: the medical evaluation in cases of child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001; 14(2): 55-64.
47. Neto Brandão D. Abuso sexual na infância. In: Lippi JRS. *Abuso e negligência na infância: prevenção e direitos*. Rio de Janeiro: Editora Científica; 1990. 109-12.
48. Oaksford KL, Frude N. The prevalence and nature of child sexual abuse: evidence from a female university sample in the UK. *Child Abuse Review* 2001; 10: 49-59.
49. Oates RK, Tebbut J, Swanston H, Lynch DL, Otoole BI. Prior childhood sexual abuse in mothers of sexually abused children. *Child Abuse Negl* 1998; 22:1113-8.
50. Pillai M. Forensic examination of suspected child victims of sexual abuse in the UK: a personal view. *J Clin Forensic Med* 2005; 12(2):57-63.
51. Paradise JE. Avaliação médica de crianças vítimas de abuso sexual. In: Reece RM. *Clínicas pediátricas da América do Norte: abuso sexual*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1990. p.912-13.
52. Rimsza ME, Berg RA. Sexual abuse: somatic and emotional reactions. *Child Abuse Negl* 1988; 12(2):201-8.
53. Roesler TA, Wind TW. Telling the secret: adult women describe their disclosures of incest. *J Interpers Violence* 1994 Sept; (3):327-38.
54. Russell D. The prevalence and seriousness of incestuous abuse: stepfathers vs. biological fathers. *Child Abuse Negl* 1984; 8(1):15-22.
55. Sauzier M. Disclosure of child sexual abuse: for better or for worse. *Psychiatric Clinics of North America* 1989; 12(5):455-69.
56. Saywitz KJ, Goodman GS, Nicholas E, Moan SF. Children's memories of a physical examination involving genital touch: implications for reports of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(5): 682-91.

57. Scherer CC, Machado DS, Gauer GJC. Uma violência obscura: abuso sexual. In: Gauer GJC, Machado DS, orgs. *Filhos & vítimas do tempo da violência*. Curitiba: Juruá; 2003. p. 32-44.
58. Silowski JF, Niec L. Characteristics of young children with sexual behavior problems: a pilot study. *Child Maltreat* 2002; 7:187-97.
59. 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(2): 273-87.
60. Steele BF, Alexander H. Long-term effects of sexual abuse in childhood. In: Mrazek PB, Kempe CH. *Sexually abused children and their families*. 5th ed. New York: Pergamon; 1987. p. 223-34.
61. Steurer J, Fischer JE, Bachmann LM, Koller M, Riet G. Communicating accuracy of tests to general practitioners: a controlled study (Information in Practice). *BMJ* 2002; 324: 824-26.
62. Streiner DL, Norman G. *Health measurements scales: a practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press; 1995.
63. Strickland J, Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17(3):191-97.
64. 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(7): 767-82.
65. Wells R, Adams J. Emotional, behavior and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and alleged abused prepubescent females. *Child Abuse Negl* 1995; 19(2): 155-63.
66. 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, alleged abused and nonabused boys. *Child Abuse Neglect* 1997; 21(12): 1159-67.
67. Whiffen VE, MacIntosh HB. Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma Violence Abuse* 2005; 6(1): 24-39.
68. Wilsnack SC, Wonderlich SA, Kristjanson AF, Vogeltanz-Holm, ND, Wilsnack R. Self-reports of forgetting and remembering childhood sexual abuse in a nationally representative sample of US women. *Child Abuse Negl* 2002; 26(2):139-47.
69. Wyatt GE, Newcomb MD. Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58(6): 758-67.
70. Wyatt GE, Burns LT, Solis B, Vargas CJ, Romero G. The prevalence and circumstances of child sexual abuser: changes across a decade. *Child Abuse Negl* 1999; 23(1):45-60.

-
71. Zavaschi ML. Abuso e maus tratos na infância e adolescência: a negação como fator conspirador ao diagnóstico. *Rev. Psiquiatr RS* 2002; 24(2): 101-212.
 72. Zavaschi ML, Quintanilha AF, Enk I, Tetelbon M, Defavery R. Abuso sexual em crianças: uma revisão. In: Lippi JRS. *Abuso e negligência na infância: prevenção e direitos*. Rio de Janeiro: Editora Científica; 1990. p.87-96.

9 ARTIGO - ESTUDO DE CASO-CONTROLE PARA DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS

ESTUDO DE CASO-CONTROLE PARA DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS

Edila Pizzato Salvagni ¹, Mário Bernardes Wagner ²

RESUMO

Objetivos: Desenvolver e validar instrumento que auxilie o pediatra a 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 abuso sexual, entre março e novembro de 2004: grupo caso (com suspeita ou revelação de abuso sexual) e grupo controle (sem suspeita de abuso sexual). Aplicou-se, junto aos responsáveis, um questionário com 18 itens e cinco opções de respostas segundo a escala Likert, abordando comportamento, sintomas físicos e emocionais apresentados pelas crianças. Excluíram-se nove crianças sem controle esfinteriano e um item respondido por poucas pessoas. A validade e consistência interna dos itens foram avaliadas com obtenção de coeficientes de correlação (Pearson, Spearman e Goodman-Kruskal), coeficiente α de Cronbach e cálculo da área da curva ROC. Calculou-se, após, a razão de verossimilhança (RV) e os valores preditivo positivos (VPP) para os cinco itens do questionário que apresentaram os melhores desempenhos.

Resultados: Obteve-se um questionário composto pelos cinco itens que melhor discriminaram crianças com e sem abuso sexual em dois contextos. Cada criança recebeu um escore resultante da soma das respostas com pesos de 0 a 4 (amplitude de 0 a 20), o qual, através do teorema de Bayes (RV), indicou sua probabilidade pós-teste (VPP) de abuso sexual.

Conclusões: O instrumento proposto é útil por ser de fácil aplicação, auxiliando o pediatra na identificação de crianças vítimas de abuso sexual. Ele fornecerá, conforme o escore obtido, a probabilidade (VPP) de abuso sexual, orientando na conduta de cuidado à criança.

Palavras-chave: Violência doméstica, vitimização infantil, violência sexual.

¹ Professor adjunto do Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

Médica pediatra do Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul Brasil, Brasil.

Médica pediatra do Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI), Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Professor adjunto do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

Professor adjunto do Departamento de Medicina Interna – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

Professor do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Pediatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

ABSTRACT

Aims: Develop and validate an instrument to assist the paediatrician in determining the probability of the occurrence of sexual abuse in children.

Methods: Case-control study with 201 children that attended the paediatric out-patient services and the referral facilities for victims of sexual abuse, between March and November 2004: case group (suspicion or disclosure of sexual abuse) and control group (without suspicion or disclosure of sexual abuse). The responsible adults were invited to answer a questionnaire containing 18 items and five answer options, in accordance with the Likert scale, that dealt with the behavioural, physical and emotional symptoms presented by the children. Nine children that lacked sphincter control and one item that was answered by few people were excluded. The validity and internal consistency of the items were assessed by obtaining the correlation coefficients with the (Pearson, Spearman and Goodman-Kruskal), Cronbach's α coefficient and the calculation of the area of the ROC (Receiver Operator Characteristics) curve. Later, the Likelihood Ratio (LR) and the positive predictive values (PPVs) for the five items in the questionnaire that presented the best performance were calculated.

Results: A questionnaire was obtained, composed of the five items that best discriminated children with or without sexual abuse in two contexts. Each child received a score consisting of the sum of the responses with weights from 0 to 4 (range from 0 to 20) that, through the Bayes theorem (LR), indicated his/her post-test probability (PPV) of sexual abuse.

Conclusions: The proposed instrument is useful as it is easily applied, is of assistance to the paediatrician in the identification of child victims of sexual abuse. It will give, according to the score obtained, the probability (PPV) of sexual abuse, and so offer guidance in the care of the child.

Key words: Domestic violence, infant victimization, sexual violence

INTRODUÇÃO

O abuso infantil, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999), tem sido considerado um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo. A OMS estima que, em todo o mundo, 40 milhões de crianças de 0 a 14 anos sofrem 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 meninos¹. Registros feitos pelo Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Brasil), 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 DECA - Departamento Estadual da Criança e do Adolescente, da Secretaria da Justiça e da Segurança do Estado do Rio Grande do Sul (Brasil), que atende vítimas de violência física e sexual, apontam que, em 2002, 1.400 crianças foram vítimas de violência, das quais 872 de violência sexual. Em 2003, 1.763 foram vítimas de violência, 1.166 das quais de violência sexual. De janeiro a julho de 2004, de 525 crianças vítimas de violência, 333 o foram de violência sexual². Estes dados, mesmo assustadores, estão longe de refletir a realidade, visto que a maioria dos casos fica encoberta pela síndrome do segredo e não são denunciados³⁻⁵.

O pediatra, frente a uma criança vítima de abuso sexual, se depara com um problema de saúde infantil 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 conduz 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 vítimas ⁶. Algumas formas de abuso não causam injúrias e, nessas circunstâncias, não é esperado que se detecte qualquer evidência física de abuso ⁷⁻⁹. 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 conseqüências físicas ou psicológicas podem ser “diagnosticadas” e ser consideradas consistentes com abuso sexual ¹⁰. Nestas 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, nesta situação, freqüentemente precisa fazer distinções extremamente sutis entre o normal e o anormal, necessitando ter a seu dispor ferramentas que o auxiliem de forma objetiva a reconhecer essas diferenças ¹³. Existem poucos questionários destinados a avaliar a probabilidade de abuso sexual na criança ¹². Assim, foi desenvolvido e validado um instrumento para auxiliar no diagnóstico de abuso sexual na infância, associado à história e aos achados clínicos e laboratoriais.

MÉTODOS

Pacientes

Realizou-se 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 abuso 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 esfinteriano (anal e vesical), tendo participado do estudo, no final, 192 crianças.

O grupo caso foi constituído de crianças com suspeita de abuso sexual (com doença sexualmente transmissível) e revelação do abuso sexual (incluindo estupro e atentado violento

ao pudor). Estas 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 deste grupo realizou-se exame clínico e solicitaram-se exames laboratoriais, sendo coletados, também, dados referentes ao abuso.

O grupo controle foi composto de crianças que consultaram rotineiramente nos ambulatórios de pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. Foram excluídas deste grupo crianças que apresentassem queixas dirigidas à genitália.

Elaboração e aplicação do instrumento

Elaborou-se 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), sinais e sintomas físicos (machucadura genital/anal, enurese e encoprese) e sintomas sexualizados (interesse incomum por sexo, masturbação excessiva e agressividade sexual) ^{12,14}.

As informações iniciais do instrumento foram relativas à criança (idade, sexo e escolaridade) e à estrutura familiar, perguntas, portanto, facilmente respondidas e em geral pouco temidas, com vistas a criar um clima agradável para a entrevista. Os itens do questionário propriamente dito foram relacionados com a área do comportamento e com assuntos mais sensíveis. Cada item tinha as cinco opções de respostas da escala Likert utilizada (não – acho que não – talvez – acho que sim – sim). A entrevista, para a aplicação

do questionário, foi realizada com um dos responsáveis, sem a presença da criança¹⁵. Teve-se o cuidado prévio, na entrevista do grupo caso, de que o responsável entrevistado não fosse a pessoa suspeita pelo abuso.

Avaliação das propriedades do instrumento e método estatístico

A validade e consistência dos itens foram avaliadas por meio de um 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 nas diferentes circunstâncias do item (c). Esse processo levou à formação de um novo questionário.

No questionário resultante, calculou-se a razão de verossimilhança (RV) em cinco níveis, ordenados segundo a intensidade dos sintomas apresentados. Partindo-se de dois valores distintos de prevalência presumível de abuso sexual (probabilidade pré-teste) e de sua combinação com as RV(s) obtidas, pôde-se estimar qual a probabilidade de abuso sexual segundo a pontuação alcançada no questionário. As $RV > 1$ foram consideradas associadas com abuso sexual e as $RV < 1$, não associadas¹⁶. Os dados foram analisados com o programa SPSS v12.0.

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, uma distribuição típica nos relatos de abuso sexual^{7,17}; e o questionário, 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^{5,7,8,18,19}. 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%)^{20,21}. As experiências abusivas relatadas, na sua maioria, ocorreram através de contato físico, salientando-se a manipulação e o contato genitoanal. Esses dados são condizentes com a literatura⁷.

A ausência de sinais físicos, no momento do exame, em 80% das crianças com abuso sexual condiz com dados de outros autores^{7,22,23}. Cabe salientar, no entanto, que o item sobre lesões genitoanais refere-se 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 exame⁶. As crianças que já haviam sido examinadas em outro local (2%) não foram submetidas a novo exame físico. Em crianças que não permitiram a realização do exame da região genitoanal (4%), este não foi realizado, para não revitimizá-las. Nesses casos, considerou-se o exame pericial realizado pelo 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. Foi obtida 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, obtiveram-se 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 5 melhores, $\alpha=0,71$ e área da curva ROC=0,85. Levando-se em conta que a redução dos itens do questionário, segundo seu desempenho, não foi substancial e considerando-se que a aplicação de um questionário mais abreviado é preferível, optou-se pela utilização de um questionário composto por somente cinco itens. Esses itens apresentaram, naturalmente, os cinco melhores desempenhos segundo as estatísticas utilizadas (α de Cronbach, gamma de Goodman Kruskal e área total da curva ROC).

Os cinco itens selecionados (Tabela 1), após a análise estatística, compuseram então o questionário proposto. Ao final, cada criança recebeu uma pontuação composta pela soma dos itens cujas respostas receberam pesos de 0 a 4 segundo a escala Likert, apresentando uma amplitude de 0 a 20.

[**Tabela 1** - Breve questionário para sintomas e sinais associados com abuso sexual]

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

1. Criança atendida em ambulatório geral 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.

As probabilidades pré-teste dessas duas crianças são diferentes: a probabilidade pré-teste da criança sem suspeita explícita de abuso sexual atendida em ambulatório geral de

pediatria é baixa (5%). A probabilidade pré-teste da criança com suspeita explícita de abuso sexual atendida no local de referência é, no entanto, bem mais alta (40%).

Portanto, se for pressuposta, em uma consulta rotineira de pediatria em ambulatório geral, uma prevalência de 5% (probabilidade pré-teste) para abuso sexual e aplicar-se 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 (probabilidade pré-teste) muito mais alta, como 40%. Ao aplicar-se o questionário, a soma de pontos que a criança atingir, pelo mesmo teorema, indicará a sua probabilidade pós-teste (VPP).

Nesses dois contextos, a probabilidade pré-teste se modificará na dependência do valor da RV já calculada para cada um dos cinco níveis de pontuação (Tabela 2). Assim, uma criança atendida em ambulatório geral de pediatria que obtiver de 3 a 5 pontos no questionário terá sua probabilidade pré-teste praticamente inalterada ($RV=0,78$ e $VPP=3,9$), a que alcançar de 6 a 9 pontos terá um leve aumento ($RV=2,39$ e $VPP=11,2$), a que atingir entre 10 e 13 pontos terá um aumento moderado ($RV=6,86$ e $VPP=26,5$) e aquela com 14 pontos ou mais apresentará um aumento bastante substancial ($RV=23,51$ e $VPP=55,3$). De modo semelhante pode ser feita a interpretação das crianças atendidas no serviço de referência para crianças vítimas de violência sexual²⁴.

[Tabela 2 - Resultado do questionário]

DISCUSSÃO

Neste estudo investigou-se a consistência interna de um questionário de avaliação de abuso sexual em dois grupos de crianças e levantaram-se dados referentes ao abuso.

Procurou-se descrever os sintomas e sinais que melhor diferenciam crianças abusadas de crianças não abusadas. Os cinco itens que melhor discriminaram essas crianças compuseram o questionário proposto (Tabela 1).

Um breve questionário, aliado à história coletada com os responsáveis, pode ser uma ferramenta de extrema utilidade na avaliação da criança. O relato de alterações comportamentais e emocionais com queixas dirigidas para a genitália deveria alertar o pediatra para a possibilidade de a criança estar sendo ou ter sido molestada^{25,26}. Ressalta-se, no presente estudo, que pais de crianças do grupo caso estariam mais preocupados com mudanças comportamentais e emocionais de seus filhos e, portanto, mais ansiosos e sensibilizados com os sintomas e sinais apresentados do que pais do grupo controle selecionados em consultas rotineiras. Isso poderia ser considerado um possível viés ao responderem o questionário. Para minimizá-lo, informou-se que o questionário abordaria o comportamento e sintomas físicos e emocionais de crianças. Na sua elaboração, cuidou-se para que os itens fossem claros e não ambíguos e redigidos em linguagem compreensível à população em estudo. Na aplicação, todos os itens foram lidos exatamente como foram redigidos. Se a resposta a um determinado item fosse diferente das propostas na escala Likert utilizada, as respostas possíveis eram novamente lidas, solicitando-se que o item fosse respondido com uma daquelas categorias.

Acredita-se 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, o que foi evidenciado neste estudo, onde a maioria das crianças (80%) não apresentou alterações no exame físico^{7,22,23}. 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 abuso²⁷.

A revelação do abuso sexual pela própria criança (83%) reforça a necessidade de que pais e profissionais envolvidos prestem atenção à fala das crianças e recomenda a avaliação de outras crianças do mesmo ambiente familiar²⁸⁻³¹, principalmente porque 70% dos abusos foram cometidos por um membro da família ou alguém do convívio familiar. Nesse complexo julgamento da criança vítima de violência sexual, um questionário de avaliação de abuso sexual se constitui em uma ferramenta de grande auxílio a quem se propõe a enveredar nessa instigante e desafiadora tarefa.

Para a aplicação prática deste questionário, a prevalência (probabilidade pré-teste) do abuso sexual é um determinante poderoso. Ao estimar uma prevalência de 5% para a criança em consulta rotineira de pediatria, mas os dados de história sinalizarem para a possibilidade de a criança estar sofrendo abuso sexual, pode-se, através da aplicação do questionário, modificar essa probabilidade para outros valores (tranquilizadores ou não). Para a criança avaliada em locais de referência para crianças vítimas de violência física e 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.

Em ambulatório geral, o relato de alterações generalizadas (sono, enurese, encoprese ou fobias) e queixas dirigidas para a genitália, aliados à apresentação de comportamento sexualizado incomum, devem alertar para a possibilidade de abuso sexual. Nesse contexto, crianças que alcançarem de 3 a 5 pontos no questionário e valor preditivo de 3,9% (suficientemente pequeno para descartar abuso sexual com segurança) se classificariam a priori como não abusadas. Já crianças com pontuação intermediária de 6 a 9 (valor preditivo de 11,2%) ou de 10 a 13 (valor preditivo de 26,2%) que atingem valores preditivos que não

são suficientemente pequenos para permitir descartar o abuso sexual com segurança, necessitariam acompanhamento próximo. Porém, crianças que alcançarem 14 pontos ou mais, (valor preditivo de 55,3%), possivelmente estariam sofrendo abuso sexual, necessitando na maioria das circunstâncias avaliação multidisciplinar complementar para indicar com segurança medidas legais de proteção¹⁶. Seria preciso antes, no entanto, esmiuçar a dinâmica familiar e descartar outras possibilidades diagnósticas, como abuso físico e emocional, que poderiam ser responsáveis por algumas dessas manifestações²² 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. Neste contexto, crianças que fizerem até 2 pontos, tiverem valor preditivo de 10,2% fornecem fortes evidências para serem classificadas a priori como não abusadas, embora necessitem de acompanhamento próximo devido à suspeita prévia de abuso sexual. Já as crianças que atingirem de 3 a 14 (ou mais) pontos, tiverem valores preditivos de 34,2% a 94% indicam forte evidência de abuso sexual, impondo-se neste caso avaliação multidisciplinar para confirmá-lo e indicar, de imediato, medidas legais de proteção.

O questionário proposto constitui-se em um instrumento valioso na avaliação pediátrica, por auxiliar na distinção entre crianças vítimas de abuso sexual e crianças que apresentem sinais e sintomas que possam ser confundidos com situações abusivas. Este questionário pretende também que o pediatra, de uma forma rápida em consultas rotineiras de ambulatório de pediatria e em locais de referência para abuso sexual, norteie de forma objetiva seu raciocínio diagnóstico, detectando precocemente situações potencialmente abusivas³² e indicando com segurança medidas de proteção.

Novos estudos, com uma amostra maior de crianças, no entanto, são necessários para melhor estimar as razões de verossimilhança e os valores preditivo positivos e para melhor

avaliar a possibilidade da utilização do questionário proposto. O pediatra deve ter cautela ao usá-lo como único indicativo de abuso sexual na criança. Cabe sempre lembrar da necessidade de avaliação multidisciplinar, composta por profissionais da área legal, assistência social, psicológica e psiquiátrica. No abuso sexual não existe um padrão-ouro; talvez, o que mais se aproxima de tal e pode ser realizado sem prejuízo das crianças é o seguimento das vítimas a longo prazo³².

REFERÊNCIAS

1. Information Office Press Release, WHO Recognizes Child Abuse as a Major Public Health Problem. WHO/20 8 April 1999. Disponível em: <<http://www.who.org>>. Acesso em: 23 maio 2005.
2. Brasil. Secretaria da Justiça e da Segurança do Rio Grande do Sul. Departamento Estadual da Criança e do Adolescente da Polícia Civil -DECA- Relatório anual de 2002/2003/2004 da Polícia Civil do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: SSP-RS; 2004.
3. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Problemas relacionados a abuso ou negligência. In: Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 738-46.
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. Abuso sexual: experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. An Esp Pediatr. 2001; 154: 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, Adams J. Emotional, behavior and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and alleged 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 - discussion. *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, alleged abused and nonabused boys. *Child Abuse Negl* 1997; 21(12): 1159-67.
15. Streiner DL, Norman G. *Health measurements scales: a practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press Inc.; 1995.
16. Deeks JJ, Altman DG. Diagnostic tests 4: likelihood ratios. *BMJ* 2004; 329:168-69.
17. Goodman-Brown TB, Edelstein RS, Goodman GS, Jones DPH, Gordon DS. Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 525-540.
18. Rimsza ME, Berg RA. Sexual abuse: somatic and emotional reactions. *Child Abuse Negl* 1988; 12: 201-8.
19. 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* 2001; 77(5): 413-9.
20. 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(6): 664-5.
21. 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(7):767-82.
22. American Academy of Pediatrics - Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999; 103(1): 186-91.
23. Johnson CF. Abuse and neglect of children. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson textbook of pediatrics*. 17th ed. Pennsylvania: Elsevier Science; 2004. p. 121-32.

24. Steurer J, Fischer JE, Bachmann LM, Koller M, Riet G ter. Communicating accuracy of tests to general practitioners: a controlled study (Information in Practice). *BMJ* 2002; 324:824-6.
25. Adams JA. Evolution of a classification scale: medical evolution of suspected child sexual abuse. *Child Maltreat* 2001; 6: 31-6.
26. Friedrich WN. Sexual victimization and sexual behavior in children: a review of recent literature. *Child Abuse Review* 1993; 17:59-66.
27. 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.
28. Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar, manejo, terapia e intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
29. Bennett W. Child maltreatment. In: Kaplan; Sadock's. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2005. p. 3412-25.
30. Sauzier M. Disclosure of child sexual abuse: for better or for worse. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12: p.455-69.
31. 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.
32. Sackett DL, Haynes RB. Evidence base of clinical diagnosis: the architecture of diagnostic research. *BMJ* 2002; 324: 539-41.

Tabela 1 - Breve questionário para sintomas e sinais associados com abuso sexual

Instruções: Você observou em seu (sua) filho (a) algumas das afirmações listadas?		Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim	Pontos
Pontos:		(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	
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:							

Tabela 2 - Resultado do questionário

Probabilidade Pré-teste (%) - Prevalência	Pontos	RV	IC 95%	Probabilidade pós-teste (%) - VPP	IC 95%
5	0-2	0,17	0,09 – 0,32	0,9	0,5 – 1,7
	3-5	0,78	0,47 – 1,31	3,9	2,4 – 6,5
	6-9	2,39	1,16 – 4,93	11,2	5,8 – 20,6
	10-13	6,86	2,11 – 22,23	26,5	10,0 – 53,9
	14 ou +	23,51	3,24 – 170,29	55,3	14,6 – 90,0
40	0-2	0,17	0,09 – 0,32	10,2	5,7 – 17,6
	3-5	0,78	0,47 – 1,31	34,2	23,9 – 46,6
	6-9	2,39	1,16 – 4,93	61,4	43,6 – 76,7
	10-13	6,86	2,11 – 22,23	81,8	58,4 – 93,7
	14 ou +	23,51	3,24 – 170,29	94,0	68,4 – 99,1

RV= Razão de verossimilhança; VPP= Valor preditivo positivo

ANEXOS

ANEXO A - CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos realizando uma pesquisa sobre **Avaliação de comportamento, sintomas físicos e emocionais de crianças de 2 – 12 anos de idade**. Para isto, será solicitado aos Srs. Pais ou Responsáveis que respondam a um questionário com 18 (dezoito) perguntas a respeito de características de seu (sua) filho (a) e 2 (duas) a respeito de seus pais.

Esta pesquisa envolve apenas o fornecimento de algumas informações, sem qualquer outro procedimento que envolva seu filho ou você. Daremos garantia de anonimato na apresentação dos dados e de não identificação de todos os respondentes.

Se forem constatadas situações que mereçam atenção, faremos o chamamento posterior para atendimento e acompanhamento que se fizerem necessários. **A negativa em prosseguir no estudo em qualquer momento do preenchimento do questionário não acarretará nenhum prejuízo ao acompanhamento no serviço.**

Assim sendo, solicitamos que confirmem a permissão de participação de seu (sua) filho (a) neste trabalho, assinando o consentimento.

Autorizo meu (minha) filho (a) a participar deste estudo.

Porto Alegre, de 2004.

Mãe, Pai ou Responsável

Pesquisador Responsável
Dra. Edila Pizzato Salvagni - Pediatra
Telefone: 33168133

HCPA/CEP- Rua Ramiro Barcelos, 2350-2º andar – Telefone: 33168304
HMIPV/CEP -Av. Independência, 661-8º andar bloco C – Telefone: 32893358

