



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

WELINGTON DOS SANTOS SILVA

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA
DE ABUSO SEXUAL EM SALVADOR, BAHIA**

TESE DE DOUTORADO

Salvador-Bahia

2016

WELINGTON DOS SANTOS SILVA

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA
DE ABUSO SEXUAL EM SALVADOR, BAHIA**

Tese apresentada ao curso de Pós-graduação em
Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública para obtenção do
título de Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Orientador: Prof. Dr. Ubirajara de Oliveira
Barroso Júnior

Salvador-Bahia

2016

Ficha Catalográfica elaborada pelo
Sistema Integrado de Bibliotecas da EBMSP

S586 Silva, Welington dos Santos
Características demográficas e clínicas de crianças com suspeita de abuso sexual
em Salvador, Bahia. / Welington dos Santos Silva. – Salvador. 2016.
116f. il.

Orientador: Prof. Dr. Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior

Tese (Doutorado) apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde
Pública. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana.

Inclui bibliografia

1. Maus-tratos sexuais infantis. 2. Violência sexual. 3. Estupro. 4. Pedofilia. I. Título.

CDU: 362-055.2

Nome: SILVA, Welington dos Santos

Título: Características demográficas e clínicas de crianças com suspeita de abuso sexual em Salvador, Bahia

Tese apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
para obtenção do título de Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Aprovado em: 31 de agosto de 2016

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a: Ivone Freire Costa

Titulação: Doutora em Sociologia Econômica e das Organizações pela Universidade Técnica de Lisboa

Instituição: Professora Associada da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof^a. Dr^a: Maria Conceição Oliveira Costa

Titulação: Pós-Doutorado pela Universidade de Quebec - Canadá

Instituição: Professora Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Prof^a. Dr^a: Maria de Fátima Santos Paim de Oliveira

Titulação: Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia

Instituição: Médica e preceptora da residência de Dermatologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof^a. Dr^a: Martha Moreira Cavalcante Castro

Titulação: Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia

Instituição: Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)

Prof^a. Dr^a: Milena Pereira Pondé

Titulação: Pós-Doutorado na Divisão de Psiquiatria Social e Cultural na McGill University

Instituição: Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)

Dedico esta conquista aos meus antepassados personificados nas pessoas de Antônio e Raquel, meus pais, e a meus irmãos que ajudaram a formar o que sou hoje. Dedico também a Lidiane, minha mulher, e aos meus filhos Amanda e João Arthur que diariamente aquecem meu coração.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior expresso mais uma vez minha gratidão pela confiança em mim depositada, pela orientação recebida desde o curso do mestrado, pelo incentivo e disponibilidade. Seu dinamismo no campo da pesquisa é para mim um modelo nesta nova fase de minha carreira profissional.

Aos Professores da Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina pelas contribuições na minha formação como pesquisador.

Às componentes da banca examinadora desta tese, professoras Ivone Freire Costa, Maria Conceição Oliveira Costa, Maria de Fátima Santos Paim de Oliveira, Martha Moreira Cavalcante Castro e Milena Pereira Pondé, minha gratidão pela disponibilidade e sugestões.

Um agradecimento especial aos professores Kátia Nunes Sá e Abrahão Fontes Baptista pelo apoio e incentivo.

À professora Maria Goretti Silva Brito, pelas muitas sugestões e pelo valioso material bibliográfico sobre análise multivariada que me disponibilizou.

Ao Diretor do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues Dr. Alexandre Ferreira Matos Neto e ao Coordenador do setor de Pesquisa Dr. Eduardo Lopes pela autorização de acesso irrestrito ao Arquivo da Instituição na fase do doutorado.

Aos acadêmicos de medicina Filipe Moraes Ribeiro, Victor Porfírio dos Santos Almeida, Gabriel Kamei Guimarães e Matheus de Sá dos Santos, pela inestimável e indispensável colaboração nas fases de coleta, digitação e correção de dados.

Aos funcionários do Arquivo do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues Vera Lucia Galdino Barbosa, Dalva de Jesus Lima, Lucia Estela da Silva Teixeira e Rômulo dos Santos Brito, pela colaboração na extensa fase de coleta de dados.

E aos colegas da pós-graduação minha gratidão pela afetuosa convivência. Um agradecimento especial a Dra. Maria Luiza Veiga da Fonseca, suplente de minha banca examinadora.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

IMLNR – Instituto Médico Legal Nina Rodrigues

EQUIPE

Wellington dos Santos Silva, doutorando

Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior, orientador

Acadêmicos de Medicina, UFBA:

Filipe Moraes Ribeiro, acadêmico de medicina, UFBA*

Victor Porfírio dos Santos Almeida, acadêmico de medicina, UFBA*

Gabriel Kamei Guimarães, acadêmico de medicina, UFBA*

Matheus de Sá dos Santos, acadêmico de medicina, UFBA*

Funcionários do Arquivo do IMLNR:

Vera Lucia Galdino Barbosa**

Dalva de Jesus Lima**

Lucia Estela da Silva Teixeira**

Romulo dos Santos Brito**

* participaram da pesquisa nas etapas de revisão bibliográfica, coleta, digitação e correção dos dados.

** participaram da coleta dos dados nos Laudos originais das perícias no arquivo do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues.

RESUMO

Abuso sexual infantil é um importante problema mundial de saúde pública com possíveis repercussões graves de curto e longo prazo sobre a saúde física e mental das vítimas. Os objetivos deste estudo foram: descrever as características da população de crianças que foram submetidas a exame de corpo de delito por suspeita de abuso sexual entre 2005 a 2010 no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues em Salvador, Bahia; descrever a proporção e características dos casos confirmados de abuso sexual por prova material no exame médico legal; e realizar uma análise exploratória para identificar potenciais fatores associados à confirmação de abuso sexual. Os resultados dessa investigação são aqui apresentados em formato de quatro artigos científicos. O **primeiro artigo** faz uma descrição geral da população estudada. No período estudado, 2802 crianças foram submetidas a exame de sexologia forense por suspeita de abuso sexual. A idade média foi 6,6 anos (DP \pm 3). Do total, 78,4% eram do sexo feminino. Quanto ao motivo da perícia, em 85% dos casos havia um relato de abuso sexual no histórico. No exame médico legal, em 67% das crianças periciadas não foi detectada qualquer alteração ao exame. Em 601 casos (21%), foram encontradas alterações inespecíficas em região genital ou anal, que eram insuficientes para confirmar abuso sexual. Houve 39 casos (1,4 %) de crianças com histórico de acidente que não apresentaram vestígios laboratoriais de abuso sexual. A proporção de casos confirmados de abuso sexual por prova material foi de 8,9% (248 casos). O **segundo artigo** descreve as características do grupo de crianças com abuso sexual confirmado por prova material no exame médico legal. A média de idade foi 8,2 anos (DP \pm 3), e 208 (83,9%) casos eram do sexo feminino. Quanto ao motivo da perícia, em 95,6% dos casos havia um relato de abuso sexual no histórico. Rotura himenal foi o achado que confirmou abuso sexual em 172 casos, correspondendo a 83% dos casos confirmados em meninas. Gravidez ocorreu em dois casos. Espermatozoides foram encontrados em oito casos e todos foram examinados até 24 horas após o abuso alegado. O **terceiro artigo** descreve as características do grupo de 39 crianças com trauma anogenital em que foi alegado uma causa acidental. A média de idade foi 5 (\pm 2,5) anos e 35 (90%) eram meninas. Houve relato de que o evento foi assistido por alguém em 29 (74 %) casos. Queda a cavaleiro sobre objeto rombo foi relatado em 29 (74%) casos. Trauma penetrante foi alegado em 7 (18%) casos e rotura himenal estava presente em 5 casos. O **quarto artigo** corresponde ao objetivo secundário de identificar potenciais fatores associados à confirmação material de abuso sexual infantil no exame médico legal. Foram selecionadas neste estudo apenas os casos com relato positivo de abuso sexual no histórico da perícia. Além do uso de estatística descritiva como nos primeiros três artigos, foi realizado também análise bivariada através de teste qui quadrado entre as variáveis estudadas e a variável critério. As variáveis com $p < 0,2$ na análise bivariada foram incluídas em um modelo multivariado (Regressão de Poisson). A análise ajustada por Regressão de Poisson demonstrou que a presença de relato de penetração estava associado a uma chance cinco vezes maior de confirmação, e a faixa etária de 10 a 11 anos (pré-adolescentes) apresentou uma chance duas vezes maior de ter casos confirmados do que crianças menores. **Conclusões:** Houve relato de abuso sexual no histórico da perícia em 85% da população estudada e a proporção de casos confirmados por prova material foi de 8,9%. As crianças que relataram penetração e também as que são pré-adolescentes apresentaram uma chance maior de confirmação.

Palavras-chaves: Maus-Tratos Sexuais Infantis. Violência sexual. Estupro. Pedofilia.

ABSTRACT

Child sexual abuse is a major global public health issue with potentially serious consequences of short- and long-term effects on physical and mental health of victims. The objectives of this study were to describe the characteristics of the child population examined for suspected sexual abuse from 2005 to 2010 at the Nina Rodrigues Institute of Forensic Medicine in Salvador, Bahia; to describe the proportion and characteristics of cases in which sexual abuse was confirmed by material evidence in forensic examination; and to conduct an exploratory analysis to identify potential factors associated with the confirmation of sexual abuse. The results of this investigation are presented here in the form of four scientific papers. The **first paper** provides an overview of the study population. During the study period, 2,802 children were submitted to forensic examination for suspected sexual abuse. The mean age of the children was 6.6 ± 3 years (mean \pm standard deviation). Overall, 78.4% were female. In 85% of cases, the reason for the examination was a report of sexual abuse. No abnormality was detected at forensic medical examination in 67% of the children examined. In 601 cases (21%), nonspecific changes were found in the genital or anal region that were insufficient to enable sexual abuse to be confirmed. There were 39 cases (1.4%) of alleged accidents in which no laboratory evidence of sexual abuse was found. Overall, 248 cases of sexual abuse (8.9%) were confirmed by material evidence. The **second paper** describes the characteristics of the group of children in whom sexual abuse was confirmed by material evidence at forensic medical examination. Mean age was 8.2 ± 3 years, and 208 (83.9%) cases were female. Regarding the reason for forensic examination, in 95.6% of cases sexual abuse had been reported. A ruptured hymen was the finding that confirmed sexual abuse in 172 cases, corresponding to 83% of confirmed cases in girls. Two of the girls were pregnant. Spermatozooids were found in eight cases, with all cases being examined within 24 hours of the alleged abuse. The **third paper** describes the characteristics of the group of 39 children with anal/genital trauma in which the cause was reported as being accidental. Mean age was 5 ± 2.5 years, and 35 (90%) were girls. In 29 cases (74%), someone was reported to have witnessed the event. A fall onto a rigid blunt object was reported in 29 cases (74%). Penetrating trauma was reported in 7 cases (18%), and in 5 cases, the hymen was ruptured. The **fourth paper** deals with the secondary objective of identifying potential factors associated with confirmation of child sexual abuse according to material evidence at forensic medical examination. Only the children with a positive forensic report of sexual abuse were included in this study. Besides the use of descriptive statistics as the first three articles, it was also performed bivariate analysis using chi-squared test between the studied variables and the criterion variable. The variables with $p < 0.2$ in the bivariate analysis were included in a multivariate model (Poisson regression). Poisson regression analysis showed that a report of sexual penetration was associated with a five-fold greater likelihood of confirmation, while the 10-11-year age group (preadolescence) was associated with a two-fold greater likelihood of confirmation compared to younger children. **Conclusions:** An allegation of sexual abuse was present in 85% of the study population and the proportion of confirmed cases by material evidence was 8.9%. Children who reported penetration and those pre-adolescents had a greater chance of confirmation.

Keywords: Child Sexual Abuse. Rape. Sexual Violence. Paedophilia.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP - Academia Americana de Pediatria

ABRAPIA - Associação Brasileira Multidisciplinar de Proteção à Criança e ao Adolescente

AIDS - Síndrome da imunodeficiência adquirida

CEDECA - Centros de Defesa da Criança e do Adolescente

CONANDA- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

EUA – Estados Unidos da América

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

IMLNR - Instituto Médico legal Nina Rodrigues

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSA – Antígeno prostático específico

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPSS- Statystical Package for Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivos principais	14
2.2 Objetivo secundário	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 Conceito de abuso sexual infantil no campo da saúde	15
3.2 Equivalente do conceito de abuso sexual no campo do direito penal	16
3.3 Conceito de criança definido em lei no Brasil	16
3.4 Políticas públicas de combate ao abuso sexual infantil no Brasil	17
3.5 Dados epidemiológicos nacionais de abuso sexual infantil	18
3.6 Abuso sexual infantil e os desafios no campo da pesquisa	19
3.7 Sistema de denúncia e investigação da violência sexual no Brasil	20
3.8 Avaliação médico legal de abuso sexual	21
3.8.1 Interpretação dos achados anogenitais no exame de crianças suspeitas de serem vítimas de abuso sexual.....	21
3.8.2 Vestígios recentes de abuso sexual.....	22
3.8.3 Vestígios não recentes de abuso sexual.....	23
3.9 Avaliação multidisciplinar de abuso sexual	25
3.9.1 Avaliação multidisciplinar de abuso sexual no Brasil.....	25
4 MÉTODOS	29
4.1 Desenho do estudo	29
4.2 População	29
4.2.1 População Alvo	29
4.2.2 População acessível	29
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	29
4.3.1 Critérios de inclusão:	29
4.3.2 Critérios de exclusão:	29
4.4 Amostragem	30
4.5 Campo do estudo	30
4.6 Variáveis do estudo	32
4.7 Instrumento de coleta de dados	33
4.7.1 Etapas da elaboração da ficha de dados.....	33

4.7.2 Estratégia da coleta e digitação de dados	33
4.8 Análise estatística	34
4.8.1 Objetivo principal	34
4.8.1 Objetivo secundário.....	34
4.9 Considerações éticas	35
4.9.1 Garantia de Privacidade dos dados	35
4.9.2 Medidas para controle de Riscos	35
4.9.3 Contrapartida para a Instituição que abrigou a pesquisa	36
5 ÍNDICE DE ARTIGOS CIENTÍFICOS	37
5.1 Artigo 1 - Características de los menores de 12 años con examen médico forense por sospecha de abuso sexual en Salvador, Brasil	38
5.2 Artigo 2 - Child sexual abuse confirmed by forensic examination in Salvador, Bahia, Brazil	46
5.3 Artigo 3 - Lesões anogenitais atribuídas a acidente em crianças sob investigação de abuso sexual	64
5.4 Artigo 4 - Factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations.	76
6 DISCUSSÃO	90
6.1 Limitações	98
7 CONCLUSÕES	99
REFERÊNCIAS	101
ANEXOS	109

1 INTRODUÇÃO

Abuso sexual infantil é uma das formas de maus-tratos contra a criança. As outras formas incluem a violência física, os maus-tratos psicológicos e a negligência. A cada ano, milhões de crianças ao redor do mundo são vítimas de violência física, sexual e emocional com possíveis impactos graves sobre seu desenvolvimento e também na saúde física e mental⁽¹⁾.

Dado a elevada prevalência mundial de maus tratos contra a criança e suas consequências, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem alertado para a necessidade deste tópico alcançar o destaque em investimento, prevenção e vigilância epidemiológica que é dado a outros graves problemas de saúde pública tais como HIV / AIDS, tabagismo e obesidade⁽²⁾. Adverte também que a carência de dados dificulta responder de forma eficaz a maus tratos contra a criança e ressalta a necessidade de quantificar e monitorar a dimensão desse problema a nível local, regional e nacional⁽¹⁾.

Como definição, abuso sexual infantil é o envolvimento de criança em atividade sexual que ela não pode compreender plenamente, não está preparada em termos de desenvolvimento, é incapaz de consentir e ou são violadas as leis ou tabus da sociedade⁽³⁾. Deve ser diferenciado dos “jogos sexuais” de olhar ou tocar partes anogenitais pela assimetria de desenvolvimento entre os participantes e ausência de coerção⁽⁴⁾. As atividades sexuais incluem também formas de abuso que não envolve contato, como exibicionismo, voyeurismo, ou usar a criança na produção de pornografia⁽³⁾.

Estudos de varios países⁽⁵⁾ mostram que o abuso sexual infantil é um importante problema mundial de saúde pública. Uma meta-análise⁽⁶⁾ que incluiu dados de 22 países estimou que 7,9% dos homens e 19,7% das mulheres sofreram alguma forma de abuso sexual antes dos 18 anos de idade. Em outra meta-análise que incluiu 217 publicações⁽⁷⁾, a prevalência encontrada de abuso sexual infantil baseado em entrevistas foi de 18,0% para o sexo feminino e de 7,6% para o sexo masculino.

Para a compreensão global acerca deste problema são necessários estudos de várias fontes de dados, incluindo os estudos de base populacional, estudos de casos em Hospitais, Institutos Médico-Legais e agências de proteção à criança.

A investigação para abuso sexual infantil com base populacional tem sido realizada através de questionários realizados em adolescentes e adultos após vários anos do evento ocorrido. Apesar da vantagem de fornecer dados populacionais de incidência e prevalência, muitas variáveis não podem ser avaliadas e são várias as questões éticas implicadas que dificultam sua realização em muitos contextos⁽¹⁾. Os estudos realizados em hospitais, agências de proteção à criança e institutos médico-legais possibilitam o estudo de casos recentes e a obtenção de um conjunto diferenciado de variáveis, sendo, portanto, complementares aos estudos populacionais. O tema do abuso sexual contra a criança vem sendo estudado no nosso meio através das diferentes instancias de registros de casos incluindo os Conselhos Tutelares e sistema VIVA de saúde que fazem parte do Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes⁽⁸⁾. Os achados destes estudos nacionais realizados em diferentes regiões têm permitido caracterizar este fenômeno, bem como diferentes aspectos sobre o perfil das vítimas e seus agressores^(9,10,11,12,13,14,15).

Os Institutos Médicos Legais são também fontes valiosas para o estudo de casos, pois, em virtude de se tratar de crime tipificado no Código Penal Brasileiro, muitos casos suspeitos de abuso sexual que chegam às autoridades competentes são encaminhados a estes Institutos para exame de corpo de delito pela possibilidade de detecção de vestígios forenses. Os dados são coletados por peritos medico legistas, profissionais com experiência na realização de tais exames. No entanto, há poucos estudos no Brasil sobre abuso sexual contra a criança coletados de institutos medico legais^(16,17,18) e ainda há carência de dados sobre as características desta população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos principais

Descrever as características da população de crianças examinadas em Instituto médico legal por suspeita de abuso sexual.

Descrever a proporção e características dos casos confirmados de abuso sexual.

2.2 Objetivo secundário

Análise exploratória para identificar potenciais fatores associados à confirmação de abuso sexual.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Conceito de abuso sexual infantil no campo da saúde

Abuso sexual contra a criança pode ser entendido como qualquer contato sexual com ou sem penetração, cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança. Inclui também voyeurismo, exibicionismo e produção de fotos⁽¹⁹⁾. Pode ser diferenciado de jogos sexuais pela diferença de idade de 5 ou mais anos entre os participantes e ausência de coerção⁽²⁰⁾.

Este conceito pode variar de acordo com várias dimensões, incluindo frequência, idade, tempo de início, relação da vítima com o agressor e a forma do abuso. De acordo com a forma do abuso, há três categorias comumente relatadas na literatura: ausência de contato, contato e penetração⁽²⁾. Abuso com ausência de contato engloba uma série de atividades que exploram a criança para a gratificação sexual do abusador. Nestes casos, pela própria natureza do abuso não haverá vestígios ao exame físico.

Abuso com contato inclui toques ou carícias. Sabe-se hoje que a maioria destas crianças terá um exame normal⁽²¹⁾. Tem sido aventado que causar lesões à criança tem um risco alto de descoberta e da perda de acesso à vítima⁽²²⁾ e por isso na ótica do abusador, não causar lesões é um requisito para o acesso continuado do relacionamento abusivo.

Penetração engloba a relação sexual oral, anal ou vaginal. É importante ressaltar que relatos de penetração vaginal em meninas prepúberes devem ser interpretados com cautela. Tem sido defendido que elas podem descrever como “penetração” a fricção ou o ato de empurrar o penis contra a sua genitália externa, mesmo quando estas tentativas não ultrapassam o hímen, por lhes faltar um referencial para suas experiências⁽²³⁾. É necessário também considerar que a vagina de uma criança pré-púbere tem um comprimento de quatro a seis centímetros; um epitélio delgado; a parede mais fina; é mais estreita; e não tem a distensibilidade da vagina de adolescentes ou mulheres adultas⁽²⁴⁾.

3.2 Equivalente do conceito de abuso sexual no campo do direito penal

No Código Penal Brasileiro⁽²⁵⁾, até 2009 estavam previstos dois tipos de delitos de violência sexual: o estupro e o atentado violento ao pudor. Estupro era considerado como “Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça” Como conjunção carnal é entendido na doutrina médico legal como “penetração peniana vaginal”, só pessoas do sexo feminino podiam ser vítimas desta tipificação penal. O atentado violento ao pudor era definido como “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”. Com a implantação da Lei nº 12.015, de sete de agosto de 2009⁽²⁶⁾, o conceito de “Atentado violento ao pudor” foi retirado e os tipos de atos antes assim classificados passaram a ser considerados como estupro. Desde então, estupro no Código Penal consiste em “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Com este novo conceito, o termo estupro no Brasil pode agora ser aplicado a ambos os sexos e tanto a formas de violência sexual que envolvem penetração quanto a qualquer outra forma de ato libidinoso.

Nesta mesma lei, foi criado também o tipo penal “estupro de vulnerável” definido como “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém menor de 14 anos” substituindo o conceito de “presunção de violência” que estava previsto na lei anterior para os menores de 14 anos.

Assim, a tipificação penal “estupro de vulnerável”, é o equivalente mais próximo na esfera jurídica ao conceito de abuso sexual infantil.

3.3 Conceito de criança definido em lei no Brasil

Os conceitos de criança e adolescente e seus limites etários são variáveis de país para país. Para a Convenção dos Direitos da Criança, o termo criança se aplica a todo o ser humano menor de 18 anos, exceto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo⁽²⁷⁾. No Brasil, a lei do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽²⁸⁾ considera como criança os menores de 12 anos e como adolescentes aqueles com idade maior ou igual a 12 anos e menor de 18.

3.4 Políticas públicas de combate ao abuso sexual infantil no Brasil

Nas últimas três décadas houve no Brasil um progressivo avanço nos direitos da criança e nas políticas públicas de combate à violência infantil⁽²⁹⁾. O marco Legal mais importante foi a criação em 1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽²⁸⁾. Como desdobramento da ECA, foi criado em 1991 o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), órgão responsável por estabelecer as diretrizes para a Política Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes. O CONANDA tem a função de promover a integração dos atores sociais e governamentais a favor da efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente, e implementar Conselhos em estados e municípios - Conselhos de Direito e Conselhos Tutelares⁽³⁰⁾. É também atribuição do CONANDA fiscalizar as ações executadas pelo poder público no que diz respeito ao atendimento da população infanto-juvenil.

Em várias cidades do país foram criados Centros de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA), com a finalidade de desenvolver mecanismos que possam garantir proteção jurídico-social, prevenção e o atendimento direto às crianças, adolescentes e seus familiares em situação de violência sexual^(29,31).

A partir de 2002 foi iniciado o Programa Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (PAIR) com uma metodologia de fortalecimento de redes municipais de enfrentamento da violência sexual através do fomento ao planejamento de ações integradas, elaboração de diagnósticos locais monitoramento das ações e capacitação de profissionais do sistema de garantia de direitos nos eixos de análise de situação atendimento, defesa, responsabilização, e prevenção⁽³²⁾. Inicialmente o PAIR foi implantado em 6 municípios, dentre eles Feira de Santana na Bahia⁽³³⁾, mas atualmente está presente em mais de 500 municípios.

Em 2003, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, diretamente ligada à presidência da República, passou a coordenar e executar o “Disque-Denúncia”. Este serviço foi criado em 1997 por parceria entre o Governo Federal e a Associação Brasileira Multidisciplinar de Proteção à Criança e ao Adolescente (ABRAPIA). O Disque-Denúncia é um serviço de discagem direta e gratuita que originalmente foi criado para receber denúncia de abuso sexual. Atualmente, tem a finalidade de receber denúncias de quaisquer transgressões aos direitos de

crianças e adolescentes e encaminhá-las aos órgãos competentes, além de orientar sobre os serviços e redes de atendimento e proteção nos estados e municípios. Desde 2006, o número mudou para Disque 100 e a partir de abril de 2008 recebe denúncias do exterior (55 61 3429.2800), e também denúncias através de endereço eletrônico (disquedenuncia@sedh.gov.br)⁽³⁴⁾. Em 2006 também foi instituído o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) representado pelo conjunto de instancias que integram a Rede de Promoção, Atendimento e Defesa de Direitos, tendo os Conselhos dos Direitos das Criança e do Adolescente (CMDCA) como principal instância de controle para formulação e deliberação das políticas públicas no âmbito municipal, estadual e federal voltadas ao atendimento de crianças e adolescentes, bem como na articulação em rede entre os integrantes do SGDCA para o atendimento das demandas⁽⁸⁾.

3.5 Dados epidemiológicos nacionais de abuso sexual infantil

No Brasil, semelhante ao que aconteceu em outros países, a frequência de encaminhamento de casos suspeitos de abuso sexual tem aumentado como resultado das campanhas públicas de conscientização da população, especialmente com o “Disque-denúncia” e cartilhas sobre abuso sexual contra crianças dirigidas a educadores, médicos e à comunidade^(35,36,37,38).

Em janeiro de 2011, o Ministério da Saúde universalizou a notificação de violências doméstica, sexual e outras agressões para todos os serviços de saúde, incluindo estes dados na relação de doenças e agravos que são registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Estes dados são coletados por meio da Ficha de Notificação e compõem o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), possibilitando conhecer a frequência e a gravidade das agressões e identificar a violência doméstica sexual e outras formas de violência (física, psicológica e negligência/abandono).

Pelos registros do SINAN⁽³⁹⁾ foram atendidos em 2011 um total de 10.425 crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, correspondendo a 16,4 atendimentos para cada 100 mil crianças e adolescentes. Em 83,2% dos casos as vítimas eram do sexo feminino. Os dados não fornecem um corte em 12 anos na distribuição por faixa etária. No entanto, os menores de 10 anos corresponderam a 41% (4277 casos) e os menores de 15 anos englobaram 80,5% (8395

casos). Os casos de estupro com penetração peniana vaginal, (correspondendo ao conceito de estupro vigente no Código Penal Brasileiro antes da Lei de 2009) foram a mais frequente (59%) entre as violências sexuais que demandaram atendimento do SUS. Na maior parte dos casos de violência sexual o agressor foi um familiar ou alguém conhecido da criança. Pais e padrastos aparecem como responsáveis por aproximadamente 10% dos atendimentos cada um. A proporção de desconhecidos foi de 17,9%. Estes dados são semelhantes ao encontrado em estudos realizados em outros países⁽²⁾.

3.6 Abuso sexual infantil e os desafios no campo da pesquisa

Pesquisas em crianças com suspeita de abuso sexual envolvem várias dificuldades práticas e a investigação neste campo com metodologia bem controlada é um desafio^(22,40). Várias questões de ordem ética necessitam ser levadas em conta e inviabilizam na prática vários desenhos de pesquisa.

Tem sido apontado que a aplicação de questionários em crianças e adultos sobre eventos passados ou presentes relacionados a abuso sexual podem identificar maus tratos graves, e por isso só deveriam ser aplicados quando existem recursos para garantir um atendimento adequado ou levá-las para a atenção das autoridades competentes⁽¹⁾. Vítimas de maus-tratos podem necessitar não só de atendimento médico mas também social, encaminhamento psicológico e setor jurídico. Por outro lado, tais entrevistas devem ser conduzidas de tal maneira que minimizem o risco de revitimização. Há também questões éticas que necessitam ser consideradas em estudos comparativos que possam implicar avaliação desnecessária de crianças que se presume não terem sido abusadas⁽⁴⁰⁾.

Assim, apesar da relevância do problema do abuso sexual infantil pelas sequelas de curto e longo prazo, e o esforço realizado nas últimas décadas ter proporcionado uma melhor compreensão sobre vários aspectos, ainda há muitas lacunas e a base de evidência ainda é pequena comparada a muitos outros campos da área de saúde.

Em áreas importantes como a anatomia genital nas meninas pré-puberes normais, os dados primários se resumem a poucos artigos e o número de casos em estudos bem conduzidos é pequeno⁽²²⁾. Alguns destes artigos são muito recentes e este conhecimento ainda não foi incorporado na prática dos profissionais de saúde e médicos legistas. Além disso, tem sido

apontado a escassez de estudos caso-controle, a dificuldade na interpretação da literatura médica existente pela falta de consistência na descrição dos sinais físicos, e a confusão gerada pelas diferentes metodologias empregadas⁽⁴⁰⁾.

É reconhecido que os casos de crianças encaminhados à investigação policial ou as agências de proteção à criança são uma pequena parcela do total de casos de abuso sexual. Há estimativas de que a frequência real é cerca de 10 vezes maior⁽⁴¹⁾. No entanto, os dados coletados das fontes policiais, apesar de representar um primeiro nível mais aparente e uma menor proporção dos casos de abuso sexual contra a criança, constituem em informações valiosas por representarem um primeiro ponto de partida bem documentado da dimensão deste problema.

3.7 Sistema de denúncia e investigação da violência sexual no Brasil

A perícia médico-legal brasileira é uma atividade oficial exercida nos Institutos médico-legais localizados nas capitais dos estados da federação e na capital da República, além da atividade realizada por peritos médico-legais lotados no interior dos estados. Os institutos medico legais estão vinculados à polícia civil na maioria dos estados. A polícia civil de cada estado tem função de polícia judiciária e são subordinadas aos governadores, integrando as Secretarias de Segurança Pública juntamente com as policias militares. A polícia judiciária tem como atribuição principal apurar as infrações penais e sua autoria por meio dos inquéritos policiais que são presididos de forma independente pelos delegados de polícia, e quando concluídos são encaminhados ao Judiciário. O inquérito policial é então um procedimento preparatório ao processo penal que tem como função auxiliar o poder judiciário através da coleta de provas e do esclarecimento da autoria e da materialidade do crime. Nesta etapa, o delegado poderá solicitar as perícias criminais e médico-legais necessárias. Uma vez encaminhado ao Judiciário, o Ministério Público poderá requisitar diligências complementares ao inquérito realizado pela polícia para posterior oferecimento da ação penal. Nos casos de crimes que envolvem a União, os inquéritos são conduzidos pela Polícia Federal.

Os exames de corpo de delito nos institutos medico legais estão previstos pelo Código de Processo Penal Brasileiro, Lei 003.689 de 1941, em seu Artigo 158: “Quando a infração

deixar vestígios, será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado”⁽⁴²⁾.

Desde 1990, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽²⁸⁾, os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. Assim, os Conselhos Tutelares constituem em porta de entrada da denúncia e investigação de casos de abuso infantil e respondem aos Conselhos de Direitos e de Assistência junto ao governo municipal bem como ao sistema de saúde através das unidades hospitalares e unidades de saúde da família, cuja notificação de casos é realizada através do sistema VIVA.

Após o estatuto da Criança e do Adolescente não há impedimento para que as vítimas de abuso sexual possam ser encaminhadas pelo Conselho Tutelar diretamente para os serviços existentes de atendimento multidisciplinar das vítimas de abuso sexual sem prévio exame médico legal. Porém, na prática, a maioria dos casos suspeitos de abuso sexual que chegam às autoridades competentes são encaminhados aos Institutos Médico-Legais para exame de corpo de delito pela possibilidade de detecção de vestígios forenses mesmo quando se trata de relato de abuso antigo. Além da cultura ainda vigente de tratar os casos de abuso infantil com o modelo de casos de adulto, concorre para esta prática o fato da rede de assistência multidisciplinar às vítimas ainda estar se consolidando no país e esteja presente apenas nas grandes cidades.

3.8 Avaliação médico legal de abuso sexual

A avaliação médico legal é um dos componentes da avaliação multidisciplinar de abuso sexual cuja finalidade, segundo a doutrina médico legal,⁽⁴³⁾ é a pesquisa de provas materiais do crime.

3.8.1 Interpretação dos achados anogenitais no exame de crianças suspeitas de serem vítimas de abuso sexual

Na avaliação de crianças com suspeita de abuso sexual é necessário conhecer os achados ano-genitais que possam sinalizar abuso, as variações normais da anatomia ano-genital, e

alterações ano-genitais típicas de outras condições médicas que podem ser confundidas com abuso sexual. É importante ressaltar que apenas uma pequena porcentagem de crianças avaliadas por suspeita de abuso sexual têm sinais de lesão genital ou anal ao exame^(44,45), e em poucos casos o exame físico ou testes laboratoriais poderão fornecer dados confirmatórios⁽⁴⁶⁾.

Em 1992 Adams et als.⁽⁴⁷⁾ publicaram uma tabela propondo critérios para a interpretação dos achados anogenitais no exame de crianças suspeitas de serem vítimas de abuso sexual. Em 2001 e 2007 esta tabela foi revista e ampliada como resultado da contribuição de vários especialistas e foi incluída nas diretrizes para avaliação de crianças com suspeita de abuso sexual elaboradas pela Academia Americana de Pediatria (AAP)^(46,48). A última revisão desta tabela encontra-se na diretriz da AAP publicada em 2016⁽⁴⁹⁾ e reúne os dados mais atuais sobre os achados ano-genitais e laboratoriais em crianças com e sem uma história de abuso, incluindo as variantes normais na aparência do hímen e anatomia ano-genital; as condições comumente confundidas com abuso sexual; as lesões indicativas de trauma penetrante anogenital recente ou antigo por violência ou acidente; e achados confirmatórios de contato sexual.

No Brasil não temos uma diretriz nacional validada em dados locais para a interpretação dos diferentes achados ano-genitais quanto à possibilidade de abuso sexual. Na falta de uma diretriz nacional, a tabela de Adams adotada e ampliada nas diretrizes da AAP e usada também em diretriz da OMS⁽⁵⁰⁾ pode servir como um guia para auxiliar na interpretação destes achados em crianças com suspeita de abuso sexual. É preciso, no entanto, levar em conta que estudos continuam a ser publicados, e essas diretrizes tem sido atualizadas periodicamente à luz de novas evidências.

3.8.2 Vestígios recentes de abuso sexual

Na maioria das vezes, quando a criança revela ter sido vítima de abuso sexual, já se passaram vários dias do ocorrido, e a probabilidade de encontrar evidências físicas é muito remota por causa da rapidez com que as lesões cicatrizam. Além disso, provas forenses como pesquisa de espermatozoides, antígeno prostático específico (PSA) e DNA, tem um curto período de positividade. Por isso, tem sido recomendado que todas as comunidades deveriam ter recursos para uma avaliação médica qualificada no intervalo de 24 horas do alegado abuso, embora revelações tão precoces sejam raras⁽²¹⁾.

O abuso é classificado como recente quando ocorreu menos de 72 horas do exame, e nestes casos é considerado um exame de urgência pela possibilidade de obter provas forenses⁽⁵¹⁾ e pela necessidade de fazer quimio-profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e prevenção de gravidez para os casos indicados. Esta classificação é baseada em dados de alguns estudos que mostram que o esperma pode ser recuperado a partir do trato genital feminino adulto até 72 horas após a relação sexual peniana vaginal^(52,53).

Para crianças pré-púberes, tem sido proposto que as recomendações sobre exames forenses de urgência devam ser revistos, porque nelas há uma positividade muito baixa quando provas forenses são coletadas mais de 24 horas depois do último relato de abuso sexual. Isto reflete o fato de que, em crianças pré-púberes, são colhidas apenas amostras de tecidos da genitália externa e áreas suspeitas do corpo, considerando a baixa frequência de trauma penetrante nesta faixa etária e o caráter invasivo do exame. Assim, exames de urgência seriam indicados quando o alegado abuso ocorreu antes de 24 horas⁽⁴⁹⁾. Porém, quando há suspeita de trauma penetrante em uma criança pré-púbere, e se há uma probabilidade razoável de recuperação de traço de material biológico da vagina ou orifício anal, podem ser indicados também coleta de amostras nestas áreas e o prazo se estende para até 72 horas⁽²¹⁾.

Por outro lado, meninas púberes e pós-púberes são mais propensas a ter sinais genitais significativos quando forem examinados até sete dias do episódio de abuso sexual. Por isso, para adolescentes com histórico de abuso sexual há menos de sete dias, tem sido recomendado que seja tratado também como uma urgência, pela possibilidade de ainda detectar vestígios ao exame físico⁽⁴⁰⁾.

3.8.3 Vestígios não recentes de abuso sexual

Quando o médico se depara com achados anogenitais não recentes em crianças com suspeita de abuso sexual, é necessária redobrada cautela ao atribuir o diagnóstico de abuso sexual como causa de tais achados, especialmente na ausência de relato de abuso na anamnese. Ao longo das últimas três décadas, as diretrizes têm mudado^(49,51), e vários achados que foram tidos como indicadores de abuso sexual são compreendidos hoje como dados inespecíficos.

Para vestígios de lesões genitais extra-himenais, os estudos longitudinais existentes demonstram que tais lesões podem cicatrizar rapidamente sem deixar marcas⁽⁴⁰⁾. Lesões em grandes e pequenos lábios, como abrasões e hematomas curam completamente. Lesões peri-himenais, como as da fúrcula posterior, podem curar completamente ou podem deixar cicatrizes ou alterações vasculares^(44,54,55).

Em relação às lesões himenais, os estudos mais recentes mostram que tais lesões não deixam cicatrizes nas bordas^(22,56). Os critérios de Hoffmann⁽⁴³⁾ para diferenciar entalhes naturais do hímen e as roturas himenais, adotados na literatura médico legal desde o século XIX, não substituíram aos estudos atuais. Lesões parciais da espessura do hímen podem curar completamente ou podem deixar um “entalhe”, e à luz dos estudos atuais, não há dados seguros que permitam diferenciá-los daqueles entalhes que ocorrem naturalmente⁽²²⁾. Quanto à borda anterior (superior) do hímen, estudos mostraram que muitas crianças “normais” apresentam entalhes profundos e também áreas de falha de segmento da borda himenal, e tais dados não permitem diferenciar abuso de achados normais, exceto quando há lesões recentes⁽²²⁾.

Quanto à borda posterior (inferior), os entalhes superficiais (menor ou igual a 50% da orla do hímen) não foram significativamente mais comuns em meninas alegando penetração em comparação com as meninas que negaram qualquer abuso⁽⁴⁶⁾. Até recentemente, o encontro de “entalhes” profundos (extensão maior de 50% da orla himenal) na orla himenal posterior eram interpretados como roturas cicatrizadas⁽²²⁾. Porém tem sido relatado casos de entalhes profundos em crianças sem suspeita de abuso sexual e a diretriz mais recente da Academia Americana de Pediatria⁽⁴⁹⁾, propõe que apenas os casos de transecção completa da orla himenal posterior possam ser categoricamente diferenciados de entalhes para ser considerados como evidencia de trauma penetrante. Uma falha de algum segmento da orla himenal posterior também é considerado evidencia de trauma penetrante previo⁽⁴⁹⁾. Quanto ao tamanho da orla himenal, em meninas pré-pubescentes, sem suspeita de abuso sexual, uma orla posterior do hímen de pelo menos um milímetro está sempre presente^(57,58) e orla estreita entre 1 e 2 mm tem sido relatada em cerca 22% dos exames de rotina⁽⁵⁹⁾. Porém, tem sido questionado se o médico é capaz de medir tão acuradamente a orla himenal posterior a ponto de distinguir diferenças de um milímetro⁽⁴⁶⁾. Quanto ao diâmetro do orifício himenal, como este varia de acordo com a espessura da orla himenal, a frequência elevada de crianças com hímen de orla estreita em exames de rotina torna as medições de amplitude do orifício inúteis.

Em relação às lesões anais, sabe-se que abrasões, lacerações e algumas fissuras curam rápido e completamente, e raramente são indicadores definitivos de abuso⁽⁶⁰⁾. Crianças vítimas de abuso sexual, quando examinadas após passado o período agudo, podem ter uma frequência muito baixa de alterações anais⁽⁶¹⁾. Achados como eritema, congestão venosa e dilatação anal, tem sido referidos em crianças vítimas de sodomia⁽⁴⁵⁾ mas tem sido também documentados em crianças sem suspeita de abuso sexual^(62,63,64).

Em um estudo com 23 crianças que alegaram sodomia, e que foram atendidas no prazo de 7 dias, mais da metade apresentaram sinais de trauma anal. Como os dados foram conflitantes com o que há na literatura mas a série foi pequena, os autores concluíram pela necessidade de estudos multicêntricos para descrever vestígios de penetração anal e padrões de cicatrização após abuso anal⁽⁴⁰⁾.

3.9 Avaliação multidisciplinar de abuso sexual

Em 2003 a OMS elaborou uma diretriz⁽⁵⁰⁾ com indicações da prestação de cuidados de saúde e do atendimento médico-forense para as vítimas de violência sexual para serem adaptadas às circunstâncias e recursos locais e nacionais. Nesta diretriz constam orientações para o estabelecimento de serviços de saúde e forenses para as vítimas, com ênfase na assistência centrada nas necessidades das vítimas e no atendimento integrado entre a esfera assistencial e a avaliação com finalidade médico-legal em um só lugar e ao mesmo tempo.

A partir de então, passou a haver gradativamente a inclusão de normas na legislação de vários países, incluindo o Brasil, no sentido de se adaptar a estas diretrizes.

3.9.1 Avaliação multidisciplinar de abuso sexual no Brasil

Em nosso meio, tem sido relatado que há uma tendência dos profissionais da saúde em compreender violência doméstica e sexual como uma questão da esfera da segurança pública e da justiça⁽⁶⁵⁾. Porém, as agências governamentais, organizações não governamentais e organizações da sociedade civil, seguindo a tendência mundial capitaneada pela OMS, têm se esforçado por conscientizar e incluir toda a sociedade brasileira na luta contra o abuso sexual contra a criança. Certamente, o pediatra tem um importante papel a desempenhar, pois muitas

vezes ele é o primeiro profissional a ser consultado quando uma alteração comportamental ou uma suposta alteração ano-genital é identificada pelos familiares. É preciso levar em conta, que a avaliação médica é um dos componentes da avaliação global das crianças com suspeita de terem sido abusadas sexualmente. Naturalmente, não são de sua responsabilidade todas as dimensões da avaliação global. Mas, é importante que esteja capacitado para o reconhecimento dos achados normais da anatomia ano-genital, inclusive as variações normais, e reconhecer as doenças que podem mimetizar abuso sexual. Estas habilidades são mais relevantes em nosso meio tendo em vista a carência de centros de referência multidisciplinares para triagem de casos suspeitos de abuso sexual.

Dado a alta prevalência do abuso sexual infantil e pelo potencial de curto e longo prazo de consequências sobre a saúde física e mental, há uma tendência atual de considerar que todos os prestadores de serviços de saúde que cuidam de crianças e adolescentes devem se familiarizar com o problema do abuso sexual e o tipo de avaliação necessária a essas crianças⁽⁴⁶⁾. Mesmo quando não revelam o abuso sexual sofrido, as vítimas podem procurar os serviços de saúde por problemas comportamentais tão diversos como comportamento erótico inapropriado para a idade, regressão de comportamento, masturbação compulsiva, baixo rendimento escolar, curiosidade sexual excessiva, insegurança, abuso sexual de outras crianças, distúrbios do sono, conhecimento inadequado de comportamento sexual adulto e distúrbios alimentares^(66,67). As consequências, algumas delas mais tardias, podem envolver também fobias, depressão, transtorno de stress pós traumático, baixa autoestima, ideação suicida (especialmente em portadores de transtorno de personalidade borderline)⁽⁶⁸⁾, problemas na interação social, abuso de drogas, promiscuidade e prostituição^(50,69). Esta diversidade de potenciais consequências demandam especialmente dos profissionais de saúde mental que também estejam familiarizados com estes problemas e com as abordagens mais indicadas, além de fatores que podem favorecer a resiliência das vítimas.

Atualmente, a rede de atenção integral às vítimas de violência sexual vem se consolidando no Brasil e garantindo o acesso aos serviços especializados para crianças e adolescentes. Desde 2002, o Projeto Sentinela tem criado Serviços e Centros de Referência nas capitais e grandes cidades com ênfase no suporte psicossocial, educacional e jurídico das vítimas e familiares. Também coordena o encaminhamento das crianças, adolescentes e suas famílias para projetos e programas desenvolvidos no município por instituições públicas e privadas^(29,70). Algumas cidades já contam também com centros voltados para o atendimento

integral de saúde das vítimas de violência, a exemplo do Projeto Viver em Salvador, criado pela Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia e que funciona no mesmo prédio do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues.

Do ponto de vista legal, a avaliação multidisciplinar para as vítimas de abuso sexual passou a ser regulamentada por uma série de dispositivos legais recentemente editados no Brasil.

Em 2013, o Decreto nº 7.958⁽⁷¹⁾ define diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, e as competências do Ministério da Justiça e da Saúde para sua implementação. A grande novidade deste decreto incluiu a possibilidade de coleta de vestígios de abuso sexual nas vítimas no atendimento pelos profissionais da rede do SUS para posterior encaminhamento à perícia oficial, assegurada a cadeia de custódia, com a cópia do Termo de Consentimento Informado.

Ainda em 2013, a Lei nº 12.845⁽⁷²⁾ dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual: “Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar”. Ressalta que cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor.

Em 2014. A Portaria nº 485⁽⁷³⁾ redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS. Esta portaria define que os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em situação de violência sexual poderão ser organizados em hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, unidades de pronto atendimento e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares. Prevê também que “sem prejuízo da atuação do Instituto Médico Legal (IML), os estabelecimentos de saúde poderão realizar, no âmbito dos serviços de referência, a coleta, guarda provisória, preservação e entrega de material com vestígios de violência sexual, conforme o disposto no Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013”⁽⁷¹⁾.

E em 2015, a Portaria interministerial nº 288⁽⁷⁴⁾ estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do SUS quanto à humanização do atendimento

e ao registro de informações e coleta de vestígios. Esta portaria possibilita implementar, em âmbito nacional, o registro de informações e a coleta de vestígios durante o atendimento prestado em hospitais do SUS, às pessoas em situação de violência sexual evitando a que a mulher passe duas vezes pelo mesmo processo. Os serviços de saúde não substituem as funções e atribuições da segurança pública, como a medicina legal, já que ambos devem atuar de forma complementar e integrada. O registro de informações e a coleta de vestígios poderão ser encaminhados, quando requisitados, à autoridade policial. Por se tratar de legislação recente é de se esperar uma mudança gradativa em todo o país da antiga visão com foco prioritário médico legal para uma abordagem centrada nas necessidades das vítimas.

Apesar do avanço recente na legislação ainda carecemos de normas voltadas especificamente para as necessidades das crianças. Abuso sexual infantil difere bastante da violência sexual envolvendo adultos e adolescentes, pois muitos casos não envolvem penetração⁽⁷⁵⁾ e a revelação costuma ser tardia tornando improvável a obtenção de vestígios do corpo da vítima⁽⁵⁰⁾. A janela de positividade de vestígios na criança é menor que no adulto⁽⁴⁹⁾, a necessidade de coleta de exames para detecção de doença sexualmente transmissível deve ser decidida caso a caso, e a coleta de espermatozoides em canal vaginal está poucas vezes indicada⁽⁷⁶⁾.

Há poucos estudos no Brasil sobre abuso sexual contra a criança coletados de fontes policiais^(16,17,18) e ainda há carência de dados sobre as características desta população em nosso meio. Estes estudos poderão ser úteis para a elaboração de diretrizes para a avaliação multidisciplinar dirigida para as peculiaridades das vítimas infantis. Estudos realizados em institutos médico legais podem também fornecer dados para prever quando a avaliação médico-forense tenha maior chance de comprovação material, e reduzir o risco de revitimização relacionado a exames desnecessários.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo retrospectivo com delineamento transversal.

4.2 População

4.2.1 População Alvo

Crianças menores de 12 anos com suspeita de serem vítimas de abuso sexual.

4.2.2 População acessível

Crianças que foram submetidas a perícia de sexologia forense (exame de corpo de delito) no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

4.3.1 Critérios de inclusão:

- a) Idade: menores de 12 anos;
- b) Tipo de perícia: perícias de sexologia forense;
- c) Período: 2005 a 2010.

4.3.2 Critérios de exclusão:

Foram incluídos todos os casos no período considerado.

4.4 Amostragem

A amostragem consistiu de uma amostra de conveniência que incluiu os laudos consecutivos das perícias de sexologia em crianças menores de 12 anos, realizadas por médicos legistas no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues no período de 01 de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2010.

4.5 Campo do estudo

O estudo foi realizado no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR), órgão vinculado ao Departamento de Polícia Técnica da Secretaria de Segurança Pública da Bahia, localizado na Avenida Centenário, 990 – Garcia, Salvador – Bahia.

O IMLNR é o local para onde são encaminhadas todas as crianças sob investigação policial de serem vítimas de abuso sexual na Região Metropolitana de Salvador.

A Região Metropolitana de Salvador, conhecida como "Grande Salvador" (Figura 1), é constituída por 13 municípios: Camaçari, Candeias, Dias d'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, Salvador, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz e conta com 3.574.804 habitantes⁽⁷⁷⁾.

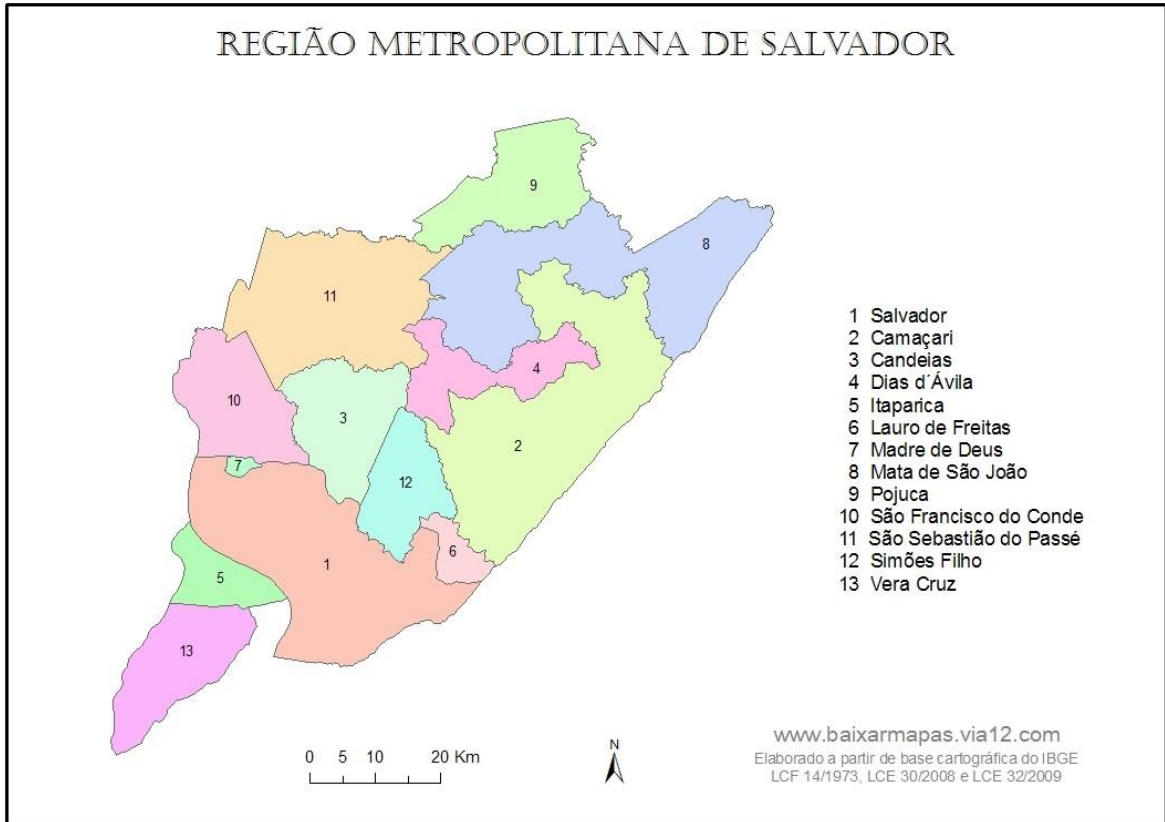


Figura 1

As perícias de sexologia são realizadas por médicos legistas de plantão na Instituição e envolvem entrevistas com a vítima e ou familiares, exame físico e coleta de exames laboratoriais (Teste de gravidez por pesquisa de beta HCG [Hormônio gonadotrofina coriônica], pesquisa de espermatozoides por exame microscópico e pesquisa de antígeno prostático específico para identificar sêmen) de acordo com os achados periciais. Embora as entrevistas façam parte das perícias, as conclusões dos médicos legistas se atêm aos achados objetivos uma vez que na doutrina médico-legal prevalece o entendimento de que o objetivo das perícias na esfera penal é descrever o que pode ser observável seguindo o princípio “*Visum et repertum*”, e extrair daí as conclusões⁽⁴³⁾.

No prédio do IMLNR, desde o ano de 2001 foi instalado o Projeto Viver – Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual. O Projeto Viver é vinculado à Secretaria da Segurança Pública da Bahia, e dispõe de equipe multidisciplinar incluindo profissionais de saúde da SESAB, para a fase de atendimento assistencial às necessidades das vítimas. No projeto as pessoas são atendidas primeiro no serviço social para diagnóstico das suas necessidades, e em seguida há encaminhamento ao psicólogo, setor jurídico e serviço médico⁽⁷⁸⁾.

O exame de corpo de delito e a avaliação com finalidade de assistência às vítimas realizadas no Projeto Viver ainda são feitas em salas e momentos diferentes, e os dois tipos de avaliação são independentes.

As crianças com suspeita de abuso sexual são encaminhadas inicialmente para exame de corpo de delito realizado pelo médico legista através de uma guia policial assinada por um delegado de polícia ou ofício do ministério público ou Juiz. Após o término do exame de corpo de delito, todos os casos são encaminhados ao serviço do VIVER para atendimento assistencial da equipe de saúde e assistência social.

4.6 Variáveis do estudo

As variáveis foram coletados do laudo pericial de exame de corpo de delito feito pelo médico legista. Não foram coletados dados das entrevistas e avaliações realizadas pela equipe assistencial (assistente social, psicólogo, setor jurídico e serviço médico) do Projeto Viver. As variáveis estudadas incluíram os seguintes grupos: *Dados demográficos da criança* (sexo, idade, naturalidade e município de residência); data da perícia; *Dados do histórico da perícia* (Motivo da perícia; Presença de relato de abuso sexual no histórico; Fonte do relato de abuso [relato da criança, relato de um familiar, denúncia anônima, flagrante]; Acompanhante entrevistado pelo perito; Presença de entrevista com a criança; Presença no laudo de descrição das próprias palavras usadas pela criança (entre aspas); Intervalo entre o abuso relatado e a perícia; e Relato de recorrência; *Características do alegado agressor* (Número de agressores, Sexo, e Tipo de vínculo entre o agressor e a criança); *Alterações ano-genitais encontradas no exame pericial* (Presença de alterações himenais, genitais, anais e perineais; Localização; Padrão das lesões; Presença de sinais de recenticidade); *Achados laboratoriais* (Pesquisa de espermatozoides; Pesquisa de antígeno prostático específico, e Pesquisa de beta- HCG [hormônio gonadotrofina coriônica]); *Conclusão da perícia e Critério principal considerado pelo médico legista para a confirmação de abuso sexual.*

4.7 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados consistiu de uma ficha para preenchimento de dados padronizada e desenvolvida para esta investigação (Anexo 1).

4.7.1 Etapas da elaboração da ficha de dados

A primeira versão da ficha de dados foi elaborada com base na revisão da literatura, e exame de laudos de exame de corpo de delito da base de dados de acordo com os objetivos do estudo. Foi realizado um teste piloto em 20 laudos com os objetivos de:

- a) Detectar frases e termos dúbios na ficha de dados;
- b) Examinar a uniformidade das respostas com os 4 sujeitos que iriam fazer a coleta;
- c) Refinar a clareza e adequação do instrumento à base de dados.
- d) Estimar o tempo de duração da coleta para cada questionário;
- e) Treinamento da equipe de coleta;
- f) Detectar problemas práticos do processo de coleta e listagem das dificuldades encontradas.

A ficha foi então revisada, e desta segunda versão foi elaborada a matriz da base de dados utilizando o pacote estatístico SPSS, usando a mesma ordem e códigos constantes na ficha de dados. Para melhor compatibilidade com a matriz do SPSS, a segunda versão da ficha sofreu algumas modificações chegando ao instrumento de coleta final. Um manual de operações foi elaborado com informações adicionais para preenchimento da ficha com base na lista de dificuldades para ser utilizado durante a coleta.

4.7.2 Estratégia da coleta e digitação de dados

A coleta foi feita por busca ativa nos laudos de exame de corpo de delito do Arquivo do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues por quatro indivíduos treinados. Cada ficha de dados preenchida foi confrontada com o laudo eletrônico para verificar erros de preenchimento por um revisor.

Os dados foram digitados em uma matriz no SPSS por quatro digitadores treinados. Um revisor fez a busca de erros de digitação em todos os dados.

4.8 Análise estatística

4.8.1 Objetivo principal

Foi feita descrição univariada dos dados por cálculo das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e para as variáveis numéricas calculou-se medidas de tendência central e de dispersão (medias e desvio padrão para as variáveis com distribuição normal e medianas e intervalo interquartil para as variáveis de distribuição não normal).

4.8.1 Objetivo secundário

Além da descrição univariada dos dados, foi feito também uma análise exploratória que consistiu inicialmente de análise bivariada com o teste qui-quadrado para identificar potenciais fatores associados à variável critério (confirmação de abuso sexual, codificada como [0] para os casos não confirmados e [1] para os casos em que o médico legista confirmou abuso sexual através de achado material na conclusão do laudo). As variáveis independentes incluíram dados demográficos da criança (sexo, idade, naturalidade e município de residência); Fonte do relato de abuso ([0] quando o acompanhante informou ao médico legista um relato de abuso sexual feito pela criança antes da perícia, [1] quando a criança relatou o abuso sexual durante a entrevista com o perito e [2] quando um familiar declarou que o abuso sexual foi descoberto em flagrante por alguém; Forma de abuso relatada ([0] sem relato de penetração, [1] com relato de penetração digital ou peniana [anal ou genital]); Intervalo entre o abuso relatado e a perícia ([0] mais de 15 dias, [1] até 24 horas, [2] mais de 24 até 72 horas, [3] de 3 a 7 dias, [4] de 8 a 15 dias). Sexo do agressor; Vínculo de parentesco do agressor com a criança ([0] não, [1] sim). Todas as variáveis com significância menor que 0,20 na análise bivariada foram incluídas em um modelo multivariado através de regressão de Poisson com variância robusta⁽⁷⁹⁾. Como medida de efeito foi utilizada a razão de prevalência (com intervalo de confiança de 95%), estimados pelo método de Wald, para identificação das variáveis associadas à confirmação de abuso sexual, ajustando-se concomitantemente o efeito de cada variável pelas demais incluídas no modelo. Foram retiradas manualmente uma a uma as variáveis com valor de $p > 0,05$ e foram

mantidas no modelo final as variáveis com valor de p menor que 0,05. Após definição do modelo final, foi verificado ajustamento do modelo pelo Qui-Quadrado de Pearson no Goodness of Fit e utilizou-se o Omnibus Test para verificar a significância estatística do modelo.

Para a estruturação do banco de dados e todas as análises foi empregado o programa SPSS (Statistical Package for Social Science) v. 17.0 para Windows⁽⁸⁰⁾

4.9 Considerações éticas

Este estudo foi autorizado pela Coordenação de Pesquisa do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, Instituição que detém a curatela dos dados (Anexo II), e foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em 29/07/2010 sob o protocolo nº 0682010 (Anexo III).

4.9.1 Garantia de Privacidade dos dados

Não foram colhidos dados de identificação dos indivíduos pesquisados.

4.9.2 Medidas para controle de Riscos

Os riscos foram insignificantes em virtude dos seguintes aspectos:

- a) O desenho envolveu coleta de dados secundários;
- b) A coleta de dados nos laudos originais foi feita inteiramente no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR) por funcionários do Arquivo;
- c) Os questionários permanecerão guardados nas dependências do IMLNR por cinco anos após a conclusão do estudo, e o único dado identificador de cada caso é o nº do Registro do IMLNR;
- d) Na Matriz de dados gerada no pacote Estatístico SPSS, cada caso é identificado com um nº e só um funcionário da Instituição (o pesquisador) tem acesso à lista de correspondência entre o nº identificador no SPSS e o Registro da criança. Esta lista está guardada em mídias no IMLNR.

4.9.3 Contrapartida para a Instituição que abrigou a pesquisa

Durante o desenvolvimento deste Projeto o pesquisador participou como palestrante do Seminário “Perícia de crimes contra a liberdade sexual” realizado no IMLNR; contribuiu como preceptor do programa de Extensão Acadêmica em Medicina Legal promovido pela Instituição; ministrou palestras de atualização em Sexologia Forense para os peritos médicos do IMLNR; ministrou a disciplina de Sexologia Forense II para o curso de formação realizado em 2015 no IMLNR para os novos peritos médicos legislas concursados pela Secretaria de Segurança Pública da Bahia, difundindo as informações relevantes da revisão bibliográfica que embasou esta Tese; e faz parte da comissão designada pelo diretor da Instituição (IMLNR) para elaboração de diretriz para a rotina dos exames de sexologia forense para ser adotada pelos peritos medico-legistas no estado da Bahia.

5 ÍNDICE DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

Objetivo Principal

Artigo 1 - Características de los menores de 12 años con examen médico forense por sospecha de abuso sexual en Salvador, Brasil. Rev Española Med Leg 2016;42:55–61.

Apresenta a descrição geral da população de crianças submetidas a exame de corpo de delito por suspeita de abuso sexual no IMLNR.

Artigo 2 - Characteristics of children with suspicion of child sexual abuse confirmed by forensic examination. Manuscrito submetido à revista The American Journal of Forensic Medicine and Pathology.

Apresenta a descrição de particularidades do grupo de crianças com abuso sexual confirmado através de prova material pelo exame médico legal.

Artigo 3 - Lesões anogenitais atribuídas a acidente em crianças sob investigação de abuso sexual. In press. Aceito para publicação na revista Pediatria Moderna.

Apresenta a descrição de particularidades do grupo de crianças com lesões anogenitais em que havia um relato de trauma acidental como causa das lesões.

Objetivo Secundário

Artigo 4 - Factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations. In Press. Aceito para publicação na revista Ciência & Saúde Coletiva. Prévia do artigo impresso disponível em versão eletrônica no site da Revista.

(http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15637)

Apresenta uma análise exploratória de potenciais fatores associados à confirmação material de abuso sexual pelo exame médico legal.

Objetivo Principal

5.1 Artigo 1 - Características de los menores de 12 años con examen médico forense por sospecha de abuso sexual en Salvador, Brasil

Apresenta a descrição geral da população de crianças submetidas a exame de corpo de delito por suspeita de abuso sexual no IMLNR.



ORIGINAL

Características de los menores de 12 años con examen médico forense por sospecha de abuso sexual en Salvador, Brasil



Wellington dos Santos Silva^{a,b,c,*} y Ubirajara de Oliveira Barroso-Júnior^{a,c}

^a Departamento de Postgraduación en Medicina y Salud, Escuela Bahiana de Medicina y Salud Pública, Salvador, Brasil

^b Servicio de Clínica Médico-Forense, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, Salvador, Brasil

^c Departamento de Pediatría, CPPHO, Universidad Federal de Bahía, Salvador, Brasil

Recibido el 19 de marzo de 2015; aceptado el 25 de junio de 2015

Disponible en Internet el 4 de agosto de 2015

PALABRAS CLAVE

Abuso sexual infantil;
Violación;
Delitos sexuales;
Medicina forense

Resumen

Objetivo: Describir las características demográficas y clínicas de la población de menores de 12 años sometidos a pericia de sexología forense y la proporción de los casos confirmados de abuso sexual por prueba material.

Material y métodos: El diseño fue un estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron todos los informes de examen de sexología forense por sospecha de abuso sexual en menores de 12 años, que fueron realizados por el instituto médico-forense de Salvador, Brasil, en el periodo de 2005-2010.

Resultados: En el periodo estudiado, 2.802 menores de 12 años fueron sometidos a examen de sexología forense por sospecha de abuso sexual. La edad media fue de 6,6 años (DT 3,09). Del total de menores examinados, 78,4% eran niñas. En cuanto al motivo de la pericia, en el 84,9% de los casos hubo en la historia clínica un relato de abuso sexual. En el 67,0% de los menores examinados no fue detectada ninguna alteración en el examen físico. La proporción de casos confirmados de abuso sexual por prueba material fue de 8,9% (248 casos).

Conclusiones: Ante el consenso en la literatura de la pequeña proporción de falsos relatos de abuso sexual efectuados por menores, los datos encontrados en este estudio resaltan la baja sensibilidad del examen del cuerpo del delito para la confirmación de abuso sexual por prueba material y la necesidad de que esto sea comprendido por todos aquellos a quienes se destinan los informes de dichos exámenes.

© 2015 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pacppho@gmail.com (W. dos Santos Silva).

KEYWORDS

Child abuse, sexual;
Rape;
Sex offences;
Forensic medicine

Characteristics of children under 12 years subjected to forensic examination on suspicion of child sexual abuse in Salvador Brazil
Abstract

Objective: To describe the demographic and clinical characteristics of a population of children under 12 years submitted to forensic sexual examination and the proportion of confirmed cases of sex abuse by material evidence.

Material and Methods: A retrospective descriptive study was conducted by reviewing all examination reports of forensic sexology for suspicion of child sexual abuse carried out at the forensic institute of Salvador, Brazil, between 2005 and 2010.

Results: During the study period, 2802 children under 12 years with suspicion of sexual abuse were submitted for forensic examination. The mean age was 6.6 years (SD 3.09), and 78.4% were female. In 84.9% of the cases, examination was required based on previous allegations of sexual abuse. The physical examination showed no alteration in 67.0% of the children investigated. The proportion of confirmed cases of sexual abuse by material evidence was 8.9% (248 cases).

Conclusion: In view of the consensus of the low proportion of false allegation of sexual abuse made by children found in the specialised literature, the data obtained in this study emphasize the low sensitivity of the forensic examination for the confirmation of sexual abuse by material evidence, as well as the need for the comprehension of this fact by all those to whom these examinations are intended.

© 2015 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El abuso sexual infantil puede ser entendido como experiencias sexuales con o sin contacto entre un menor y otra persona, por lo menos, 5 años mayor; o experiencias sexuales involucrando a un menor resultantes de coerción, independientemente de la edad del agresor¹.

Estudios de varios países² muestran que el abuso sexual infantil es un importante problema mundial de salud pública. Un metaanálisis³ que incluye datos de 22 países estimó que el 7,9% de los hombres y el 19,7% de las mujeres sufrieron alguna forma de abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad. En otro metaanálisis que incluye 217 publicaciones⁴, la prevalencia encontrada de abuso sexual infantil basado en autoinformes fue del 18,0% para el sexo femenino y del 7,6% para el sexo masculino.

Para la comprensión global de este problema se necesitan estudios de varias fuentes de datos, incluyendo los estudios poblacionales, y los estudios de casos en hospitales, institutos médico-forenses y agencias de protección al menor.

La investigación sobre el abuso sexual infantil con base poblacional ha sido realizada a través de cuestionarios realizados en adolescentes y adultos varios años después de los hechos. A pesar de contar con la ventaja de proveer datos de incidencia y prevalencia, quedan muchas variables que no pueden ser evaluadas y hay cuestiones éticas implicadas que dificultan su realización en muchos contextos⁵. Los estudios realizados en hospitales, institutos médico-forenses y agencias de protección al menor, posibilitan el estudio de casos recientes y la obtención de un conjunto diferenciado de variables, resultando, por tanto, complementarios de los estudios poblacionales.

En el Código Penal Brasileño⁶, hasta el año 2009 estaban previstos 2 tipos de delitos de violencia sexual: la violación y el atentado violento al pudor. Se consideraba la violación como el acto de «constreñir a la mujer al acceso carnal no consentido, mediante violencia o grave amenaza». El atentado violento al pudor era definido como «constreñir a alguien, mediante violencia o grave amenaza, a practicar o permitir que con él se practique acto libidinoso distinto al acceso carnal consentido». Con la sanción de la Ley n.º 12.015, de 7 de agosto de 2009⁷, el concepto de «atentado violento al pudor» fue retirado y los tipos de actos antes así clasificados pasaron a ser considerados como violación. Fue también creado el tipo penal «violación de vulnerable» definido como «tener conjunción carnal o practicar otro acto libidinoso con menor de 14 años» sustituyendo el concepto de «presunción de violencia» que existía para menores de 14 años.

El Estatuto del Niño y del Adolescente⁸, vigente en Brasil desde 1990, prevé que los casos de sospecha o confirmación de malos tratos contra niños o adolescentes sean obligatoriamente comunicados al Consejo Tutelar de la respectiva localidad, sin perjuicio de otras providencias legales. Esta ley considera niños a los menores de 12 años y adolescentes a aquellos con edad mayor o igual a 12 años y menor de 18. El Consejo Tutelar es el órgano permanente y autónomo, encargado de velar por el cumplimiento de los derechos del niño y del adolescente. Según el Estatuto del Niño y del Adolescente no hay impedimento para que las víctimas de abuso sexual puedan ser encaminadas por el Consejo Tutelar directamente a los servicios existentes de atención multidisciplinaria sin previo examen médico forense. Sin embargo, en la práctica, la mayoría de los casos sospechosos de abuso sexual infantil que llegan a las autoridades competentes son

encaminados a los institutos médico-forenses para examen del cuerpo del delito por la posibilidad de detección de vestigios forenses aun cuando se trate de relato de abuso antiguo. Además de la cultura todavía vigente de tratar los casos de abuso infantil con el modelo de casos de adulto, concurre a esta práctica el hecho de que la red de asistencia multidisciplinaria a las víctimas aún esté consolidándose en el país y esté presente apenas en las grandes ciudades. Los exámenes del cuerpo del delito están previstos por el Código de Proceso Penal Brasileño⁹, Ley 003.689 de 1941, en su Artículo 158: «Cuando la infracción deje vestigios, será indispensable el examen del cuerpo de delito, directo o indirecto, no pudiendo suplirlo la confesión del acusado».

En Brasil, la medicina forense está vinculada a la policía judicial en la mayoría de los estados de la federación. La policía judicial tiene como función principal depurar los ilícitos penales y su autoría por medio de la investigación policial presidida de forma independiente por el comisario de policía, y encaminada al Poder Judicial tras la conclusión.

La Organización Mundial de la Salud ha alertado que la carencia de datos dificulta responder de forma eficaz a los malos tratos contra el menor y resalta la necesidad de cuantificar y monitorear la dimensión del problema a nivel local, regional y nacional⁵.

Hay pocos estudios en Brasil sobre abuso sexual contra el menor recolectados de fuentes policiales¹⁰⁻¹³, y todavía se carece de datos relativos a las características de esta población en nuestro medio.

El objetivo de este trabajo es describir las características demográficas y clínicas de la población de menores de 12 años sometidos a examen del cuerpo del delito por sospecha de abuso sexual, y mostrar la proporción de casos confirmados por el médico forense.

Material y métodos

El diseño fue un estudio descriptivo retrospectivo.

Muestra

La población estudiada fueron los menores de 12 años encaminados para examen del cuerpo del delito en el Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR). El muestreo incluyó todos los informes de examen del cuerpo del delito consecutivos que atendieron a los criterios de elegibilidad: (1) pericia de sexología forense por sospecha de abuso sexual; (2) edad menor de 12 años. Esta franja etaria coincide con la adoptada por el concepto jurídico de niño vigente en Brasil establecido por el Estatuto del Niño y del Adolescente.

El IMLNR es el lugar de referencia para todos los exámenes del cuerpo del delito de la Región Metropolitana de Salvador, incluyendo las pericias de sexología forense. La Región Metropolitana de Salvador está compuesta de 13 municipios y en el censo de 2010¹⁴ poseía 3.574.804 habitantes.

Instrumentos

El instrumento de recolección de datos fue una ficha estandarizada desarrollada para esta investigación. Se recogieron

en los informes periciales los siguientes datos de los menores presuntas víctimas de abuso sexual: fecha de la pericia, lugar de nacimiento, municipio de residencia, motivo de la pericia, presencia o no de relato de abuso sexual en el historial, acompañante que contó la historia, presencia o no de entrevista con la víctima, presencia en el informe de descripción de palabras usadas por el menor durante la entrevista, sexo del menor, edad, datos del agresor (número, sexo, tipo de vínculo con el menor), y conclusión pericial. La variable conclusión pericial fue clasificada en 6 categorías: 1- casos con ausencia de alteraciones en el examen físico; 2- presencia de hallazgos en el examen físico clasificados como inespecíficos por el médico forense; 3- casos de abuso sexual confirmados por el médico forense; 4- casos de relato de trauma ano-genital accidental en los cuales el médico forense no encontró indicios de abuso sexual; 5- casos de enfermedad confundida con abuso sexual; 6- otros.

Procedimientos

Los datos fueron extraídos de los informes de examen de sexología forense por sospecha de abuso sexual realizados en menores de 12 años en el IMLNR, en el periodo de 1 de enero de 2005 a 31 de diciembre de 2010.

Las pericias de sexología las realizan los médicos forenses de turno en la Institución y se componen de entrevistas con la víctima y/o familiares, examen físico y recolección de exámenes de laboratorio (prueba de gravidez por búsqueda de la hormona gonadotropina coriónica, búsqueda de espermatozoides con examen microscópico y búsqueda de antígeno prostático específico como indicador de semen) de acuerdo con los hallazgos periciales. Aunque las entrevistas formen parte de las pericias, las conclusiones de los médicos forenses se atienen a los hallazgos materiales encontrados una vez que en la doctrina médico-forense prevalece el entendimiento de que el objetivo de las pericias en la esfera penal es describir lo que puede ser observable siguiendo el principio *visum et repertum*, y extraer de ahí las conclusiones¹⁵.

Por motivos éticos, no fueron recogidos datos de identificación para preservar la privacidad de las víctimas y evitar la interferencia en la investigación policial. El análisis estadístico utilizó el programa SPSS v. 14.0 para Windows¹⁶ e incluyó la descripción de frecuencias absolutas y relativas para las variables categorizadas; frecuencias, medias o medianas y desviación típica o rango intercuartil (RIQ) 25-75%, para las variables numéricas. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela Bahiana de Medicina y Salud Pública bajo el protocolo 068/10 y la recolección de datos fue autorizada por el IMLNR.

Resultados

Fueron examinados 2.802 menores de 12 años por sospecha de abuso sexual en el IMLNR de enero de 2005 a diciembre de 2010. La media de edad fue de 6,5 años (DT 3,09) variando desde la edad de 19 días hasta los 11 años.

La tabla 1 presenta las características demográficas de la población estudiada. Hubo predominio de niñas (78,4%), y la mayoría procedía del municipio de Salvador (75,0%).

Tabla 1 Menores de 12 años examinados en el IMLNR* por sospecha de abuso sexual: datos demográficos. Región Metropolitana de Salvador, Brasil, 2005-2010. (n = 2802)

VARIABLES	n	%
<i>Pericias por año</i>		
2005	443	15,8
2006	388	13,8
2007	378	13,5
2008	494	17,6
2009	533	19,0
2010	566	20,2
<i>Franja etaria</i>		
Lactante (< 2 años)	149	5,3
Preescolar (2-5 años)	927	33,1
Escolar (6-9 años)	1.085	38,7
Preadolescente (10-11 años)	641	22,9
<i>Sexo</i>		
Masculino	606	21,6
Femenino	2.196	78,4
<i>Natural de</i>		
Salvador	2.006	71,6
Otra ciudad	768	27,4
Sin información	28	1,1
<i>Procedencia</i>		
Salvador	2.101	75,0
Otro municipio de la RMS**	656	23,5
Sin información	45	1,6

IMLNR: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues; RMS: Región Metropolitana de Salvador.

En cuanto al motivo de la pericia (tabla 2), en 2.380 casos (84,9%) apareció un relato de abuso sexual. En 410 casos (14,6%) no apareció en el historial un relato de abuso sexual, siendo el examen pericial motivado por la presencia de alguna alteración en la región ano-genital del menor.

En el grupo que presentó relato de abuso sexual en la entrevista, en 1.530 casos (64,3%) el menor ya había relatado a alguien el abuso sufrido y volvió a hacerlo durante la entrevista del médico forense; en 611 casos (25,7%), fue el acompañante quien le informó al forense del relato de abuso hecho por el menor antes de la pericia; en 118 casos (4,9%) hubo relatos de que el abuso sexual fue descubierto *in fraganti* por alguien; y en otros 121 casos (5,0%) el motivo de la pericia fue una denuncia anónima.

En la población estudiada, el menor fue entrevistado en el 60,0% de los casos (1.681), y en el 33,0% de los entrevistados (555) el relato fue descrito en el informe pericial con las palabras del menor. El acompañante entrevistado fue la madre en el 55,5% de los casos, el padre en el 5,5% y en el 23,6% no había informaciones sobre el acompañante, considerando solamente relato de la entrevista realizada al menor.

En cuanto a las características del agresor, el 93,5% fue del sexo masculino; el 89,2% era único; el 50,2% tenía algún parentesco con el menor; y el 8,8% no era conocido por la víctima.

Tabla 2 Datos del historial de la pericia

VARIABLES	n	%
<i>Motivo de la pericia</i>		
Relato de abuso sexual	2.380	84,9
Alteración ano-genital sin relato de abuso	410	14,6
Otros	12	0,4
<i>Tipo de relato de abuso sexual</i>		
Relato de <i>in fraganti</i>	118	4,9
Relato de abuso hecho por el niño durante la entrevista	1.530	64,3
Relato de abuso realizado por familiar durante la entrevista	611	25,7
Denuncia anónima	121	5,0
<i>Acompañante entrevistado</i>		
Madre	1.555	55,5
Padre	154	5,5
El propio niño	661	23,6
Otro pariente	255	9,1
Consejero tutelar/comisario de menor	84	3,0
Otros	31	1,1
Sin información	62	2,2
<i>Entrevista con el niño</i>		
Sí	1.681	60,0
No	1.085	38,7
Sin información	36	1,3
<i>Uso de las palabras del niño</i>		
Sí	555	33,0
No	1.126	67,0
<i>Relato de abuso sexual recurrente</i>		
Sí	664	27,9
No	662	27,8
Sin información	1.054	44,3
<i>Características del agresor</i>		
<i>Número de agresores</i>		
Único	2.124	89,2
Múltiple	155	6,5
Sin información	101	4,2
<i>Sexo del agresor</i>		
Masculino	2.226	93,5
Femenino	53	2,2
Sin información	101	4,2

Tabla 2 (continuación)

Variabes	n	%
<i>Parentesco con el niño</i>		
Sí	1.195	50,2
No	1.045	43,9
Sin información	140	5,9
<i>Tipo de parentesco</i>		
Padre	334	27,9
Padrastro	295	24,7
Tío	227	19,0
Primo	154	12,9
Hermano	54	4,5
Abuelo	57	4,8
Otros	74	6,2
<i>Sin parentesco</i>		
«Conocido»	576	55,1
Vecino	282	27,0
Desconocido	92	8,8
«Novio»	19	1,8
Amigo	17	1,6
Otros	59	5,6

El intervalo entre el último episodio de abuso sexual relatado y la pericia tuvo una mediana de 96 horas (RIQ 24–432) entre los casos con relato positivo de abuso sexual.

En relación con la conclusión del informe pericial (tabla 3), fueron encontrados 248 casos confirmados de abuso sexual por prueba material, correspondiendo al 8,9% de la población estudiada. En 1.877 casos, el 67,0% de los menores examinados, no se detectó ninguna alteración en el examen físico ni cualquier otro vestigio de abuso sexual. En 601 casos (21,4%) fueron encontradas alteraciones inespecíficas en la región genital o anal, que eran insuficientes para confirmar abuso sexual. Hubo 31 casos (1,1%) en los que el perito médico forense identificó en la conclusión del informe pericial una enfermedad o variación anatómica como la causa de la alteración ano-genital que motivó la pericia. Se trataba de casos sin relato de abuso sexual en el historial y que fueron encaminados a la pericia en virtud de la alteración ano-genital encontrada. Hubo 39 casos (1,4%) de menores con historia de accidente (lesión por posición a horcajadas y otros accidentes), que no presentaron vestigios materiales de abuso sexual.

Tabla 3 Conclusión del informe pericial

Variabes	n	%
Casos confirmados de abuso sexual por prueba material	248	8,9
Casos de vestigio inespecífico	601	21,4
Ausencia de vestigios al examen físico	1.877	67,0
Relato de accidente sin vestigios de abuso sexual	39	1,4
Enfermedad confundida con abuso sexual	31	1,1
Otros	6	0,2

Discusión

En la población que estudiamos, la mayoría de los menores presentaron un relato de abuso sexual. La revelación de abuso sexual puede tener efectos devastadores sobre el núcleo familiar y por eso ha sido relatado que hay una especie de «pacto de silencio» entre las víctimas y los agresores¹⁷. Son varias las razones que sostienen este pacto de silencio y dificultan la revelación de abuso sexual por parte de las víctimas. Además de las amenazas que muchas víctimas sufren de sus agresores, la revelación de abuso puede ser extremadamente estresante para un menor. Muchos casos de abuso sexual son cometidos por padres o padrastros y la revelación puede implicar la prisión de un miembro de la familia con quien se tienen fuertes vínculos afectivos y que puede ser el soporte financiero del grupo familiar¹⁷. Así, los casos que relataron abuso sexual en la población ahora estudiada representan a aquellos que rompieron ese pacto de silencio y pudieron ser atendidos por las autoridades policiales. Se estima, a través de estudios realizados con cuestionarios aplicados en adultos, que más del 80% de las víctimas de abuso sexual infantil nunca revelan el hecho¹⁸, y los datos recogidos por los servicios de protección al menor corresponden a menos del 10% del total de casos de abuso sexual infantil¹⁹.

El crecimiento del número de pericias por sospecha de abuso sexual en menores durante el período estudiado puede haber sido resultante tanto del aumento de la población que pasó de 3.021.572 a 3.573.973 entre 2000-2010 con un incremento del 18,3%¹⁴, como por el impacto de campañas de concienciación acerca del abuso sexual infantil.

La media de edad de las presuntas víctimas de abusos sexuales fue de 6,5 años. Considerando que las habilidades verbales son requisitos importantes para que el menor pueda compartir con alguien un relato de abuso sexual, aquellos de la fase preverbal pueden haber sido menos representados en la población investigada.

La proporción encontrada de 78,4% para el sexo femenino entre los menores examinados por sospecha de abuso sexual está de acuerdo con los datos de la literatura^{12,13}, aunque también se ha relatado que los niños son menos propensos a revelar abuso sexual¹⁷.

Hubo un predominio de menores procedentes del municipio de Salvador (75,0%) y esto refleja el peso de este municipio, que en el censo del IBGE de 2010 concentraba 74,8% de toda la población de la región metropolitana¹⁴. La entrevista con el menor formó parte del examen en el 60,0% de los casos y, en la mayor parte de las pericias, las palabras del menor no fueron transcritas en el informe pericial. Este dato puede estar relacionado a la prioridad que se da, en las pericias de la esfera penal, a los datos objetivos del examen físico¹⁵.

Entre los agresores que no poseían vínculo de parentesco con el menor, la proporción de desconocidos fue del 8,8% (92) lo que refuerza los datos ya referidos en la literatura de que los familiares y amigos de la familia son la mayor fuente de abuso sexual infantil^{12,17}.

El intervalo entre el hecho y la pericia tuvo una mediana de 96 horas, entre aquellos que pudieron informar la fecha del abuso, y apenas el 25,0% de los casos fue examinado antes de transcurridas 24 horas. A diferencia de los menores víctimas de trauma genital accidental, en que la mayoría es

examinada antes de transcurridas 24 h, las víctimas de abuso sexual suelen revelarlo más tardíamente, disminuyendo la probabilidad de constatación de eventuales lesiones y recolección de vestigios forenses que puedan haber existido²⁰.

Un hallazgo relevante en este estudio fue la elevada proporción de casos con relato de abuso sexual que no presentaron ninguna alteración en el examen físico. La ausencia de hallazgos en un menor que relata abuso sexual puede tener varios motivos. Es importante considerar en primer lugar que el abuso sexual contra un menor incluye formas sin penetración, tales como caricias y roce en zonas erógenas, y otras formas de abuso que no incluyen contacto físico. Se comprende que es típico del abusador practicar actos libidinosos que no implican trauma por el recelo de dejar de tener acceso a la víctima²¹. En segundo lugar, aun para las formas de abuso que incluyen penetración, o formas de roce con eyaculación, la posibilidad de detección del material biológico del abusador en el cuerpo de la víctima puede verse imposibilitada a causa del corto intervalo de tiempo en que se mantienen estos vestigios²². En tercer lugar, cuando hay lesiones genitales o anales, los estudios han demostrado que tales lesiones cicatrizan rápidamente y, en general, sin dejar vestigios o dejando vestigios que son inespecíficos^{23,24}. Así, además de las formas de abuso que no dejan vestigios, también existe la posibilidad de que no se hallen evidencias físicas debido al retardo temporal entre la pericia y el abuso sexual, como ocurrió para la mayoría de los casos de esta investigación. Por último, se ha de considerar la posibilidad de falsos relatos de abuso sexual. Sin embargo, actualmente hay un consenso de que las falsas alegaciones hechas por menores son raras^{25,26}. La posición de dependencia que el menor tiene respecto al agresor le hace poco propicio para ser autor de un falso relato. Cuando el agresor es un familiar, especialmente el progenitor, existe el miedo del rechazo o de las amenazas explícitas o veladas, o miedo a la separación de los padres. Es una situación de conflicto y ambivalencia porque el autor no es solo un abusador, sino que es muchas veces también el proveedor financiero, y proveedor de muchas otras cosas, como cariño y atención. Incluso cuando se trata de desconocidos, surgen sentimientos de vergüenza y culpa que, sin contar con las posibles amenazas, tienden a impedir la revelación del abuso²⁵.

En una investigación realizada por los servicios de protección al menor en Canadá con 798 relatos de abuso sexual, el 6% fueron considerados intencionalmente falsos²⁷. En esta serie, no hubo ningún caso de falso relato realizado por un menor. De 576 menores investigados por abuso sexual, Jones y McGraw²⁸ encontraron un 6% de falsas alegaciones hechas por padres, clasificadas como intencionales, y un 2% hechas por menores. Oates et al.²⁹, de 551 casos de relatos de abuso sexual encontraron un 2,5% de falsos relatos o falsa interpretación de abuso sexual provenientes del menor.

La proporción de casos confirmados de abuso sexual por prueba material encontrada en nuestro estudio fue mayor a la ya relatada en otras investigaciones. Modelli et al.¹³ encontraron un 3,5% de casos confirmados en niñas y un 9,6% en niños examinados en el instituto médico legal de Brasilia (Brasil) por sospecha de abuso sexual. Heger et al.³⁰ encontraron un 4% de casos confirmados de abuso sexual en una población de 2.300 menores encaminados para centros de referencia en abuso sexual en Los Ángeles (EE. UU.).

Los resultados del presente estudio resaltan la baja sensibilidad de los exámenes del cuerpo del delito para detectar abuso sexual. El diagnóstico de abuso sexual es muy dependiente de los datos proporcionados por la historia clínica³¹; sin embargo, el examen del cuerpo del delito se comprende como una tentativa de obtener evidencia material del crimen. Así, los casos de abuso sexual confirmados por el médico forense en el estudio ahora realizado se restringieron a los que suministraron una prueba material. Sin embargo, el abordaje a las víctimas de abuso sexual infantil necesita de un equipo multidisciplinario, incluyendo una adecuada coordinación entre los profesionales de la esfera clínica y social, que sobrepasa el trabajo individual del médico forense³². Teniendo en cuenta que los informes periciales son encaminados a las autoridades policiales y judiciales, que pueden desconocer las limitaciones de estos exámenes, es importante que los médicos forenses expliquen tales límites al elaborar sus informes. De lo contrario, la ausencia frecuente de vestigios puede ser interpretada como prueba de que no ocurrió abuso y concurrir para descalificar la entrevista, único dato relevante en la mayoría de los casos. Esto es más importante en países como Brasil, donde la red de asistencia multidisciplinaria para los menores víctimas de abuso sexual aún no se ha consolidado y donde los exámenes de cuerpo del delito tienen un papel destacado en la evaluación, incluso cuando no se trata de casos recientes.

Como limitaciones, los autores usaron datos existentes en los informes periciales de sexología forense y las variables estudiadas fueron circunscritas a las disponibles en los informes. Los casos de este estudio fueron examinados por diferentes médicos forenses y puede que no haya existido uniformidad en los criterios utilizados en la evaluación.

Para concluir, en la población estudiada hubo relato de abuso sexual en el 84,9% de los casos y la proporción de casos confirmados de abuso sexual por prueba material fue del 8,9%.

Ante la baja frecuencia de falsos relatos de abuso sexual hechos por menores que es descrita en la literatura, estos datos evidencian las limitaciones de las pericias de sexología forense para la confirmación del abuso sexual en esta franja etaria. Así, es importante que el médico forense especifique estos límites en el informe pericial, para que la ausencia de hallazgos en el examen físico no sea interpretada, por las autoridades a quien se destinan tales exámenes, como prueba de que no hubo abuso, y traiga como consecuencia la descalificación de los relatos del menor.

Financiación

Recursos propios de los investigadores.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Finkelhor D, Hotelling GT. Sexual abuse in the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: An appraisal. *Child Abuse Negl.* 1984;8:23-32.

2. Pereda N, Guilerá G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl.* 2009;33:331-42.
3. Pereda N, Guilerá G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2009;29:328-38.
4. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011;16:79-101.
5. Butchart A, Kahane T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect; 2006 [consultado 16 Feb 2015]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365-eng.pdf>.
6. Brasil. Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União* 1940; 31 dez.
7. Brasil. Lei no 12.015, de 7 de agosto de 2009. *Diário Oficial da União* 2009; 10 ago.
8. Brasil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União* 2010; 16 jul. 2006 [consultado 18 Feb 2015]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
9. Brasil. Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. *Diário Oficial da União* 1941; 13 out.
10. De Oliveira Aded NL, Galluzzi da Silva Dalcin BL, Cavalcanti MT. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007;23:1971-5.
11. Carvalho AC de R, Barros SG de, Alves AC, Gurgel CA. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Cien Saude Colet.* 2009;14:539-46.
12. Trindade LC, Linhares SMGM, Vanrell JP, Godoy D, Martins JCA, Barbas SMAN. Sexual violence against children and vulnerability. *Rev Assoc Med Bras.* 2014;60:70-4.
13. Modelli MES, Galvão MF, Pratesi R. Child sexual abuse. *Forensic Sci Int.* 2012;217:1-4.
14. IBGE. Censo 2010 [consultado 16 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>
15. França GV. *Medicina Legal.* 9.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
16. SPSS Inc. (2005). SPSS for Windows, version 14.0. Illinois, USA: SPSS Inc. 1986-2005.
17. Kellogg N. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics.* 2005;116:506-12.
18. Kenny MC, McEachern AG. Racial, ethnic, and cultural factors of childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev.* 2000;20:905-22.
19. MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: Results from a community survey. *Child Abuse Negl.* 2003;27:1397-408.
20. Spitzer RF, Kives S, Caccia N, Ornstein M, Goia C, Allen LM. Retrospective review of unintentional female genital trauma at a pediatric referral center. *Pediatr Emerg Care.* 2008;24:831-5.
21. Pillai M. Genital findings in prepubertal girls: What can be concluded from an examination? *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2008;21:177-85.
22. Nittis M, Stark M. Evidence based practice: Laboratory feedback informs forensic specimen collection in NSW. *J Forensic Leg Med.* 2014;25:38-44.
23. Berkowitz CD. Healing of genital injuries. *J Child Sex Abus.* 2011;20:537-47.
24. Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M, Davis JL, Suresh P, Kuelbs CL. Anal findings in children with and without probable anal penetration: A retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2013;37:465-74.
25. Green AH. True and false allegations of sexual abuse in child custody disputes. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1986;25:449-56.
26. Fallar KC. Is the child victim of sexual abuse telling the truth? *Child Abuse Negl.* 1984;8:473-81.
27. Trocmé N, Bala N. False allegations of abuse and neglect when parents separate. *Child Abuse Negl.* 2005;29:1333-45.
28. Jones DPH, McGraw JM. Reliable and fictitious accounts of sexual abuse to children. *J Interpers Violence.* 1987;2:27-45.
29. Oates RK, Jones DPH, Denson D, Sirotak A, Gary N, Krugman RD. Erroneous concerns about child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2000;24:149-57.
30. 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.
31. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007;20:163-72.
32. Pereda N, Abad J. Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Rev Esp Med Legal.* 2013;39:19-25.

Objetivo Principal

5.2 Artigo 2 - Child sexual abuse confirmed by forensic examination in Salvador, Bahia, Brazil

Apresenta a descrição de particularidades do grupo de crianças com abuso sexual confirmado através de prova material pelo exame médico legal.

American Journal of Forensic Medicine and Pathology
Child sexual abuse confirmed by forensic examination in Salvador, Bahia, Brazil
 --Manuscript Draft--

Manuscript Number:	
Full Title:	Child sexual abuse confirmed by forensic examination in Salvador, Bahia, Brazil
Article Type:	Original Study
Keywords:	child sexual abuse; rape; sexual violence; paedophilia
Corresponding Author:	Wellington dos Santos Silva, M.D. Bahian School of Medicine and Public Health Salvador, Bahia BRAZIL
Corresponding Author Secondary Information:	
Corresponding Author's Institution:	Bahian School of Medicine and Public Health
Corresponding Author's Secondary Institution:	
First Author:	Wellington dos Santos Silva, M.D.
First Author Secondary Information:	
Order of Authors:	Wellington dos Santos Silva, M.D. Ubirajara de Oliveira Barroso-Junior, PhD
Order of Authors Secondary Information:	
Abstract:	<p>Child sexual abuse is a worldwide public health issue. The objective of this study was to describe the demographic and clinical characteristics of children in cases of sexual abuse confirmed by material evidence at forensic examination. Cases of children under 12 years of age examined for suspected sexual abuse at the Institute of Forensic Medicine in Salvador, Bahia, Brazil were reviewed retrospectively. The period evaluated was between 2005 and 2010. The inclusion criterion was the coroner's confirmation of sexual abuse based on material evidence. The mean age of the children in whom sexual abuse was confirmed was 8.2 years (SD 2.9), and 208 cases were female (83.9%). In 94% of the cases, the reason for carrying out the forensic examination was a report of sexual abuse. Less than 1% of the aggressors were female. A ruptured hymen was the finding that confirmed sexual abuse in 172 cases, corresponding to 83% of cases in girls. There were two cases of pregnancy. Recent anal or perianal lesions were present in 35 (87.5%) of the confirmed cases involving boys. Laboratory confirmation based on the detection of spermatozoa or PSA occurred in only 4.2% of cases. In all these cases, sample collection was performed within 24 hours of the alleged abuse. Thus, in the majority of cases with material evidence of sexual abuse, the confirmation criteria consisted of a ruptured hymen and recent perianal lesions.</p>

05 July, 2016

Dr. Vincent J. M. DiMaio
Editor-in-Chief
American Journal of Forensic Medicine and Pathology

Dear Dr. Vincent,

I, along with my coauthor, would like to ask you to consider the attached manuscript entitled “**Child sexual abuse confirmed by forensic examination in Salvador, Bahia, Brazil**” for publication in *Journal of Forensic and Legal Medicine* as an Original article.

We retrospectively examined cases of children under 12 years of age with sexual abuse confirmed by material evidence at forensic examination in Salvador, Bahia, Brazil. The sample included 248 cases examined between 2005 and 2010. In 95.6% of cases, a forensic examination was performed due to a report of sexual abuse. Less than 1% of aggressors were female. A ruptured hymen was the finding that confirmed sexual abuse in 172 cases, corresponding to 83% of confirmed cases in girls. Recent anal or perianal lesions were present in 35 confirmed cases of sexual abuse in males (87.5%). Laboratory findings of spermatozooids or prostate specific antigen were confirmed in only 4.4% of cases, and in all cases, samples were collected within 24 hours of the alleged abuse.

We believe that the findings of this study are relevant to the scope of your journal and will be of interest to its readership.

This manuscript has not been published or presented elsewhere in part or in entirety, and is not under consideration by another journal. The study design was approved by the appropriate ethics review boards, and data collection was authorized by the Forensic Institute Nina Rodrigues. All the authors have approved the manuscript and agree with submission to your esteemed journal. There are no conflicts of interest to declare.

Thank you for your consideration. I look forward to hearing from you.

Sincerely,

Welington dos Santos Silva (Corresponding author)
E-mail address: pacppho@gmail.com
welssilva@yahoo.com.br

Child sexual abuse confirmed by forensic examination in Salvador, Bahia, Brazil.

Welington dos Santos Silva, MD^{1*} and Ubirajara de Oliveira Barroso-Junior MD, PhD.¹

¹ Post-Graduation Program in Medicine and Health, Bahia School of Medicine and Public Health, Salvador, Bahia, Brazil.

*** Corresponding author:**

E-mail address: pacppho@gmail.com (W. Silva).

Tel.: +55 071 3283 8309. Fax- 55 71 3283-8346.

Rua Augusto Viana, s/n. CPPHO – Universidade Federal da Bahia

Campus Universitário – Canela.

Salvador, Bahia, Brasil.

CEP - 40110-910.

Conflict of interest

None declared.

Funding

None declared.

Collaborations

WS Silva worked in the design, data collection and analysis, and article writing, under the supervision of UO Barroso-Junior.

Acknowledgements

This article is part of Welington dos Santos Silva PHD Thesis of Bahian School of Medicine and Public Health Post-Graduate Course. We are grateful to the teachers who collaborated with criticisms and suggestions to this research.

Child sexual abuse confirmed by forensic examination in Salvador, Bahia, Brazil

Abstract

Child sexual abuse is a worldwide public health issue. The objective of this study was to describe the demographic and clinical characteristics of children in cases of sexual abuse confirmed by material evidence at forensic examination. Cases of children under 12 years of age examined for suspected sexual abuse at the Institute of Forensic Medicine in Salvador, Bahia, Brazil were reviewed retrospectively. The period evaluated was between 2005 and 2010. The inclusion criterion was the coroner's confirmation of sexual abuse based on material evidence. The mean age of the children in whom sexual abuse was confirmed was 8.2 years (SD 2.9), and 208 cases were female (83.9%). In 95.6% of the cases, the reason for carrying out the forensic examination was a report of sexual abuse. Less than 1% of the aggressors were female. A ruptured hymen was the finding that confirmed sexual abuse in 172 cases, corresponding to 83% of cases in girls. There were two cases of pregnancy. Recent anal or perianal lesions were present in 35 (87.5%) of the confirmed cases involving boys. Laboratory confirmation based on the detection of spermatozoa or prostate specific antigen occurred in only 4.4% of cases. In all these cases, sample collection was performed within 24 hours of the alleged abuse. Thus, in the majority of cases with material evidence of sexual abuse, the confirmation criteria consisted of a ruptured hymen and recent perianal lesions.

Key words: child sexual abuse; rape; sexual violence; pedophilia.

Introduction

Sexual abuse has been defined as a sexual act or game, either hetero- or homosexual, conducted to stimulate the victim or to use him/her to achieve sexual arousal, and erotic and sexual practices imposed by enticement, physical violence or threats.¹ Child sexual abuse is an important public health issue due to the potential short and long-term consequences on victims' physical and mental health. In addition, since sexual offenses are crimes, there are also legal repercussions.

Studies conducted with data from various countries estimate that around 8% of men and 18% of women suffer some form of sexual abuse prior to completing 18 years of age.^{2,3}

In the section of the Brazilian penal code⁴ that deals with the concept of child sexual abuse, it is typified as the "rape of a vulnerable individual", defined as "having carnal knowledge of or practicing a libidinous act with an individual under 14 years of age". This concept was introduced in the amendment implemented when law #12,015 was sanctioned on August 7, 2009.⁵ Until that time, the legal concept of rape was inexorably tied to carnal knowledge: "Forcing a woman to have sexual intercourse by violence or severe threat".⁴ Since sexual intercourse was defined as penetration of the vagina by the penis, only females were considered to be victims of this type of crime. Within the new concept, the term *rape* can now be applied to boys and girls, and not only to forms of sexual violence that involve penetration but also to any other form of libidinous act. Consequently, in many cases of libidinous acts that do not involve penetration but are today considered rape, few traces of material evidence may be available for confirmation.

Brazil is currently undergoing changes to the way in which sexual abuse victims are evaluated, following the recent publication of several legal provisions⁶⁻⁹ focused on multidisciplinary care. These regulations are aimed principally at attending the needs of adult victims. In view of the peculiarities of child sexual abuse, guidelines need to be created for application in the case of child victims; however, studies still need to be conducted in Brazil on the characteristics of this population, based on data collected from police sources.

Therefore, the objective of the present study was to describe the characteristics of cases involving child sexual abuse victims in which the sexual offense was confirmed by material evidence at forensic medical examination.

Methods

Study Design

This was a retrospective, cross-sectional descriptive study.

Study Site

Cases were identified from forensic medical examination reports involving children at the Nina Rodrigues Institute of Forensic Medicine in Salvador, Bahia, Brazil when sexual abuse was suspected. This institute is a referral center for all forensic medical examinations required within the greater metropolitan area of Salvador, which consists of 13 municipalities with, according to the 2010 census, 3,574,804 inhabitants.¹⁰ In cases of suspected sexual violence, examinations are performed by the coroners on duty at the institute and include interviews with the victim and/or his/her family, physical examination and the collection of samples for laboratory tests (beta hCG pregnancy test, microscopy for spermatozoa detection, and prostate specific antigen [PSA] detection for the identification of semen) in accordance with the findings of the medical examination.

Population Sample

The sample included all cases of child abuse confirmed by the coroner in children under 12 years of age between January 1, 2005 and December 31, 2010. This sample constitutes a subgroup that was extracted from a larger population studied by the authors.¹¹

Data Collection

The data collection instrument consisted of a standardized form that included the following variables: the child's demographic data (age, sex, place of birth, place of residence), the reason for the forensic examination, data regarding the aggressor (the number of aggressors, sex, family relationship, if any, to the child) and the criteria used by the coroner to confirm sexual abuse. To ensure that the victims' privacy was maintained, no data on identification were collected.

Data Analysis

The statistical analysis included a description of the absolute and relative frequencies of the categorical variables. For the numerical variables, means or medians and their respective standard deviations (SD) or interquartile ranges (IQR) were calculated. An exploratory analysis of the categorical variables was performed using Pearson's chi-square test or, as appropriate, Fisher's exact test, to identify potential factors associated with whether or not the child was verbal, with 4 years of age being defined as the cut-off point. Therefore, children under four years of age were classified as pre-verbal and those ≥ 4 years of age as verbal. P-values < 0.05 were considered statistically significant. The following variables were included in the exploratory analysis:

- a) The child's demographic data (sex, place of birth and place of residence);
- b) Data on the aggressor (the number of aggressors, sex and any family relationship between the aggressor and the child);
- c) Interval between the reported abuse and the medical examination (dichotomized as ≤ 72 hours or > 72 hours);
- d) Reason for the forensic examination (the reason for the examination was a report of sexual abuse or the reason for the examination was an anal/genital finding with no report of sexual abuse);
- e) Presence of a vulvar lesion or ruptured hymen;
- f) Presence of an anal lesion.

The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software program, version 14.0 for Windows, was used to construct the database and to perform the statistical analysis.¹²

Ethical Aspects

The research department coordinator at the forensic medicine institute authorized the data collection and the internal review board of the Bahia School of Medicine and Public Health approved the study protocol.

Results

In the 248 cases of sexual abuse confirmed by the coroner between January 2005 and December 2010, the mean age of the victims was 8.2 years (SD 2.9) (range 1-11 years).

Table 1 shows the demographic and clinical characteristics of the sample. Most of the children (83.9%) were female and most were living in Salvador (67.7%). Regarding the reason for the medical examination, in 95.6% of cases there had been a report of sexual abuse. There were 11 cases in which there was no report of sexual abuse, with the reason for requesting the medical examination being the presence of some alteration in the anogenital region of the child. With respect to the characteristics of the aggressor, 99.6% were male; 95.2% acted alone; 38.3% were related in some way to the child; and 13.8% were strangers.

The median interval between the last reported episode of sexual abuse and the forensic examination was 72 hours (IQR 23-408 hours) for cases in which sexual abuse was confirmed.

The forensic findings that were used by the coroner to confirm the alleged sexual abuse are shown in Table 2 and include a ruptured hymen in 172 cases, corresponding to 82.7% of confirmed cases in girls. There were signs of recent abuse (bruising, droplets of blood, edema) in 52 cases (30%) in which the hymen was ruptured. Two girls, both 11 years of age, were pregnant. Recent anal or perianal lesions were present in 35 (87.5%) of the confirmed cases of sexual abuse in males. There were no cases in which anal lesions were identified from scarring. In one single case, sexual abuse was confirmed based on a lesion on a boy's genitalia.

The tests conducted to detect semen were performed on swabs collected from the child. There were no cases in which items of clothing were tested for semen. Spermatozoa were found at microscopy in eight cases. In all of these cases, there was a report of recent sexual abuse and all were examined within 24 hours of the alleged abuse. Five of these cases involved girls, one with no anogenital lesions and two with only vulvar hyperemia. In four girls, spermatozoa were detected from a vulvar or vaginal swab and in one case from an anal swab. Three of the cases involved boys and samples were taken from the anal region. In one of these cases, the child presented with anal hyperemia, while the other two had no anogenital alterations. In three cases involving girls, PSA was detected in vulvar or vaginal samples; however, no spermatozoa were found at microscopy. In two of these cases, no genital or anal alterations were present. The maximum interval between the alleged abuse and the examination in these three cases was less than 24 hours.

In the exploratory analysis (Table 3), comparing the groups of children who were verbal with those who were pre-verbal, the only factor for which there was a statistically significant difference between the groups was *the reason for performing the forensic examination*. In the pre-verbal children, the proportion of cases in which the reason for carrying out the examination was an anogenital finding with no report of sexual abuse was significantly greater than in the verbal children.

Discussion

In the present study, 47.6% of the confirmed cases of sexual abuse involved children of 10 and 11 years of age. This finding may be related to the greater proportion of cases of penetration in older children and consequently to the greater likelihood of detecting trace evidence. The finding of a greater number of girl victims compared to boys is in agreement with the findings of other studies.^{13,14}

In the study sample, there were 4.4% of cases in which sexual abuse had not been reported, with the reason for the examination being the presence of an anogenital alteration. In a study conducted by Heger et al.,¹⁵ 8% of a total of 176 cases of children with a final diagnosis of sexual abuse were referred because of a suspect anogenital lesion detected at a routine medical examination, with no reported history of sexual abuse.

The proportion of female aggressors was less than 1% in the present study. The predominance of male aggressors may represent an important factor to be taken into consideration when elaborating prevention strategies. Inadequate supervision of children by their caregivers has been described as a risk factor for child sexual abuse.¹⁶ Mbagaya¹⁷ reported an increase in the risk of sexual abuse in situations in which children are left with caregivers who are not biologically related to them when their parents go out to work. However, it has to be remembered that male biological relatives including fathers, uncles, brothers and cousins were the alleged abusers in many of the cases in this study and this finding is in agreement with the results of other studies in the literature.¹⁴ Therefore, protection may be associated with the caregiver's gender. In many societies in the past, mothers, grandmothers and other relatives took on the role of principal caregiver to children. However, the increasing insertion of women in the labor market reduces the availability of caregivers in the home and, in these circumstances, the availability or lack of availability of full-time public daycare centers may be

a relevant factor to be considered. On the other hand, a woman's financial dependency, when accompanied by subordination in strongly patriarchal societies, may diminish the likelihood of denouncement in the case of situations of abuse involving the stepfather or indeed the father. These are factors that were not part of the present evaluation and that need to be investigated in future studies.

A ruptured hymen was the criterion used by the coroner to confirm sexual abuse in 83% of the girls, and in 70% of these cases, the lesions had healed. In the case of healed lesions, until recently, the criterion used was the presence of a deep notch extending for more than 50% of the width of the hymen;¹⁸ however, recent guidelines¹⁹ propose that only cases of healed hymenal transection/ complete hymen cleft can be categorically differentiated from notches. Considering that in the present study the median interval of time between the reported sexual abuse and the medical examination was 72 hours, children with partial lesions may have been examined after the lesions had healed, preventing confirmation of the abuse.

Anal or perianal lesions were present in 19% of confirmed cases of sexual abuse and in all cases, there were signs that the lesions were recent. Studies have shown that anal lesions heal rapidly and generally leave no trace.²⁰ In a series of 198 cases of children and adolescents classified as probable victims of anal penetration, no evidence of anal trauma was found in any of the cases.²¹ Since many of these examinations were performed late, children who were classified as normal at examination may have had anal lesions that healed leaving no trace when the exam was performed.

There were few cases in which spermatozoa or PSA were detected. In all of these positive cases, the samples had been collected within 24 hours of the reported abuse. In 2005, the American Academy of Pediatrics published guidelines recommending the collection of samples for evidence within 72 hours when child sexual abuse is suspected; however, the guidelines emphasize that samples should be taken within 24 hours.²² In the study population, 50% of cases were examined at least 72 hours after the reported abuse when positivity is unlikely. In a study conducted by Christian et al.²³ to investigate for forensic evidence including blood, semen and saliva in children under 10 years of age, no traces were found when the interval between the event and the examination exceeded 13 hours. In more than half the cases that tested positive, forensic evidence was found on the child's clothing or on material collected from the place at which the abuse occurred. In 49 child victims of sexual aggression seen at

emergency rooms within 72 hours of the aggression, Young et al.²⁴ found no evidence of semen in swabs collected from the body and examined by direct microscopy or by PSA testing. In that series, semen was detected in three cases by examining clothing (or traces from the place where the abuse occurred) in situations in which the victim presented within 24 hours.

The fact that semen testing was not performed on the clothing of this study population may have contributed to the few positive cases found.

Currently, the increased availability of DNA amplification methods has permitted the detection of trace evidence in children even after more than 72 hours following the alleged abuse in laboratories in which these techniques are available.^{25,26} Although the increase in the detection of trace evidence after more than 24 hours using advanced DNA techniques is modest, in some cases it may represent the only material proof. In the latest guidelines issued by the American Academy of Pediatrics¹⁹ an upper limit of 72 hours is maintained for the collection of trace evidence in adolescents; however, a limit of 24 hours is recommended for the collection of trace evidence in children. Nevertheless, these guidelines emphasize that the collection of trace evidence is possible even after these time limits when advanced DNA amplification techniques are available.

There was no difference between the subgroups of children classified as pre-verbal and verbal except with respect to the *reason for the examination*. In pre-verbal children, the proportion of cases referred for examination because of the presence of an anogenital alteration, with no report of sexual abuse, was significantly greater than in the verbal children. The lack of a report of sexual abuse for some of these cases may be a consequence of the difficulties with verbal communication in smaller children because of their stage of development.

Some limitations should be taken into account when interpreting the results of the present study, particularly with respect to the retrospective design used. With this design, the aspects evaluated were limited to the data contained in the forensic reports and the authors had no control insofar as the original quality of these data is concerned. Different coroners examined the cases included in this study and there may have been a lack of uniformity in the criteria used in the evaluation. In addition, the fact that the coroner who evaluated the findings of the physical examination was the same coroner who registered the report of abuse may have introduced a bias, since the clinical history may have influenced the findings. On the other

hand, this study used a convenience sample and a selection bias could result in differences in relation to a population-based sample. Nevertheless, the sample was selected in the institute that deals with all cases of children submitted to forensic examination for suspected sexual abuse in the geographic region under consideration and the cases were included consecutively over a 6-year period, which confers robustness to the study.

In conclusion, only 0.4% of the aggressors were female and ruptured hymen and recent perianal lesions were the findings that led to forensic medical confirmation of the sexual abuse in the majority of cases. Confirmation based on forensic/biological trace evidence transferred from the aggressor to the child occurred in only 4.4% of the cases studied.

References

1. Brazil. Política Nacional da Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed. Published 2005.
2. Pereda N, Guilera G, Forns M, et al. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(4):328-338.
3. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, et al. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011;16(2):79-101.
4. Brasil. Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União* 1940; 31 dez.
5. Brasil. Lei no 12.015, de 7 de agosto de 2009. *Diário Oficial da União* 2009; 10 ago.
6. Brasil. Decreto no 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União.* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm. Accessed September 3, 2015.
7. Brasil. Lei no 12.845, de 1o de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. *Diário Oficial da União.* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Accessed September 2, 2015.
8. BRASIL. Portaria No 485. Redefine O Funcionamento Do Serviço de Atenção Às Pessoas Em Situação de Violência Sexual No Âmbito Do Sistema Único de Saúde (SUS).

9. Brasil. Portaria Interministerial no 288. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humaniza. Diário Oficial da União. Accessed September 2, 2015. <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/interministerial/2648-288>.
10. IBGE. Census 1010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Accessed January 19, 2015.
11. Silva WS, Barroso-Júnior UO. Características de los menores de 12 años con examen médico forense por sospecha de abuso sexual en Salvador, Brasil. *Rev Española Med Leg*. 2016;42(2):55-61.
12. SPSS Inc. (2005). SPSS for Windows, version 14.0. Illinois, USA: SPSS Inc. 1986–2005.
13. Oliveira JR, Costa MCO, Amaral MTR, Santos CA, Assis SG, Nascimento OC. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Cien Saude Colet*. 2014;19(3):759-771
14. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
15. Heger A, Ticson L, Velasquez O, et al. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl*. 2002;26(6-7):645-659. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12201160>. Accessed September 27, 2014.
16. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>. Published 2003. Accessed August 1, 2015.
17. Mbagaya CV. Child maltreatment in Kenya, Zambia, and the Netherlands : a cross-cultural comparison of prevalence, psychopathological sequelae, and mediation by PTSS. 2010.
18. Pillai M. Genital findings in prepubertal girls: what can be concluded from an examination? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2008;21(4):177-185.
19. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(2):81-87.
20. Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, et al. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics*. 2003;112(4):829-837. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14523174>.
21. Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M, et al. Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2013;37(7):465-474.

22. Kellogg N. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005;116(2):506-512. doi:10.1542/peds.2005-1336.
23. Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, et al. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics*. 2000;106(1 Pt 1):100-104. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10878156>. Accessed September 27, 2014.
24. Young KL, Jones JG, Worthington T, et al. Forensic laboratory evidence in sexually abused children and adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(6):585-588.
25. Girardet R, Bolton K, Lahoti S, et al. Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics*. 2011;128(2):233-238.
26. Thackeray JD, Hornor G, Benzinger E, et al. Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault. *Pediatrics*. 2011;128(2):227-232.

Table 1: Distribution of the demographic variables of the study population^a, their case history and characteristics of the aggressor. Salvador metropolitan region, 2005-2010. (n = 248)

Factors related to the child			Factors related to the aggressor		
	n	%		n	%
<i>Demographic Data</i>			<i>Characteristics of the Aggressor</i>		
Age Group			Number of aggressors		
Infant (< 2 years)	3	1.2	One	217	87.5 (Valid % 95.2)
Preschooler (2-5 years)	54	21.8	More than 1	11	4.4
School-aged (6-9 years)	73	29.4	Data missing	8.1	
Pre-adolescent (10-11 years)	118	47.6		20	
Sex			Sex of the aggressor		
Male	40	16.1	Male	91.9	(Valid % 99.6)
Female	208	83.9	Female	228	0.4
Place of Birth			Data missing	1	7.7
Salvador	154	62.1		19	
Another town	92	37.1	Related to the child		
Data missing	2	0.8	Yes	38.3	
Place of residence			No	52.4	
Salvador	168	67.7	Data missing	95	9.3
Another town in the greater metropolitan area of Salvador*	78	31.5		130	
Data missing	2	0.8	Type of relationship		
<i>Data on the forensic examination</i>			Stepfather	23	32.6
Reason for examination			Uncle	20.0	
Presence of a report of sexual abuse	237	95.6	Father	16.8	
Anogenital finding but no report of sexual abuse	11	4.4	Cousin	31	15.8
Interval between the alleged abuse and forensic examination			Brother	19	5.3
<24 hours	73	29.4	Grandfather	16	3.2
>24 and <72 hours	28	11.3	Other	15	6.3
>72 hours and up to 7 days	21	8.5		5	
7 - 15 days	15	6.0		3	
> 15 days	54	21.8	No family relationship		
Data missing	57	23.0	Acquaintance	6	56.9
			Neighbor	16.2	
			Unknown	13.8	
			"Boyfriend"	74	6.9
			Friend	21	0.8
			Other	18	5.4
				9	
				1	
				7	

^a Children under 12 years of age in whom sexual abuse was confirmed by forensic medical examination.

Table 2: Principal findings used by the coroner to confirm sexual abuse in the study population^a. Salvador metropolitan region, 2005-2010. (n = 248)

Forensic findings	n	%
Ruptured hymen	172	69.4
Perianal lesions ♂	35	14.1
Perianal lesions ♀	12	4.8
Spermatozoa	8	3.2
Bruising of the labia	5	2.0
Prostate specific antigen (PSA)	3	1.2
Posterior fourchette injuries	3	1.2
Pregnancy	2	0.8
Condyloma acuminatum	2	0.8
Lesion on penis	1	0.4
Bruising of the hymen	1	0.4
Bruising of the labia minora	1	0.4
Anal hypotonia	1	0.4
Perineal lesion	1	0.4
Psychiatric evaluation	1	0.4

^a Children under 12 years of age in whom sexual abuse was confirmed by forensic medical examination.

Table 3: Distribution of the characteristics of the study population^a between the groups of verbal and pre-verbal children. Salvador metropolitan region, 2005-2010. (n = 248)

Characteristics	Pre-verbal (n = 23)	%	Verbal (n = 225)	%	p-value ^b
Sex of the child	(n = 23)		(n = 225)		0.673
Female	20	87.0	188	83.6	
Male	3	13.0	37	16.4	
Place of birth	(n = 22)		(n = 224)		0.136
Salvador	17	77.3	137	61.2	
Another town	5	22.7	87	38.8	
Place of residence	(n = 22)		(n = 224)		0.343
Salvador	17	77.3	151	67.4	
Another town	5	22.7	73	32.6	
Number of aggressors	(n = 19)		(n = 209)		0.626 ^c
One	18	94.7	199	95.2	
More than one	1	5.3	10	4.8	
Sex of the aggressor	(n = 19)		(n = 210)		0.917 ^c
Female	0	0	1	0.5	
Male	19	100	209	99.5	
Family relationship between the child and the aggressor	(n = 19)		(n = 206)		0.991
Yes	8	42.1	87	42.2	
No	11	57.9	119	57.8	
Time between the sexual abuse and the forensic examination	(n = 17)		(n = 174)		0.125
≤ 72 hours	12	70.6	89	51.1	
> 72 hours	5	29.4	85	48.9	
Reason for forensic examination	(n = 23)		(n = 225)		< 0.001
Presence of a report of sexual abuse	18	78.3	219	97.3	
Presence of anogenital alteration with report of sexual abuse	no 5	21.7	6	2.7	
Presence of vulvar lesion or ruptured hymen	(n = 23)		(n = 225)		0.663
Yes	16	69.6	166	73.8	
No	7	30.4	59	26.2	
Presence of anal lesion	(n = 23)		(n = 225)		0.761
Yes	5	21.7	43	19.1	
No	18	78.3	182	80.9	

^a Children under 12 years of age in whom sexual abuse was confirmed by forensic medical examination; ^b Chi-square test; ^c Fisher's exact test

Objetivo Principal

5.3 Artigo 3 – Lesões anogenitais atribuídas a acidente em crianças sob investigação de abuso sexual

Apresenta a descrição de particularidades do grupo de crianças com lesões anogenitais em que havia um relato de trauma acidental como causa das lesões.

Lesões anogenitais atribuídas a acidente em crianças sob investigação de abuso sexual.

Anogenital Lesions Attributed to Accidents in Children Investigated for Sexual Abuse.

Welington dos Santos Silva

Mestre, Doutorando do Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Pediatra do Pronto Atendimento Pediátrico (CPPHO) – UFBA. Perito Medico Legista do Instituto Medico Legal Nina Rodrigues

Filipe Moraes Ribeiro, Gabriel Kamei Guimarães, Matheus de Sá dos Santos, Victor

Porfírio dos Santos Almeida

Acadêmicos de Medicina - UFBA

Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior

Doutor, Professor Adjunto de Urologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e Universidade Federal da Bahia.

*Este artigo é parte da tese de doutorado de Welington dos Santos Silva, no Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Endereço para correspondência e contatos pré-publicação:

Welington dos Santos Silva welssilva@yahoo.com.br

Rua Augusto Viana, s/n. C-HUPES. Centro Pediátrico Hosanah de Oliveira – PA.

Canela. Salvador-Ba. CEP: 40110-170.

Resumo

Introdução: Lesões anogenitais em crianças podem ocorrer acidentalmente ou ser produzidas por abuso físico ou sexual. **Objetivo:** Descrever uma série de casos de lesões anogenitais em crianças em que havia alegação de trauma acidental. **Métodos:** Estudo descritivo com dados secundários através da revisão de laudos de sexologia forense. A população estudada foram crianças menores de 12 anos sob investigação policial por suspeita de abuso sexual e que apresentavam lesões anogenitais atribuídas a trauma acidental. **Resultados:** Foram encontrados 39 crianças com trauma anogenital em que foi alegado pela própria criança ou familiares uma causa acidental. A média de idade foi 5 ($\pm 2,5$) anos e 35 (90%) eram meninas. O intervalo entre o trauma descrito e a perícia, teve uma mediana de 16 horas. Houve relato de que o evento foi assistido por alguém em 29 (74 %) casos. Queda a cavaleiro sobre objeto rombo ocorreu em 29 (74%) casos. Trauma penetrante ocorreu em 7 (18%) casos e rotura himenal estava presente em 5 casos. **Conclusão:** Em crianças com trauma anogenital é necessário diferenciar acidente e violência sexual. A compatibilidade da história com as lesões encontradas é o elemento mais importante na avaliação.

Unitermos: Acidentes domesticos; Ferimentos e Lesões; Maus-Tratos Sexuais Infantis; Estupro

Summary

Introduction: Anogenital lesions in children can result from accidents or from physical or sexual abuse. **Objective:** To describe cases of anogenital lesions in children who allegedly experienced accidental trauma. **Methods:** A descriptive study that used secondary data obtained by reviewing forensic sexology reports. The study population comprised children under 12 years who were being investigated for suspected sexual abuse and had anogenital lesions attributed to accidental trauma. **Results:** We identified 39 children with anogenital trauma that was allegedly due to accidental causes, according to the child or family. The average age was 5 (\pm 2.5) years, and 35 (90%) were girls. The median time interval between the occurrence of the described trauma and the forensic examination was 16 hours. In 29 (74%) of the cases, the event was reportedly observed by someone. In 29 (74%) of the cases, the child suffered a straddle injury on a dull object. Penetrating trauma occurred in 7 (18%) cases, and hymen rupture was present in 5 cases. **Conclusion:** It is paramount to differentiate accidents from sexual violence in children with anogenital trauma. The compatibility of the report with the encountered lesions is the most important element in the evaluation.

Accidents, Home; Wounds and Injuries; Child abuse, sexual; Rape

Introdução

Trauma acidental anogenital em crianças era considerado até recentemente um evento raro.¹⁻² No entanto, entre 5664 crianças e adolescentes do sexo feminino com trauma anogenital, Shnorhavorian et al identificaram acidente em 88,5% e abuso sexual em 11,5%.³ Gregory et al estimaram que entre 2002 a 2010 a incidência de trauma urogenital acidental em crianças nos EUA variou de cerca de 25.399 a 33.163 casos por ano.⁴

Crianças que apresentam lesões anogenitais devem ser avaliadas quanto à possibilidade de abuso sexual. O diagnóstico diferencial pode ser um desafio porque várias doenças podem mimetizar abuso sexual.⁵⁻⁶

Lesões anogenitais acidentais podem mimetizar abuso sexual e estudos recentes tem tentado caracterizar os padrões diferenciais entre trauma acidental e intencional.¹⁻⁴

O objetivo deste trabalho é descrever as características de uma série de casos de crianças que apresentaram lesões anogenitais atribuídas a trauma acidental no histórico e estavam sob investigação policial de abuso sexual.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo com dados secundários. A População estudada foram crianças menores de 12 anos submetidas a perícia no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues por suspeita de abuso sexual no período de 2005 a 2010. Essa Instituição é referência da Região Metropolitana de Salvador, Brasil para exame de todas as crianças sob investigação policial de abuso sexual. Esta região compreende uma população de 3.574.804 habitantes.⁷ As pericias são realizados por médicos forenses e compreendem história clínica, exame físico e coleta de vestígios forenses. Os critérios para inclusão no estudo foram: (1) Idade menor de 12 anos; (2) Presença de lesões em área anogenital; (3) Alegação no histórico da perícia, pela criança e ou familiares, de causa acidental. Foram coletados os seguintes dados: sexo da criança, idade, grau de parentesco do informante, presença de entrevista com a criança, presença de testemunha ocular no momento do trauma, circunstância do acidente alegado, relato de sangramento, intervalo em horas entre o evento alegado e a perícia, alterações anogenitais encontradas, presença/ausência de rotura himenal, resultado de pesquisa de espermatozoides. Este estudo foi autorizado pela Coordenação de Pesquisa do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues e aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública sob o protocolo 068/10.

Resultados

Em 2802 exames forenses realizados em crianças por suspeita de abuso sexual foram identificados 39 casos que apresentaram lesões anogenitais atribuídas pela criança ou familiares a trauma acidental. A média de idade neste grupo foi 5 ($\pm 2,5$) anos variando de 1 a 10 anos, e 35 (90%) casos eram meninas. A tabela 1 resume as características da série estudada.

Em 29 (74%) casos o familiar que forneceu a história foi a mãe e em 5 (13%) só constou no laudo o relato da criança. Registro de entrevista com a criança foi observado em 18 (46%) casos, e a idade mínima entre elas foi 3 anos. Houve relato de que o evento foi assistido por outras pessoas em 29 (74 %) casos. Houve procura por atendimento hospitalar previamente à perícia em 19 (49%) casos. Nos demais esta informação não estava disponível no laudo.

O intervalo entre o acidente alegado e a perícia teve uma mediana de 16 horas, e 29 (75%) casos foram examinados com menos de 40 horas. Sangramento em decorrência do trauma foi relatado em 31 (80%) casos, e em 25 casos foi relacionado à região genital. Quanto ao mecanismo do trauma queda a cavaleiro sobre objeto rombo ocorreu em 29 (74%) casos e trauma penetrante por queda sobre objeto pontiagudo ocorreu em 7 (18%). A tabela 1 traz um resumo das características das lesões encontradas nestas crianças. Quanto ao local das lesões, os lábios, meato uretral e fúrcula foram os mais encontrados com 8 (20,5%) casos cada um. Lesão himenal ocorreu em 5 meninas (14,2%) que tinham relato de trauma penetrante e não havia incongruência entre o instrumento alegado e as lesões encontradas. Entre os cinco casos de lesões penetrantes que envolveram hímen, em quatro havia extensão da lesão para área adjacente da genitália anterior. Lesão perianal (ferida contusa de 1,0 x 0,5cm) foi observado em um menino procedente de região rural com histórico de queda de árvore. Havia neste caso também duas lesões contusas em região sacra, a maior com 1,5cm, e não havia lesões ao nível do esfíncter anal. Lesões em outras áreas do corpo além da região anogenital foi encontrado em 10 (26%) casos. Feridas contusas foram o tipo de lesão mais encontrada com 16 (41%) casos. Pesquisa de espermatozoides foi realizada em 16 (41%) casos todos com resultado negativo.

Discussão

Nossa série envolveu crianças sob investigação policial de abuso sexual em que a criança e ou familiares alegaram trauma acidental como causa das lesões.

A média de idade de nossa série foi próxima da encontrada por Spitzer et al (5,6 anos).⁸ É possível que nesta faixa etária as crianças estejam menos vigiadas que crianças menores,

tenham menos noção de perigo que crianças maiores e por isso se exponham mais a situações de risco.

A proporção de 90% para o sexo feminino que encontramos é diferente dos estudos realizados em hospitais, onde a proporção é muito semelhante entre os dois sexos.^{4,9} Por se tratar de um contexto de investigação policial de abuso, questões culturais ligadas ao tabu sexual podem ter sido o fator responsável pelo maior encaminhamento de crianças do sexo feminino em nossa série.

Relato de testemunha ao acidente foi encontrado em 74% e este é um critério importante no contexto da história para o diagnóstico diferencial. Sugar e Feldman encontraram uma proporção de testemunha ocular de 68% em casos de acidentes penetrantes.¹⁰

Em nossa amostra não temos a informação do intervalo entre o trauma e o exame na unidade de saúde, mas o intervalo entre o trauma alegado e o exame forense foi de menos de 40 horas em 75% dos casos. A busca imediata por atendimento médico tem sido uma das características apontadas na literatura para os traumas anogenitais acidentais.¹¹ Em um estudo de casos de trauma acidental o intervalo do evento até a chegada na unidade de saúde teve uma média de 7 horas.⁸ Em crianças vítimas de abuso sexual tem sido relatado que um “pacto de silêncio” faz com que poucos casos sejam examinados dentro de um prazo que permita o exame de lesões recentes e a confirmação através de vestígios forenses.¹²⁻¹³ Lesões anogenitais cicatrizam rapidamente e muitas vezes não deixam vestígios.¹⁴⁻¹⁷ Por isso, a precocidade do exame favorece maior segurança para estabelecer o diagnóstico ao permitir coleta em tempo adequado de vestígios forenses quando indicado, exame das lesões em fase recente, e melhor avaliação da congruência entre o instrumento alegado e as lesões encontradas. O cruzamento entre o histórico fornecido pelos acompanhantes com o relato da criança e o relato das testemunhas oculares, quando disponíveis, também fornecem melhor resultado quando realizados precocemente.

O local das lesões encontradas envolveu principalmente os lábios e períneo como tem sido encontrado em outros estudos.²⁻³ O mecanismo do trauma alegado foi queda a cavaleiro em 74% dos casos, o que está de acordo com dados da literatura em contexto hospitalar. Iqbal et al² encontraram 70.5% de queda a cavaleiro em uma série de 167 casos de trauma genital acidental, e Spitzer et al⁸ relataram 81.90% em uma série de 105 casos. Este é um mecanismo de lesão que é produzido pela queda sobre objeto não penetrante e diferentemente de traumas como acidentes automobilísticos, costumam produzir lesões isoladas na região anogenital.¹ Objetos comuns em queda a cavaleiro envolvem quadro de bicicleta, equipamentos de parque

infantil (especialmente os escaldadores) e também móveis da casa, e podem resultar em equimoses, escoriações e lacerações lineares.^{1,9}

Lesões penetrantes ocorreram em 7 casos (18%), em nosso estudo e neste grupo foi identificado 5 casos com lesões himenais. Em traumas acidentais lesões penetrantes ocorrem se a vítima cai sobre objeto cortante ou pontiagudo.¹ Iqbal et al² encontraram 6,0% de lesões penetrantes e lesão himenal em 8.4% em sua série de 167 casos de trauma genital acidental, e Spitzer et al⁸ em 105 casos, encontraram 8 (7,6%) lesões penetrantes e lesão himenal em 5 (4.76%) casos. A maior proporção de lesões himenais e trauma penetrante em nosso estudo pode estar relacionada ao tipo de população em que a amostra foi selecionada. É provável que estes casos tenham sido mais frequentemente encaminhados para investigação policial aumentando sua proporção.

Lesões penetrantes anogenitais podem mimetizar abuso sexual e representam um desafio para o diagnóstico diferencial. Os achados de exame físico frequentemente são insuficientes para a diferenciação com abuso sexual e muitas vezes é necessário encaminhamento para avaliação forense.⁸

A avaliação da compatibilidade da história com as lesões encontradas no exame genital é o elemento mais importante para a conclusão diagnóstica.¹⁸ Inconsistências na história podem alertar o médico e aumentar a suspeita de abuso sexual. Outros elementos a considerar na história é o relato de testemunhas oculares no momento do trauma e o momento em que foi procurado atendimento médico. Quanto aos achados de exame físico, traumas genitais acidentais geralmente envolvem as partes anteriores da genitália incluindo o monte pubiano, lábios, clitóris, vestíbulo e meato uretral.¹⁹ Pode haver contusões com a forma do objeto alegado. Porém, nos traumas penetrantes as partes posteriores da genitália podem estar envolvidas e o diagnóstico é mais difícil. Uma característica que pode auxiliar o médico na diferenciação é que as lesões produzidas não costumam ficar circunscritas ao vestíbulo, hímen e vagina. É comum nos traumas penetrantes acidentais a extensão para estruturas mais anteriores da genitália quando há lesão himenal.¹¹

Em relação ao padrão das lesões de abuso sexual, há importantes diferenças entre crianças pré-púberes e as que iniciaram a puberdade. A vagina de uma criança pré-púbere tem um comprimento de quatro a seis centímetros, um epitélio e parede delgadas, é mais estreita e sem a distensibilidade da vagina de adolescentes ou mulheres adultas.²⁰ Por isso, trauma vaginal penetrante em pré-púberes geralmente produz laceração himenal e vaginal. Penetrações mais profundas podem também envolver parede posterior da vagina, períneo e septo reto-vaginal

estendendo-se até o reto.¹¹ Porém, abuso sexual em pré-pubescentes geralmente envolve formas de abuso sem penetração que muitas vezes não produzem lesões. Muitas destas crianças são vítimas de abuso crônico por pessoas do círculo familiar ou pessoas próximas da família e tem sido apontado que na ótica do abusador, não causar lesões é um requisito para o acesso continuado do relacionamento abusivo.²¹ Em um estudo com 2.384 crianças encaminhadas para investigação de abuso sexual, 96,3% tinham um exame normal, e mesmo entre as que tinham uma história de penetração anal ou vaginal, só 5,5% tinham achados anormais ao exame físico.²² É importante ressaltar que relatos de penetração em crianças prepubescentes devem ser interpretados com cautela. Talvez elas não possuam referências para compreender que a penetração entre os lábios não é o mesmo que penetração vaginal e podem descrever como “penetração” a fricção ou o ato de empurrar o penis contra a sua genitália externa além dos grandes lábios, mas não além do hímen.^{21, 23}

Quanto às crianças que iniciaram a puberdade, dados atuais evidenciam que penetração do pênis em ânus, ou vagina, muitas vezes não deixa vestígios. Isto pode ocorrer pela capacidade elástica dos tecidos, ou porque as eventuais lesões podem cicatrizar rápida e completamente sem deixar vestígios, ou resultar em marcas sutis e ambíguas.^{14,16,17} Os achados físicos são muitas vezes ausentes, mesmo quando o autor admite que houve penetração na genitália da criança.²⁴⁻²⁵ Em um estudo com 36 adolescentes grávidas, apenas duas tinham evidência himenal de penetração.²⁶ As mudanças induzidas pelo estrogênio no hímen durante a puberdade é um fator que tem sido atribuído para explicar o mascaramento da evidência prévia de trauma himenal.¹⁵ Seus efeitos tornam a vagina e hímen mais elásticos e mais capazes de distender-se sem sofrer traumatismo. Lesões himenais por abuso sexual em adolescentes envolvem principalmente roturas profundas ou completas da borda inferior do hímen entre 4 e 8 horas.¹⁸

Assim, é uma história cuidadosa que possibilitará evitar equívocos diagnósticos. Dados como a congruência entre a história fornecida pela criança e familiares, a presença de testemunhas ao ocorrido e a compatibilidade entre o mecanismo alegado e a lesão encontrada são elementos fundamentais.^{1,8}

Como limitações desse estudo, os casos desta série foram avaliados por diferentes médicos legistas e pode não ter havido uniformidade nos critérios utilizados na avaliação de alguns casos. É preciso levar em conta que tanto o diagnóstico de abuso sexual quanto o de trauma acidental são muito dependentes das evidências fornecidas pela história clínica, e o julgamento do examinador terá um papel importante nesta avaliação. Por isso, especialmente

nos casos que não tiveram testemunhas oculares, o diagnóstico não é uma certeza absoluta, mas a conclusão mais provável resultante da soma do conjunto de evidências.

Conclusão

Em crianças com trauma anogenital o diagnóstico diferencial entre violência sexual e trauma acidental pode representar um desafio. Especialmente diante dos casos com lesão himenal, é necessário ao médico considerar com cautela o conjunto de dados do histórico e exame físico para estabelecer o diagnóstico. A compatibilidade dos dados da história com as lesões encontradas é o elemento mais importante na avaliação.

Referências:

1. Merritt DF. Genital trauma in the pediatric and adolescent female. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009; 36(1):85-98.
2. Iqbal CW, Jrebi NY, Zielinski MD, Benavente-Chenhalls LA, Cullinane DC, Zietlow SP, Moir CR, Ishitani MB. Patterns of accidental genital trauma in young girls and indications for operative management. *J Pediatr Surg.* 2010; 45(5):930-3.
3. Shnorhavorian M, Hidalgo-Tamola J, Koyle MA, Wessells H, Larison C, Goldin A. Unintentional and sexual abuse-related pediatric female genital trauma: a multiinstitutional study of free-standing pediatric hospitals in the United States. *Urology.* 2012; 80(2):417-22.
4. Tasian GE, Bagga HS, Fisher PB, McCulloch CE, Cinman NM, McAninch JW, Breyer BN. Pediatric genitourinary injuries in the United States from 2002 to 2010. *J Urol.* 2013; 189(1):288-93.
5. Silva WS, Ribeiro FM, Santos MS, Guimarães GK, Almeida VPS, Barroso Júnior UO. Doenças e variações anatômicas confundidas com abuso sexual em crianças - Estudo descritivo. *Pediatr. mod;* 2013 Ago; 49(8): 325-9.
6. Alcântara-Jones DM, Silva WS, Rocha ML. Sepsis confundida com abuso sexual: Relato de experiência. *Rev. baiana saúde pública (No Prelo).*
7. 2010 Census [Internet]. 2010. Available at <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>
8. Spitzer RF, Kives S, Caccia N, Ornstein M, Goia C, Allen LM. Retrospective review of unintentional female genital trauma at a pediatric referral center. *Pediatr Emerg Care.* 2008; 24(12):831-5.
9. Waltzman ML, Shannon M, Bowen AP, Bailey MC. Monkeybar injuries: complications of play. *Pediatrics.* 1999; 103(5):e58.
10. Sugar NF, Feldman KW. Perineal impalements in children: distinguishing accident from abuse. *Pediatr Emerg Care.* 2007;23(9):605-16.

11. Muram D, Levitt CJ, Frasier LD, Simmons KJ, Merritt DF. Genital injuries. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003;16(3):149-55.
12. Kellogg N; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005; 116(2):506-12.
13. Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008; 20(5):435-41.
14. Heppenstall-Heger A, McConnel G, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics*. 2003; 112(4):829-37.
15. Dubowitz H. Healing of hymenal injuries: implications for child health care professionals. *Pediatrics*. 2007; 119(5):997-9.
16. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics*. 2007; 119(5):e1094-106.
17. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of nonhymenal genital injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics*. 2007; 120(5):1000-11.
18. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, Kellogg ND, Shapiro RA. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007; 20(3):163-72.
19. Benjamins LJ. Genital trauma in pediatric and adolescent females. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009; 22(2):129-33.
20. Katz VL, Lentz MG, Lobo RA, Davis AJ. *Comprehensive Gynecology*, 5th ed. Philadelphia: Mosby; 2007.
21. Pillai M. Genital findings in prepubertal girls: what can be concluded from an examination? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2008; 21(4):177-85.
22. 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.
23. Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2004; 17(3):191-7.
24. Kerns DL, Ritter ML. Medical findings in child sexual abuse cases with perpetrator confessions. *Am J Dis Child*. 1992;146:494-7.
25. Muram D. Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings. *Child Abuse Negl*. 1989; 13(2):211-6.
26. Kellogg ND, Menard SW, Santos A. Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened". *Pediatrics*. 2004;113(1):67-9.

TABELA 1- Crianças com lesões anogenitais atribuídas a acidente. RMS* – Bahia 2005-2010. (n=39)

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
Sexo			Sítio principal da lesão		
Masculino	4	10,3	Monte pubiano	2	5,1
Feminino	35	89,7	Grande lábio	5	12,8
Familiar entrevistado			Pequeno lábio	3	7,7
Mãe	29	74,4	Intróito	5	12,8
Pai	3	7,7	Meato uretral	8	20,5
Outros	2	5,1	Fúrcula	8	20,5
Só a criança foi entrevistada	5	12,8	Períneo	5	12,8
Entrevista com a criança			Perianal	1	2,6
Sim	18	46,2	Prepúcio	2	5,1
Não	21	53,8			
Presença de testemunha ocular no momento do trauma alegado			Tipo de lesão		
Sim	29	74,4	Ferida contusa	16	41
Não	10	25,6	Escoriação	7	17,9
Atendimento hospitalar antes da perícia			Edema	5	12,8
Sim	19	49	Hiperemia	3	7,7
Sem informação	20	51	Equimose	3	7,7
Relato de sangramento			Hematoma	2	5,1
Sim	31	80	Ferida perfuro-contusa	2	5,1
Não	8	20	Disúria (sem lesão aparente)	1	2,6
Mecanismo do trauma alegado			Lesão himenal		
Queda a cavaleiro	29	74,4	Sim	5	14,2
Queda com trauma penetrante	7	17,9	Não	30	85,8
Trauma contuso direto	1	2,6	Lesões em outras áreas do corpo		
Mordida de cão	1	2,6	Sim	10	25,6
Iatrogenia (sondagem retal)	1	2,6	Não	29	74,4

*Região Metropolitana de Salvador

Objetivo Secundário

5.4 Artigo 4 - Factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations. In Press. Aceito para publicação na revista Ciência & Saúde Coletiva. Prévia do artigo impresso disponível em versão eletrônica no site da Revista.

(http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15637)

Apresenta uma análise exploratória de potenciais fatores associados à confirmação material de abuso sexual infantil pelo exame médico legal.



Ciência & Saúde Coletiva

para a sociedade

Sobre a Revista

Orientações Sobre
Números Temáticos

Edições Anteriores

Artigos e Avaliação

Corpo Editorial

Parcerias

Fale Conosco

A revista "Ciência e Saúde Coletiva" já está disponível também no site "SciELO Public Health".

Artigos

0212/2016 - Fatores associados à confirmação por exame médico legal de abuso sexual infantil

Factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations

Wellington Silva - Silva, Wellington - Bahia School of Medicine and Public Health/Post-Graduation Program in Medicine and Health - <wellsilva@yahoo.com.br>
http://xxxx

Co-autores

Filipe Moraes Ribeiro - Ribeiro, Filipe Moraes - Universidade Federal da Bahia - <filiperibeiro.med@gmail.com>
Gabriel Kamei Guimarães - Guimarães, Gabriel Kamei - Universidade Federal da Bahia - <gk.guimaraes@hotmail.com>

Matheus Sá Santos - Santos, Matheus Sá - Universidade Federal da Bahia - <matheus.caem@gmail.com>
Victor Porfírio dos Santos Almeida - Almeida, Victor Porfírio dos Santos - Universidade Federal da Bahia - <vico.porfirio@gmail.com>

Ubirajara Oliveira Barroso Junior - Barroso Junior, Ubirajara Oliveira - Bahia School of Medicine and Public Health/Post-Graduation Program in Medicine and Health - <ubarroso@uol.com.br>

Conflito de Interesse?

Não

Opção de Submissão

Trabalho Novo

Área Temática

Saúde da Criança e do Adolescente

Resumo

O Objetivo deste estudo é identificar potenciais fatores associados à confirmação de abuso sexual infantil no exame médico legal. Foram revisados os laudos de sexologia forense realizados em crianças menores que 12 anos que relataram abuso sexual no Instituto Médico Legal de Salvador, Brasil no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009. Análise multivariada foi utilizada para identificar fatores relacionados à confirmação de abuso sexual pelo exame médico forense. A proporção de casos confirmados pelo médico legista com base em evidencia material foi de 10,4%. A análise ajustada demonstrou que as variáveis naturalidade, tipo do relato de abuso, parentesco com o agressor, e intervalo entre o abuso relatado e a perícia não estão independentemente relacionadas à confirmação de abuso sexual em exame de corpo de delito. A presença de relato de penetração estava associado a uma chance cinco vezes maior de confirmação, e a faixa etária de 10 a 11 anos (pré-adolescentes) apresentou uma chance duas vezes maior de ter casos confirmados do que crianças menores. Estes dados devem ser levados em conta no planejamento de diretrizes para a avaliação multidisciplinar de crianças com suspeita de serem vítimas de abusos sexual e na decisão de encaminhamento para exame de corpo de delito.

Palavras-chave

Maus-Tratos Sexuais Infantis

Estupro

Pedofilia

Violência Sexual

Abstract

The aim of this study is to identify potential factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations. The forensic files of children under 12 years of age reporting sexual abuse at the Nina Rodrigues Institute of Forensic Medicine in Salvador, Bahia, Brazil between January 2008 and December 2009 were reviewed. A multivariate analysis was conducted to identify factors associated with finding evidence of sexual abuse in forensic examinations. The proportion of cases confirmed by the forensic physician based on material evidence was 10.4%. Adjusted analysis showed that the variables place of birth, type of abuse reported, family relationship between the child and the perpetrator, and the interval between the reported abuse and the forensic examination were not independently associated with finding forensic evidence of sexual abuse. A report of penetration was associated with a five-fold greater likelihood of confirmation, while the victim being 10-11 years of age (pre-adolescent) was associated with a two-fold of abuse confirmation than younger children. These findings should be taken into consideration when drawing up guidelines for the multidisciplinary evaluation of children suspected of being victims of

Introduction

Child sexual abuse is the involvement of a child in sexual activity that he/she is unable to fully comprehend, is not yet prepared for in terms of development, and is unable to consent to. Child sexual abuse also refers to acts that violate the laws or taboos established by society.¹ It differs from ‘sexual games’ in which children look at or touch each other’s anus or genital areas in that these games do not involve coercion and the players are likely to be of the same age and developmental status.² Sexual abuse also includes activities that do not involve contact, such as exhibitionism, voyeurism, or pornography.¹

Meta-analyses conducted with data from various different countries estimate that by 18 years of age, 20% of girls and 8% of boys have been victimized.^{3,4} Many child victims of sexual abuse never tell anyone about the abuse they have suffered. Those who manage to report it may have to repeat their story at healthcare units, forensic institutes, and police stations, running the risk of being re-victimized by repeating traumatic and distressing facts.

The World Health Organization’s guidelines for the care of victims of sexual violence⁵ emphasize that care should focus on the victim’s needs and stress the importance of the integration of care; that is, the care provided to the victim and the forensic examination should take place at the same time and at the same location. Brazil has incorporated several of these recommendations into its legislation;^{6,7,8,9} however, there remains a need to implement recommendations specifically aimed at children. Child sexual abuse differs substantially from sexual violence involving adults and adolescents, since many cases do not involve penetration¹⁰ and tend to be reported later, making it unlikely that evidence will be found in the victim’s body.⁵ The window of opportunity for finding traces of the perpetrator in a child is smaller than in the case of adult victims.¹¹ In addition, the need to collect material for tests designed to detect sexually transmitted infections should be decided case by case; the collection of sperm from the vagina is seldom indicated.¹² Studies conducted in forensic institutes show that child sexual abuse cannot be confirmed in over 90% of forensic examinations;^{13,14} an evaluation focused only on the forensic examination may serve to discredit the child’s report.

A better understanding of the factors associated with the forensic confirmation of child sexual abuse may help predict when material proof is more likely to be obtained at the forensic medical examination. Consequently, the regulations for the multidisciplinary evaluation of victims may be improved, reducing the risk of re-victimization associated with unnecessary

examination. The objective of the present study was to identify potential factors associated with the confirmation of sexual abuse in the forensic examination of children reporting sexual abuse.

Methods

Study design

A cross-sectional, retrospective study was conducted to investigate potential factors associated with sexual abuse confirmation at forensic examinations.

Study site

The Nina Rodrigues Institute of Forensic Medicine is the referral centre in the greater metropolitan region of Salvador for all forensic examinations, including all cases of sexual violence. Salvador's metropolitan region consists of 13 municipalities with 3,574,804 inhabitants according to the 2010 census.¹⁵ The forensic examinations are conducted by the forensic physicians on duty at the institute. The evaluations involve interviews with the alleged victims and/or their family members, a physical examination, and the collection of material for laboratory analysis (beta-hCG for the diagnosis of pregnancy, sperm search, and evaluation of prostatic specific antigen) consistent with the forensic findings. Although the interviews form part of the examination, the conclusions reached by the forensic physicians are based on the material findings obtained.

Sample

The sample included all consecutive forensic reports issued between January 1, 2008 and December 31, 2009 that met the following eligibility criteria: 1) forensic examination was performed for suspected sexual abuse; 2) the victim was under 12 years of age, and 3) a report of sexual abuse was present in the case history.

Study variables

The criterion variable was *evidence of sexual abuse*, coded as [0] when unconfirmed or [1] for those cases in which the forensic physician was able to confirm sexual assault at the conclusion of the examination.

The independent variables were as follows:

- a) the child's demographic data (sex, age, place of birth and place of residence);
- b) the source of the report of abuse: [0] the person accompanying the child reported the abuse to the forensic physician as previously reported to him/her by the child; [1] the child

reported the sexual abuse during the interview with the forensic physician; or [2] a family member declared that someone had witnessed the sexual abuse;

c) the type of abuse reported: [0] no report of penetration; or [1] reported digital or penile penetration (anal or genital);

d) interval between the reported abuse and the examination: [0] more than 15 days; [1] up to 24 hours; [2] between 24 and 72 hours; [3] between 3 and 7 days; or [4] between 8 and 15 days;

e) the perpetrator's sex; and

f) family relationship between the perpetrator and the child: [0] no or [1] yes.

In the data analysis, the child's age was coded as [0] for those under 10 years of age or [1] for those between 10 and 11 years of age.

Instruments

The data collection instrument consisted of a standardized form specifically developed for this study.

Data analysis

The data analysis included the description of absolute and relative frequencies for the categorical variables. Numerical variables with normal distribution were expressed as means and standard deviations, while variables with non-normal distribution were described as medians and interquartile ranges.

In the inferential analysis, a bivariate analysis was initially performed using the chi-square test to identify potential factors associated with the criterion variable. All variables with a p-value < 0.20 in the bivariate analysis were included in a multivariate model using Poisson regression with a robust error variance.¹⁶ The prevalence ratios, together with their respective 95% confidence intervals, were calculated as a measure of effect, using the Wald test, to identify the variables associated with sexual abuse confirmation, concomitantly adjusting the effect of each variable for the others included in the model. The variables with a p-value over 0.05 were manually removed one by one and those with a p-value below 0.05 were retained in the final model. After the final model was defined, its goodness-of-fit was verified using Pearson's chi-square test. An omnibus test was used to assess the model's statistical significance. The

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 17.0 for Windows, was used to construct the database and conduct the analyses.¹⁷

Ethical aspects

The internal review board of the Bahia School of Medicine and Public Health approved the study under protocol number 068/10 and the research coordinator of the Nina Rodrigues Institute of Forensic Medicine authorized the data collection.

Results

Within the study period, 828 forensic reports were selected consistent with the established criteria. In 557 of these cases (67.3%), the child reported the abuse personally to the forensic physician during the interview. In 230 cases (27.8%), the person accompanying the child told the forensic physician that the child had reported sexual abuse prior to the examination. In the remaining 41 cases (4.9%), someone had witnessed the sexual abuse. The mean age of the children was 7.08 ± 2.87 years (mean \pm standard deviation; range: 2–11 years).

Table 1 describes the population characteristics. Most of the children (78.4%) were female and had been born and were living in Salvador (71.6% and 75%, respectively). In almost all the cases, the perpetrator was male. In half of the cases, there was a family relationship between the perpetrator and the child. In most cases, there was no report of penetration. The median time interval between the last episode of reported sexual abuse and the forensic examination was 96 hours (interquartile range: 24–456 hours). In 10.4% of the cases, the forensic physician was able to confirm the sexual abuse based on material evidence (95% CI: 8.4–12.7).

Table 2 shows the distribution of the study variables by the criterion variable (whether *evidence of sexual abuse was found*), with the proportions found then being compared using the chi-square test. Table 3 shows the adjusted prevalence ratios (PR) and 95% confidence intervals of the variables included in the model as a function of whether sexual abuse was confirmed. Table 3 also shows the variables that remained in the final model with a significance level $<5\%$ in the Wald test using the Poisson regression method with a robust error variance. The goodness-of-fit test confirmed the adequacy of the model used, with $p > 0.05$ (0.937 for the goodness-of-fit; Pearson's chi-square test), while the omnibus test confirmed the statistical significance of the model ($p < 0.001$).

The adjusted analysis showed that the variables *place of birth, source of the report of abuse, family relationship between the child and the perpetrator, and the time between the reported abuse and the forensic examination* were not independently associated with finding evidence of sexual abuse in the forensic examination. In the final model, a report of penetration was associated with a five-fold greater likelihood of sexual abuse confirmation. When the victim was 10 to 11 years of age (pre-adolescent) rather than younger, there was a two-fold greater likelihood of the sexual abuse being confirmed in the forensic examination.

Discussion

The finding that the forensic physician was able to confirm sexual abuse in 10.4% of cases based on material evidence is similar to the results found in a study conducted by Anderst and Kellogg¹⁸ in a children's advocacy centre. Nevertheless, in that study, the authors only included female victims of sexual abuse who had reported anal or vaginal penetration, whereas the present study included both boys and girls, with 36% of the victims having reported penetration. In a study conducted by Modelli et al.¹³ with children receiving a forensic examination, the forensic physician was able to confirm 3.5% of the cases of sexual abuse in girls and 9.6% of the cases in boys. Heger et al.¹⁹ found that 4% of the cases of sexual abuse were confirmed in a population of 2,300 children referred to referral centres for sexual abuse. In another study of children investigated for sexual abuse in Nina Rodrigues Institute of Forensic Medicine, from 2005 to 2010, 8.4% of the cases were confirmed by the coroner for material evidence.¹⁴ However, this series also included cases in which investigation was triggered by an abnormal anogenital finding even in the absence of a sexual abuse allegation. The differences in the selection criteria used in the various studies mentioned above may have led to these different results.

In the adjusted analysis, no association was found between finding evidence of sexual abuse and the time interval between the reported abuse and the forensic examination. This finding should be interpreted with caution since this information was missing in 28% of the cases in this study sample. In the study conducted by Anderst and Kellogg,¹⁸ no association was found between definitive findings of penetration and the time interval between the abuse and the examination. However, this study only included girls with time intervals longer than 72 hours between the reported abuse and examination. Furthermore, in the present study, no

association was found between sexual abuse confirmation and *place of birth, source of the report of abuse, or the presence of a family relationship between the victim and the perpetrator.*

In the Poisson regression analysis, the only factors that remained significantly associated with sexual abuse confirmation after the progressive removal of the nonsignificant variables according to the Wald test were those related to penetration and age group. The presence of a report of penetration in the case history was associated with a five-fold greater likelihood of confirmation of sexual abuse in the present study. It was not possible to compare this finding with the results from the study conducted by Anderst and Kellogg,¹⁸ in which the proportion of confirmed cases was similar to our study, because the population in that study consisted exclusively of cases in which penetration had been reported. In a study that included children, adolescents and adults, Moreno¹⁰ found a three-fold greater likelihood of encountering forensic evidence of physical injury in cases of sexual assault with penetration.

Confirmation of sexual abuse was twice as likely in cases involving pre-adolescent children than children less than 10 years of age, even after adjustment for reported penetration. This finding appears to support the hypothesis published in the literature¹² that smaller children may report friction or attempted penetration beyond the labia majora up to the vulvar vestibule as vaginal penetration because they lack any reference on which to base their experiences. Therefore, reports of penetration in older children may perhaps be more closely associated with actual penetration compared to reports from younger children.

When interpreting the present study's results, the methodologies used and their limitations need to be taken into consideration. This study followed a retrospective design and the aspects evaluated were limited to the information contained in the forensic reports. A convenience sample was used, and a selection bias could result in differences in relation to a population-based sample. It is estimated that only 10% of cases of child sexual abuse reach the ears of the child protection authorities.²⁰ It is probable that there is a selection of children in case studies in which the evidence of abuse is greater. The fact that the forensic physician interpreting the findings of the physical examination is the same physician who records the child's report may introduce a bias, since clinical history may influence his/her interpretation of the findings encountered. Despite these limitations, the fact that cases were included consecutively over a two-year period, and that the study was conducted in an institute that

receives all cases of children undergoing forensic examination for suspected sexual abuse in this geographic area gives strength to the study.

In conclusion, in children reporting sexual abuse, the rate of confirmation of the abuse based on material evidence during forensic medical examination is low. For those reporting penetration and in the case of pre-adolescents, the likelihood of obtaining confirmation is greater. These data should be taken into consideration when drawing up guidelines for the multidisciplinary evaluation of children suspected of being victims of sexual abuse and in deciding whether to refer the child for forensic medical examination.

References

1. Kempe CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: The 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics* 1978;**62**:382–9.
2. Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet* 2004;**364**:462–70. Doi: 10.1016/S0140-6736(04)16771-8.
3. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009;**29**:328–38. Doi: 10.1016/j.cpr.2009.02.007.
4. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat* 2011;**16**:79–101. Doi: 10.1177/1077559511403920.
5. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. World Health Organization. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>. Accessed August 1, 2015.
6. Brasil. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial Da União. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm. Accessed September 3, 2015.
7. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial Da União. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12845.htm. Accessed September 2, 2015.
8. Brasil. Portaria nº 485. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Available from: http://www2.unifesp.br/proex/novo/eventos/eventos14/maistrinta/docs/legislacao/portaria_485.pdf. Accessed August 7, 2015.

9. Brasil. Portaria Interministerial nº 288. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial Da União. Available from: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/interministerial/2648-288>. Accessed September 2, 2015.
10. Sudupe MA. Age differences among victims of sexual assault: A comparison between children, adolescents and adults. *J Forensic Leg Med* 2013;**20**:465–70. Doi: 10.1016/j.jflm.2013.02.008.
11. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015. Doi: 10.1016/j.jpag.2015.01.007.
12. Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;**17**:191–7. Doi: 10.1016/j.jpag.2004.03.044.
13. Modelli MES, Galvão MF, Pratesi R. Child sexual abuse. *Forensic Sci Int* 2012;**217**:1–4. Doi: 10.1016/j.forsciint.2011.08.006.
14. Silva WS, Barroso-Júnior UO. Características de los menores de 12 años con examen médico forense por sospecha de abuso sexual en Salvador, Brasil. *Rev Española Med Leg* 2016;**42**:55–61. Doi: 10.1016/j.reml.2015.06.004.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Census 1010. Available from: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Accessed January 19, 2015.
16. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;**3**:21. Doi: 10.1186/1471-2288-3-21.
17. SPSS Inc. (2005). SPSS for Windows, version 14.0. Illinois, USA: SPSS Inc. 1986–2005. n.d.
18. Anderst J, Kellogg N, Jung I. Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. *Pediatrics* 2009;**124**:e403–9. Doi: 10.1542/peds.2008-3053.
19. 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.
20. MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse Negl* 2003;**27**:1397–408. Doi: 10.1016/j.chiabu.2003.06.003.

Table 1: Distribution of the demographic variables, case history data, and forensic examination conclusion in the study population. Metropolitan region of Salvador - Bahia, 2008-2009. (n = 828)

Variables	n	%
<i>Demographic data</i>		
Age group (years)		
< 10 years	611	73.8
Pre-adolescent (10–11 years)	217	26.2
Sex of the child		
Male	197	23.8
Female	631	76.2
Place of birth		
Salvador	602	72.7
Another town/city	219	26.4
Data missing	7	0.8
Place of residence		
Salvador	632	76.3
Another municipality within greater Salvador	187	22.6
Data missing	9	1.1
<i>Historical data</i>		
Source of the report of sexual abuse		
Abuse reported by the child during the interview	557	67.3
A family member reported the abuse as told by the child	230	27.8
The sexual abuse was witnessed by someone	41	4.9
Form of sexual abuse reported		
Included digital or penile penetration (anal or genital)	298	36.0
No penetration	349	42.1
Data missing	181	21.9
Interval between the reported abuse and the forensic examination		
≤ 24 hours	150	18.1
> 24 to 72 hours	126	15.2
From 3 to 7 days	99	12.0
From 8 to 15 days	43	5.2
> 15 days	178	21.5
Data missing	232	28.0

Sex of the perpetrator

Male	798	96.4
Female	19	2.3
Data missing	11	1.3

Family relationship between the child and the perpetrator

Yes	398	48.1
No	370	44.7
Data missing	60	7.2

*Conclusion of the forensic examination***The forensic physician was able to confirm sexual abuse**

Yes	86	10.4
No	742	89.6

Table 2: Distribution of the independent variables as a function of whether the sexual abuse was confirmed by the forensic physician based on material evidence. Metropolitan region of Salvador - Bahia, 2008-2009. (n = 828)

Variable	Unconfirmed (n = 742)	%	Confirmed (n = 86)	%	<i>p-value*</i>
Age group	(n = 742)		(n = 86)		< 0.001
< 10 years	564	76.0	47	54.7	
Pre-adolescent (10-11 years)	178	24.0	39	45.3	
Sex of the child	(n = 742)		(n = 86)		0.354
Female	562	75.7	69	80.2	
Male	180	24.3	17	19.8	
Place of birth	(n = 735)		(n = 86)		0.038
Salvador	547	74.4	55	64.0	
Another city	188	25.6	31	36.0	
Place of residence	(n = 733)		(n = 86)		0.361
Salvador	569	77.6	63	73.3	
Another city	164	22.4	23	26.7	
Source of the report of abuse	(n = 742)		(n = 86)		0.048
Report of sexual abuse made by the child during the interview	489	65.9	68	79.1	
Report of sexual abuse made by the person accompanying the child	215	29.0	15	17.4	
Someone witnessed the sexual abuse	38	5.1	3	3.5	
Sex of the perpetrator	(n = 821)		(n = 86)		0.248**
Female	19	2.6	0	0.0	
Male	712	97.0	86	100	
Family relationship between the child and the perpetrator	(n = 689)		(n = 79)		0.034
Yes	366	53.1	32	40.5	
No	323	46.9	47	59.5	
Form of sexual abuse reported	(n = 578)		(n = 69)		< 0.001
Included digital or penile penetration (anal or genital)	241	41.7	57	82.6	
No penetration	337	58.3	12	17.4	
Time between the sexual abuse and the forensic examination	(n = 522)		(n = 74)		0.002
≤ 24 hours	120	23.0	30	40.5	
> 24 - 72 hours	116	22.2	10	13.5	
Between 3 and 7 days	95	18.2	4	5.4	
Between 8 and 15 days	38	7.3	5	6.8	
> 15 days	153	29.3	25	33.8	

*Chi-square test; ** Fisher's exact test

Table 3: Prevalence ratios (PR) of the variables included in the Poisson regression model as a function of whether sexual abuse was confirmed and the variables that remained in the final model. Metropolitan region of Salvador - Bahia, 2008-2009. (n = 828)

Variable	Initial Model PR (95% CI)*	p-value (Wald)	Final Model PR (95% CI)	p-value (Wald)
Age group				
Pre-adolescent (10-11 years)	1.788 (1.100; 2.905)	0.019	2.117 (1.391; 3.220)	< 0.001
Under 10 years of age	1		1	
Place of birth				
Salvador	0.704 (0.428; 1.157)	0.166		
Another city	1			
Source of the report of abuse				
Report of sexual abuse made by the child during the interview	1.601 (0.677; 3.785)	0.284		
Someone witnessed the sexual abuse	1.758 (0.444; 6.959)	0.422		
Report of sexual abuse made by the person accompanying the child	1			
Family relationship between the child and the perpetrator				
Yes	1.392 (0.839; 2.148)	0.220		
No	1			
Type of abuse				
Included digital or penile penetration (anal or genital).	5.529 (2.696; 10.652)	< 0.001	5.153 (2.830; 9.381)	< 0.001
No penetration	1		1	
Time between the reported abuse and the forensic examination				
≤ 24 hours	1.194 (0.694; 2.056)	0.521		
> 24 - 72 hours	0.793 (0.383; 1.642)	0.532		
Between 3 and 7 days	0.451 (0.159; 1.276)	0.133		
Between 8 and 15 days	0.732 (0.312; 1.717)	0.474		
More than 15 days	1			

* 95% confidence interval

6 DISCUSSÃO

Na população que estudamos, a maioria das crianças apresentaram um relato de abuso sexual. A revelação de abuso sexual pode ter efeitos devastadores sobre o núcleo familiar e por isso tem sido relatado que há uma espécie de “pacto de silêncio” entre as vítimas e os agressores⁽⁵¹⁾. São várias as razões que sustentam este pacto de silêncio e dificultam a revelação de abuso sexual pelas vítimas. Além das ameaças que muitas vítimas sofrem dos seus agressores, a revelação de abuso pode ser extremamente estressante para uma criança. Muitos casos de abuso são cometidos por pais ou padrastos e a revelação pode envolver a prisão de um membro da família com quem se tem fortes vínculos afetivos e que pode ser o suporte financeiro do grupo familiar⁽⁵¹⁾. Assim, os casos que relataram abuso sexual na população ora estudada representam aqueles que romperam este pacto de silêncio e puderam ser levados à atenção das autoridades policiais. Estima-se através de estudos realizados com questionários aplicados em adultos, que mais de 80% das vítimas de abuso sexual nunca revelam o fato⁽⁸¹⁾ e os dados coletados de serviços de proteção à criança correspondem a menos de 10 % dos casos totais de abuso sexual⁽⁴¹⁾.

No período estudado, o número de perícias de sexologia em crianças por suspeita de abuso sexual cresceu 28% na Região Metropolitana de Salvador. Este aumento pode ter sido resultante tanto do crescimento da população que passou de 3.021.572 para 3.573.973 entre 2000 e 2010 com um aumento de 18%⁽⁷⁷⁾, quanto pelo impacto de campanhas governamentais de conscientização acerca do abuso sexual infantil.

A média de idade foi 6,5 anos (DP+-3). Considerando que a aquisição da linguagem verbal pode facilitar que a criança possa comunicar para alguém uma agressão de abuso sexual que tenha sido vítima, crianças em fase pré-verbal podem ter sido menos representadas na população investigada. Ainda que os conteúdos que emergem dos desenhos e brincadeiras de uma criança frequentemente refletem as questões emocionais de maior importância para ela e constituam uma forma de comunicação, pode ser difícil para circunstantes não treinados decifrar esta linguagem.

A proporção encontrada de 78% para o sexo feminino entre as crianças examinadas por suspeita de abuso sexual está de acordo com dados da literatura, porém tem sido relatado também que meninos são menos propensos a revelar abuso sexual^(2,51).

Houve um predomínio de crianças procedentes do município de Salvador (75%) e isto reflete o peso deste município, que no Censo do IBGE de 2010 concentrava 74,8% de toda a população da Região Metropolitana⁽⁷⁷⁾. É necessário considerar também o fato de que o IMLNR está localizado em Salvador, o que facilita o acesso para quem já mora no município.

Entrevista com a criança fez parte do exame em 60 % dos casos e, na maior parte das perícias, as palavras da criança não foram transcritas no laudo. Este dado pode estar relacionado à prioridade que é dada nos exames de corpo de delito aos dados objetivos do exame físico⁽⁴³⁾.

A proporção de agressores do sexo feminino foi de apenas 2% no nosso estudo. Este dado pode ser um fator importante a ser considerado na elaboração de estratégias de prevenção. Um menor grau de vigilância por parte dos cuidadores sobre as crianças é descrito como fator de risco para abuso sexual infantil⁽⁵⁰⁾. Mbagaya⁽⁸²⁾, relata aumento de risco de abuso sexual em situações onde crianças são deixadas com cuidadores não relacionados biologicamente quando os pais saem para trabalhar. Mas, é preciso lembrar que parentes biológicos de sexo masculino incluindo pai, tio, irmão e primo tem sido implicados como abusadores em muitos casos em nosso estudo, como também na literatura⁽²⁾. Assim, é possível que uma maior proteção esteja relacionada ao gênero dos cuidadores. No passado, em muitas sociedades, mães, avós, ou outros parentes se encarregavam do papel principal de cuidadores das crianças. No entanto, a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho diminui a disponibilidade de cuidadores no domicílio, e nestas circunstâncias, a disponibilidade ou não de creches públicas em tempo integral pode ser uma variável relevante a ser considerada. Por outro lado, a dependência financeira da mulher, quando acompanhada de subordinação em sociedades fortemente patriarcais, pode diminuir a chance de denúncia quando se apresentem situações de abuso envolvendo o padrasto ou o próprio genitor. Estas são variáveis não incluídas no presente estudo e que necessitam ser investigados em pesquisas futuras.

Entre os agressores que não possuíam vínculo de parentesco com a criança, a proporção de desconhecidos foi 8,8% (92) o que reforça os dados já referidos na literatura de que os familiares e amigos da família são a maior fonte de abuso sexual à criança⁽⁵¹⁾.

O intervalo entre o fato e a perícia teve uma mediana de 96 horas entre os que puderam informar a data do abuso e apenas 25% dos casos foram examinados até 24 horas. Diferente

das crianças vítimas de trauma genital acidental em que a maioria é examinada antes de 24h, as vítimas de abuso sexual costumam revelar mais tardiamente, diminuindo a chance de constatação de eventuais lesões e coleta de vestígios forenses que possam ter existido⁽⁸³⁾.

Um achado relevante neste estudo foi a elevada proporção de casos com relato de abuso sexual que não apresentaram qualquer alteração ao exame físico. A ausência de achados em uma criança que relata abuso sexual pode ter vários motivos. É importante considerar em primeiro lugar, que o abuso sexual contra a criança inclui formas sem penetração como carícias e atrito em zonas erógenas e outras formas de abuso que nem envolvem contato físico. Compreende-se que é típico do abusador praticar atos libidinosos que não envolvam trauma pelo receio de perder o acesso à vítima⁽²²⁾. Em segundo lugar, mesmo para as formas de abuso que envolvem penetração, ou formas de atrito com ejaculação, a possibilidade de detecção de transferência de material biológico para a vítima pode ser prejudicada por conta da curta janela de positividade destes vestígios⁽⁸⁴⁾. Em terceiro, quando há lesões genitais ou anais, estudos têm demonstrado que tais lesões cicatrizam rapidamente e em geral sem deixar vestígios ou deixando vestígios que são inespecíficos^(85,86). Assim, além das formas de abuso que não deixam vestígios, há também a possibilidade de que evidências estejam ausentes ao exame físico por conta do intervalo tardio entre a perícia e o abuso sexual, como ocorreu para a maioria dos casos deste estudo. Por último, há que considerar-se a possibilidade de falsos relatos de abuso sexual. No entanto, há um consenso atual de que falsas alegações feitas por crianças são raras^(87,88). A posição de dependência da criança é pouco favorável para ser autora de um falso relato. Quando o agressor é um familiar, especialmente o genitor, há o medo da rejeição ou das ameaças explícitas ou veladas, ou medo da separação dos pais. É uma situação de conflito e ambivalência porque o autor não é só um abusador; é muitas vezes também o provedor financeiro, e provedor de muitas outras coisas, como carinho e atenção. Mesmo quando se trata de estranhos, sentimentos de vergonha e culpa, além de possíveis ameaças tendem a impedi-la de revelar o abuso⁽⁸⁷⁾.

Em um estudo realizado pelos serviços de proteção à criança no Canadá com 798 relatos de abuso sexual, 6% foram considerados intencionalmente falsos⁽⁸⁹⁾. Nesta série, não houve nenhum caso de falso relato feito pela criança. Jones e McGraw⁽⁹⁰⁾, em 576 crianças investigadas por abuso sexual, encontraram 6% de falsas alegações classificadas como intencionais feitas por pais e 2% pela criança. Em uma série de 551 casos de relatos de abuso

sexual, Oates *et al.*⁽⁹¹⁾, encontraram 14 (2.5%) falsos relatos ou falsa interpretação de abuso sexual oriundos da criança.

No presente estudo, um grupo de 601 (21%) crianças apresentou alterações ao exame físico da região anogenital consideradas como inespecíficas e que não permitiram ao perito atribuir a abuso sexual. A frequência destes diferentes achados na população ora estudada não foi maior que as encontradas em estudos de população de crianças sem relato de abuso sexual^(59,86).

A proporção de casos confirmados de abuso sexual por prova material que encontramos foi maior do que a relatada em outros estudos. Modelli *et al.*⁽¹⁶⁾, encontraram 3,5% de casos confirmados em meninas e 9,6% em meninos examinados no instituto médico legal de Brasília (Brasil) por suspeita de abuso sexual. Heger *et al.*⁹², encontraram 4% de casos confirmados de abuso sexual em uma população de 2300 crianças encaminhados para centros de referência em abuso sexual em Los Angeles (EUA). Diferenças nos critérios de seleção empregados nestes diversos estudos podem ter concorrido para estes resultados.

No grupo de crianças com abuso sexual confirmado por prova material, rotura himenal foi o critério utilizado pelo médico legista para confirmação em 83% das meninas, e em 70% destes casos as lesões estavam cicatrizadas. Em lesões cicatrizadas, até recentemente, se utilizava o critério de extensão maior de 50% da orla himenal para a diferenciação entre rotura e entalhe⁽²²⁾, porém em diretriz recente⁽⁴⁹⁾, a AAP propõe que apenas os casos de transecção possam ser categoricamente diferenciados de entalhes. Considerando que em nosso estudo a mediana do intervalo entre o relato de abuso sexual e a perícia foi 72 horas, pode ter acontecido que crianças que apresentaram lesões parciais tenham sido examinadas quando as lesões estavam cicatrizadas impedindo a confirmação de abuso.

Lesões anais ou perianais estiveram presentes em 19% dos casos confirmados de abuso sexual e todos tinham sinais de recenticidade. Estudos têm demonstrado que lesões anais cicatrizam rapidamente e geralmente não deixam vestígios⁽⁵⁴⁾. Em uma série de 198 casos de crianças e adolescentes classificadas como prováveis de ter sido vítimas de penetração anal, nenhum deles evidenciou presença de cicatriz anal⁽⁸⁶⁾. Como muitos exames foram realizados tardiamente, crianças que foram classificadas como exames normais podem ter tido lesões anais que cicatrizaram sem deixar vestígios antes que o exame fosse realizado.

Poucos foram os casos identificados com pesquisa positiva de espermatozoides ou Antígeno Prostático Específico e todos os casos positivos foram coletados com intervalo até 24 horas do abuso relatado. Desde 2005 a Academia Americana de Pediatria publicou uma diretriz recomendando coleta de evidências até 72 horas, quando houver suspeita de abuso sexual em criança, mas enfatizava a necessidade de coleta até 24 horas⁽⁵¹⁾. Na população estudada, 50% dos casos foram examinados após 72 horas do abuso relatado quando esta pesquisa não oferece praticamente chance de positividade. Christian *et al.*⁽⁹³⁾, em um estudo pesquisando evidências forenses incluindo sangue, sêmen ou saliva, em crianças menores de 10 anos, não encontrou vestígios além de 13 horas de intervalo entre a perícia e o evento. Mais da metade dos casos positivos foram encontrados em vestes da criança ou material recolhido do local onde ocorreu o abuso. Em 49 crianças vítimas de agressões sexuais que chegaram ao departamento de emergência antes de 72 horas, Young *et al.*⁽⁵³⁾, não encontraram evidências de sêmen em “swabs” coletados do corpo através de exame microscópico direto ou pesquisa de antígeno prostático específico. Nessa série, foi possível detectar sêmen em três casos através do exame das vestes (ou vestígios do local onde ocorreu o abuso) nos casos que se apresentaram antes de 24 horas. A ausência de solicitação de pesquisa de sêmen nas vestes da população estudada pode ter contribuído para o pequeno número encontrado de casos positivos.

Atualmente, o aumento da disponibilidade de métodos de amplificação de DNA tem permitido a detecção de vestígios forenses em crianças mesmo além de 72 horas do abuso alegado nos laboratórios que dispõem destas técnicas^(94,95). Embora o incremento de detecção de vestígios além de 24 horas com técnicas avançadas de DNA seja modesto, pode ser a única evidência material para alguns casos. A última diretriz da Academia Americana de Pediatria⁽⁴⁹⁾ mantém a recomendação do prazo de 72 horas para coleta de vestígios em adolescentes, mas recomenda o prazo de 24 horas para coleta de vestígios em crianças. No entanto, alerta para a possibilidade de coletar vestígios mesmo além destes prazos, nos Laboratórios que dispõem de técnicas avançadas de amplificação de DNA.

Na série de crianças que alegaram trauma acidental como causa das lesões anogenitais apresentadas, a média de idade foi próxima da encontrada por Spitzer et al (5,6 anos)⁽⁸³⁾. É possível que nesta faixa etária as crianças estejam menos vigiadas que crianças menores, tenham menos noção de perigo que crianças maiores e por isso se exponham mais a situações de risco.

Relato de testemunha ao acidente foi encontrado em 74% e este é um critério importante no contexto da história para o diagnóstico diferencial. Sugar e Feldman encontraram uma proporção de testemunha ocular de 68% em casos de acidentes penetrantes⁽⁹⁶⁾.

Em nossa amostra não temos a informação do intervalo entre o trauma e o exame na unidade de saúde, mas o intervalo entre o trauma alegado e o exame forense foi de menos de 40 horas em 75% dos casos. A busca imediata por atendimento médico tem sido uma das características apontadas na literatura para os traumas anogenitais acidentais⁽⁹⁷⁾. Em um estudo de casos de trauma acidental o intervalo do evento até a chegada na unidade de saúde teve uma média de 7 horas⁽⁸³⁾. Em crianças vítimas de abuso sexual tem sido relatado que um “pacto de silêncio” faz com que poucos casos sejam examinados dentro de um prazo que permita o exame de lesões recentes⁽⁵¹⁾. Por isso, a precocidade do exame favorece maior segurança para estabelecer o diagnóstico ao permitir coleta em tempo adequado de vestígios forenses quando indicado, exame das lesões em fase recente, e melhor avaliação da congruência entre o instrumento alegado e as lesões encontradas. O cruzamento entre o histórico fornecido pelos acompanhantes com o relato da criança e o relato das testemunhas oculares, quando disponíveis, também fornecem melhor resultado quando realizados precocemente.

O local das lesões encontradas envolveu principalmente os lábios e períneo como tem sido encontrado em outros estudos^(98,99). O mecanismo do trauma alegado foi queda a cavaleiro em 74% dos casos, o que está de acordo com dados da literatura em contexto hospitalar. Iqbal et al⁽⁹⁸⁾ encontraram 70.5% de queda a cavaleiro em uma série de 167 casos de trauma genital acidental, e Spitzer et al⁽⁸³⁾ relataram 81.9 % em uma série de 105 casos. Este é um mecanismo de lesão que é produzido pela queda sobre objeto não penetrante e diferentemente de traumas como acidentes automobilísticos, costumam produzir lesões isoladas na região anogenital⁽¹⁰⁰⁾. Objetos comuns em queda a cavaleiro envolvem quadro de bicicleta, equipamentos de parque infantil (especialmente os escaladores) e também móveis da casa, e podem resultar em equimoses, escoriações e lacerações lineares^(100,101).

Lesões penetrantes ocorreram em 7 casos (18%), em nosso estudo e neste grupo foi identificado 5 casos com lesões himenais. Em traumas acidentais lesões penetrantes ocorrem se a vítima cai sobre objeto cortante ou pontiagudo⁽¹⁰⁰⁾. Iqbal et al⁽⁹⁸⁾ encontraram 6,0% de lesões penetrantes e lesão himenal em 8.4% em sua série de 167 casos de trauma genital acidental, e Spitzer et al⁸³ em 105 casos, encontraram 8 (7,6%) lesões penetrantes e lesão himenal em 5 (4.76%) casos. A maior proporção de lesões himenais e trauma penetrante em

nosso estudo pode estar relacionada ao tipo de população em que a amostra foi selecionada. É provável que estes casos tenham sido mais frequentemente encaminhados para investigação policial aumentando sua proporção.

Lesões penetrantes anogenitais podem mimetizar abuso sexual e representam um desafio para o diagnóstico diferencial. Os achados de exame físico frequentemente são insuficientes para a diferenciação com abuso sexual e muitas vezes é necessário encaminhamento para avaliação forense⁽⁸³⁾.

A avaliação da compatibilidade da história com as lesões encontradas no exame genital é o elemento mais importante para a conclusão diagnóstica⁽⁴⁶⁾. Inconsistências na história devem alertar o médico para a suspeita de abuso sexual. Outros elementos a considerar na história é o relato de testemunhas oculares no momento do trauma e o momento em que foi procurado atendimento médico. Quanto aos achados de exame físico, traumas genitais acidentais geralmente envolvem as partes anteriores da genitália incluindo o monte pubiano, lábios, clitóris, vestíbulo e meato uretral⁽¹⁰²⁾. Pode haver contusões com a forma do objeto alegado. Porém, nos traumas penetrantes as partes posteriores da genitália podem estar envolvidas e o diagnóstico é mais difícil. Uma característica que pode auxiliar o médico na diferenciação é que as lesões produzidas não costumam ficar circunscritas ao vestíbulo, hímen e vagina. É comum nos traumas penetrantes acidentais a extensão para estruturas mais anteriores da genitália quando há lesão himenal⁽⁹⁷⁾.

Quanto ao padrão das lesões de abuso sexual, há importantes diferenças entre crianças pré-púberes e as que iniciaram a puberdade. A vagina de uma criança pré-púbere tem um comprimento de quatro a seis centímetros, um epitélio e parede delgadas, é mais estreita e sem a distensibilidade da vagina de adolescentes ou mulheres adultas⁽²⁴⁾. Por isso, trauma vaginal penetrante em pré-púberes geralmente produz laceração himenal e vaginal. Penetrações mais profundas podem também envolver parede posterior da vagina, períneo e septo reto-vaginal estendendo-se até o reto⁽⁹⁷⁾.

Em crianças que iniciaram a puberdade, ausência de vestígios tem sido relatado mesmo em casos penetração do pênis em ânus, ou vagina. Isto pode ocorrer pela capacidade elástica dos tecidos, ou porque as eventuais lesões podem cicatrizar rápida e completamente sem deixar vestígios, ou resultar em marcas sutis e ambíguas^(44,54). Os achados físicos podem estar ausentes,

mesmo quando o autor admite que houve penetração na genitalia da criança⁽¹⁰³⁾. Em um estudo com 36 adolescentes grávidas, apenas duas tinham evidência himenal de penetração⁽¹⁰⁴⁾. As mudanças induzidas pelo estrogênio no hímen durante a puberdade é um fator que tem sido atribuído para explicar o mascaramento da evidência prévia de trauma himenal⁽⁵⁶⁾. Seus efeitos tornam a vagina e hímen mais elásticos e mais capazes de distender-se sem sofrer traumatismo.

Assim, para casos de relato de trauma anogenital acidental, uma história clínica cuidadosa tem um importante papel para evitar equívocos diagnósticos. Dados como a congruência entre a história fornecida pela criança e familiares, a presença de testemunhas ao ocorrido e a compatibilidade entre o mecanismo alegado e a lesão encontrada são elementos fundamentais^(83,100).

A análise exploratória para identificar potenciais fatores associados à confirmação material de abuso sexual infantil no exame médico legal identificou na análise ajustada por Regressão de Poisson que a presença de relato de penetração estava associado a uma chance cinco vezes maior de confirmação. Moreno⁽⁷⁵⁾ encontrou uma chance 3 vezes maior de obter lesões ao exame físico em casos de agressão sexual com relato de penetração. Crianças pré-adolescentes tiveram uma chance duas vezes maior que as menores de 10 anos de ter confirmação de abuso sexual mesmo quando ajustado para relato de penetração. Este dado parece apoiar a hipótese relatada na literatura⁽⁷⁶⁾ de que crianças menores possam relatar casos de atrito ou tentativa de penetração além dos grandes lábios até o vestíbulo como penetração vaginal por lhes faltar um referencial para suas experiências. Assim, os relatos de penetração em crianças maiores talvez possam estar mais relacionados com verdadeira penetração que em crianças menores.

A proporção de casos confirmados de abuso sexual que encontramos fazem ressaltar a baixa sensibilidade dos exames de corpo de delito para detectar abuso sexual. O diagnóstico de abuso sexual é muito dependente dos dados fornecidos pela história clínica⁽⁴⁶⁾, porém, o exame de corpo de delito é compreendido como uma tentativa de obter evidência material do crime. No entanto, a abordagem às vítimas de abuso sexual infantil necessita de equipe multidisciplinar, incluindo uma adequada coordenação entre os profissionais da esfera clínica e social, que extrapola o trabalho individual do médico legista⁽¹⁰⁵⁾. Tendo em vista que os laudos periciais são encaminhados para autoridades da polícia e judiciário, que podem desconhecer as limitações destes exames, é importante que os médicos legistas explicitem tais limites ao

elaborarem seus laudos. Do contrário, a ausência frequente de vestígios pode ser interpretada como prova de que não ocorreu abuso e concorrer para desqualificar a entrevista, único dado relevante na maioria dos casos. Isto é mais importante em países como o Brasil onde a rede de assistência multidisciplinar às crianças vítimas de abuso sexual ainda não se consolidou e os exames de corpo de delito ainda tem um papel de destaque na avaliação mesmo quando não se trata de casos recentes.

6.1 Limitações

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados do presente estudo, em especial quanto ao desenho retrospectivo que foi utilizado. Neste sentido, os aspectos avaliados foram limitados à informação contida nos laudos de exame de corpo de delito e os autores não tiveram controle sobre a qualidade original destes dados. Os casos deste estudo foram examinados por diferentes médicos legistas e pode não ter havido uniformidade nos critérios utilizados na avaliação. Também, o fato de que o médico legista que avaliava os achados do exame físico ser o mesmo que registrava o relato de abuso pode ter introduzido um viés, uma vez que a história clínica pode ter influenciado a interpretação dos achados encontrados. Por outro lado, foi usada uma amostra de conveniência, e um viés de seleção pode resultar em diferenças em relação a uma amostra de base populacional.

No entanto, a amostra foi selecionada em um Instituto que recebe todos os casos de crianças submetidas a exame forense de suspeita de abuso sexual na área geográfica de interesse e os casos foram incluídos consecutivamente ao longo dos períodos considerados o que confere robustez ao estudo.

7 CONCLUSÕES

Artigo 1

Na população estudada, 85% dos casos apresentaram relato positivo de abuso sexual. Em 67% das crianças examinadas não foi detectada qualquer alteração ao exame físico ou pesquisa laboratorial. A proporção de casos de abuso sexual confirmados por prova material foi de 8,9%. Tendo em vista a pequena proporção de falsos relatos de abuso sexual feitos por crianças que é descrito na literatura, os dados encontrados sugerem a baixa sensibilidade do exame médico legal para a confirmação de abuso sexual infantil.

Artigo 2

No grupo de crianças que teve abuso sexual confirmado por prova material, apenas 0,4% dos agressores foram de sexo feminino. Rotura himenal e lesões recentes perianais foram os achados que permitiram a confirmação médico forense na maioria dos casos. A confirmação laboratorial por pesquisa de espermatozoides ou PSA ocorreu em apenas 4,4% e em todos estes casos a coleta ocorreu até 24 horas após o abuso alegado.

Artigo 3

Em crianças com histórico de trauma anogenital acidental na maioria dos casos havia relato de que o evento foi testemunhado por alguém. Queda a cavaleiro sobre objeto rombo foi relatado em 74% casos. Trauma penetrante foi alegado em 18% casos e rotura himenal estava presente em 5 casos. Especialmente diante dos casos com lesão himenal, é necessário ao médico considerar com cautela o conjunto de dados do histórico e exame físico para estabelecer o diagnóstico. A compatibilidade dos dados da história com as lesões encontradas é o elemento mais importante na avaliação.

Artigo 4

Entres as crianças que apresentaram um relato positivo de abuso sexual no histórico da perícia, a análise ajustada por regressão de Poisson demonstrou que a presença de relato de penetração estava associado a uma chance cinco vezes maior de confirmação por prova

material. A faixa etária de 10 a 11 anos (pré-adolescentes) apresentou uma chance de confirmação duas vezes maior do que crianças menores.

REFERÊNCIAS

1. Butchart A, Kahane T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect; 2006. Accessed January 9, 2015. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.
2. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
3. Kempe CH. Sexual Abuse, Another Hidden Pediatric Problem: The 1977 C. Anderson Aldrich. *Pediatrics*. 1978;62(3):382-389.
4. Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet*. 2004;364(9432):462-470.
5. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl*. 2009;33(6):331-342.
6. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(4):328-338.
7. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. 2011;16(2):79-101.
8. Costa MCO. Diga Não À Violência Sexual Contra Crianças E Adolescentes No Seu Município. (UEFS, ed.). Feira de Santana - Bahia; 2012.
9. Oliveira JR de, Costa MCO, Amaral MTR, Santos CA, Assis SG de, Nascimento OC do. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Cien Saude Colet*. 2014;19(3):759-771.
10. Santos CA, Costa MCO, Amaral MTR, Sobrinho CLN, Musse JO CA. Agressor sexual de crianças e adolescentes: análise de situações relacionadas à violação e vítimas. *Adolesc Saude*. 2015;12(3):7-20.
11. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA da, Lima CM, Carvalho MGO de, Oliveira VLA de. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saude Publica*. 2010;26(2):347-357.
12. Souza C dos S, Costa MCO, Assis SG de, Musse J de O, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2014;19(3):773-784.

13. Jefferson Drezett, Marcelo Caballero, Yara Juliano, Elizabeth T. Prieto, José A. Marques CEF. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatr (Rio J)*. 2001;77(5):413-419.
14. Assis SG de, Avanci JQ, Pesce RP, Pires T de O, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2012;17(9):2305-2317.
15. Rates SMM, Melo EM de, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. *Cien Saude Colet*. 2015;20(3):655-665.
16. Modelli MES, Galvão MF, Pratesi R. Child sexual abuse. *Forensic Sci Int*. 2012;217(1-3):1-4.
17. Guimarães JATL, Villela WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(8):1647-1653.
18. Aded NLO, Oliveira SF, Dalcin BLGS, Moraes TM, Cavalcanti MT. Children and adolescents victimized by sexual abuse in the city of Rio de Janeiro: an appraisal of cases. *J Forensic Leg Med*. 2007;14(4):216-220.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_criancas_adolescentes.pdf. Accessed May 1, 2016.
20. Finkelhor D, Hotelling GT. Sexual abuse in the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: an appraisal. *Child Abuse Negl*. 1984;8(1):23-32.
21. Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008;20(5):435-441.
22. Pillai M. Genital findings in prepubertal girls: what can be concluded from an examination? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2008;21(4):177-185.
23. Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2004;17(3):191-197.
24. Katz VL, Lentz MG, Lobo RA DA. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. (Mosby, ed.). Philadelphia; 2007.
25. Brasil. Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União 1940; 31 dez.
26. Brasil. Lei no 12.015, de 7 de agosto de 2009. Diário Oficial da União 2009; 10 ago.

27. OMS. Convenção sobre os Direitos da Criança. Published 1989. http://www.fd.uc.pt/igc/manual/pdfs/10_manual_dhcrianca_CDC.pdf.
28. Brasil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União 2010; 16 jul. Accessed January 16, 2015. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm.
29. Ana Cristina Wanderley da Paixão SFD. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. Saúde e Soc. 2010;19(Janeiro 01):114-126.
30. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Governo do Brasil - Secretaria de Direitos Humanos. <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/>.
31. Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Yves de Roussan/ CEDECA-Ba. <http://www.cedeca.org.br/pagina.cfm?pagina=1>.
32. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro. <http://pair.ledes.net/>. Accessed September 3, 2016.
33. Costa MCO, Carvalho RC de, Santana MAO de, Silva LMS da, Silva MR da. Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. Cien Saude Colet. 2010;15(2):563-574.
34. Ministério da Justiça - Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Cartilha - Disque Denúncia Nacional. http://portal.mj.gov.br/sedh/spdca/T/cartilha_disque_100_21x21_1512.pdf.
35. Ministério Público Federal. Turminha. Guia-Escolar-parte4. Cartilhas Educativas. <http://www.turminha.mpf.gov.br/para-o-professor/publicacoes/Guia-Escolar-parte4.pdf>. Published 2011.
36. Amapá MP. Manual de orientação para educadores - sobre o abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. http://www.mp.ap.gov.br/portal/gerenciador/arquivos/File/manual_de_orientacao_para_educadores.pdf.
37. Amapá MP. Abuso sexual de crianças e adolescentes - Quebrando Tabus. http://www.mp.ap.gov.br/portal/gerenciador/arquivos/File/abuso_quebrando_tabus.pdf.
38. Pediatria SB de. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais da saúde. s profissionais da saúde. Rio de Janeiro; 2001. http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/MausTratos_SBP.pdf. Published 2001.

39. Julio Jacobo Waiselfisz. Mapa da Violência 2012 Crianças e Adolescentes do Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Criancas_e_Adolescentes.pdf. Published 2012.
40. Watkeys JM, Price LD, Upton PM, Maddocks A. The timing of medical examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency? *Arch Dis Child*. 2008;93(10):851-856.
41. MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse Negl*. 2003;27(12):1397-1408.
42. Brasil. Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Diário Oficial da União 1941; 13 out.
43. França GV. Medicina Legal. 9a. (Koogan G, ed.). Rio de Janeiro; 2011.
44. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of nonhymenal genital injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics*. 2007;120(5):1000-1011.
45. McCann J, Voris J. Perianal injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*. 1993;91(2):390-397.
46. Adams J a, Kaplan R a, Starling SP, et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20(3):163-172.
47. Adams JA, Harper K KS. A proposed system for the classification of anogenital findings in children with suspected sexual abuse. *Adolesc Pediatr Gynecol*. 1992;5:73-75.
48. Adams JA. Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreat*. 2001;6(1):31-36.
49. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(2):81-87.
50. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>. Published 2003. Accessed August 1, 2015.
51. Kellogg N. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005;116(2):506-512.
52. Palusci VJ, Cox EO, Shatz EM, Schultze JM. Urgent medical assessment after child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2006;30(4):367-380.

53. Young KL, Jones JG, Worthington T, Simpson P, Casey PH. Forensic laboratory evidence in sexually abused children and adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(6):585-588.
54. Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics.* 2003;112(4):829-837.
55. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics.* 2007;119(5):e1094-106.
56. Dubowitz H. Healing of hymenal injuries: implications for child health care professionals. *Pediatrics.* 2007;119(5):997-999.
57. McCann J, Wells R, Simon M, Voris J. Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: a descriptive study. *Pediatrics.* 1990;86(3):428-439.
58. Berenson AB, Heger AH, Hayes JM, Bailey RK, Emans SJ. Appearance of the hymen in prepubertal girls. *Pediatrics.* 1992;89(3):387-394.
59. Heger AH, Ticson L, Guerra L, et al. Appearance of the Genitalia in Girls Selected for Nonabuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2002;15(1):27-35.
60. Hobbs CJ, Wynne JM. Sexual abuse of English boys and girls: the importance of anal examination. *Child Abuse Negl.* 1989;13(2):195-210.
61. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics.* 1994;94(3):310-317.
62. McCann J, Voris J, Simon M, Wells R. Perianal findings in prepubertal children selected for nonabuse: a descriptive study. *Child Abuse Negl.* 1989;13(2):179-193.
63. Myhre AK, Bemtzen K, Bratlid D. Perianal anatomy in non-abused preschool children. *Acta Paediatr.* 2001;90(11):1321-1328.
64. Berenson AB, Somma-Garcia A, Barnett S. Perianal findings in infants 18 months of age or younger. *Pediatrics.* 1993;91(4):838-840.
65. Maria Angela Mirim Rosa e Campos, Néia Schor, Rosana M Paiva dos Anjos, José César de Laurentiz, Débora Vieira dos Santos FP. Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. *Saúde e Soc.* 2005;14(1):101-109.
66. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D. A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1991;15(4):537-556.
67. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull.* 1993;113(1):164-180.

68. Ferraz L, Portella MJ, Vállez M, et al. Hostility and childhood sexual abuse as predictors of suicidal behaviour in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res.* 2013;210(3):980-985.
69. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(7):647-657.
70. Projeto Sentinela. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Prefeitura de Salvador.
http://www.sedes.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=49. Accessed August 19, 2013.
71. Brasil. Decreto no 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm. Accessed September 3, 2015.
72. Brasil. Lei no 12.845, de 1o de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. *Diário Oficial da União*.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Accessed September 2, 2015.
73. Brasil. Portaria No 485. Redefine O Funcionamento Do Serviço de Atenção Às Pessoas Em Situação de Violência Sexual No Âmbito Do Sistema Único de Saúde (SUS).
74. Brasil. Portaria Interministerial no 288. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humaniza. *Diário Oficial da União*.
<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/interministerial/2648-288>. Accessed September 2, 2015.
75. Sdupe Moreno A. Age differences among victims of sexual assault: A comparison between children, adolescents and adults. *J Forensic Leg Med.* 2013;20(5):465-470.
76. Strickland J, Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004;17(3):191-197.
77. IBGE. Census 1010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Accessed January 19, 2015.
78. Serviço Viver presta apoio a vítimas de violência sexual. SECOM - Secretaria de Comunicação do Governo do Estado da Bahia.
<http://www.secom.ba.gov.br/2015/05/125820/Service-Viver-presta-apoio-a-vitimas-de-violencia-sexual.html>. Published 2015. Accessed August 7, 2016.
79. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3(1):21.

80. SPSS Inc. (2005). SPSS for Windows, version 14.0. Illinois, USA: SPSS Inc. 1986–2005.
81. Kenny MC, McEachern AG. Racial, ethnic, and cultural factors of childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev.* 2000;20(7):905-922. doi:10.1016/S0272-7358(99)00022-7.
82. Mbagaya CV. Child maltreatment in Kenya, Zambia, and the Netherlands : a cross-cultural comparison of prevalence, psychopathological sequelae, and mediation by PTSS. 2010.
83. Spitzer RF, Kives S, Caccia N, Ornstein M, Goia C, Allen LM. Retrospective review of unintentional female genital trauma at a pediatric referral center. *Pediatr Emerg Care.* 2008;24(12):831-835.
84. Nittis M, Stark M. Evidence based practice: laboratory feedback informs forensic specimen collection in NSW. *J Forensic Leg Med.* 2014;25:38-44.
85. Berkowitz CD. Healing of genital injuries. *J Child Sex Abus.* 2011;20(5):537-547.
86. Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M, Davis JL, Suresh P, Kuelbs CL. Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2013;37(7):465-474.
87. Green AH. True and False Allegations of Sexual Abuse in Child Custody Disputes. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1986;25(4):449-456.
88. Faller KC. Is the child victim of sexual abuse telling the truth? *Child Abuse Negl.* 1984;8(4):473-481.
89. Trocmé N, Bala N. False allegations of abuse and neglect when parents separate. *Child Abuse Negl.* 2005;29(12):1333-1345.
90. Jones DPH, McGraw JM. Reliable and fictitious accounts of sexual abuse to children. *J Interpers Violence.* 1987;2(1):27-45.
91. Oates RK, Jones DPH, Denson D, Sirotnak A, Gary N, Krugman RD. Erroneous concerns about child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2000;24(1):149-157.
92. 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):645-659.
93. Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loisel J, Brenner L, Joffe M. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics.* 2000;106(1 Pt 1):100-104.
94. Girardet R, Bolton K, Lahoti S, et al. Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics.* 2011;128(2):233-238.

95. Thackeray JD, Hornor G, Benzinger E a, Scribano P V. Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault. *Pediatrics*. 2011;128(2):227-232.
96. Sugar NF, Feldman KW. Perineal impalements in children: distinguishing accident from abuse. *Pediatr Emerg Care*. 2007;23(9):605-616.
97. Muram D, Levitt CJ, Frasier LD, Simmons KJ, Merritt DF. Genital injuries. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003;16(3):149-155.
98. Iqbal CW, Jrebi NY, Zielinski MD, et al. Patterns of accidental genital trauma in young girls and indications for operative management. *J Pediatr Surg*. 2010;45(5):930-933.
99. Shnorhavorian M, Hidalgo-Tamola J, Koyle MA, Wessells H, Larison C, Goldin A. Unintentional and sexual abuse-related pediatric female genital trauma: a multiinstitutional study of free-standing pediatric hospitals in the United States. *Urology*. 2012;80(2):417-422.
100. Merritt DF. Genital trauma in the pediatric and adolescent female. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009;36(1):85-98.
101. Waltzman ML, Shannon M, Bowen AP, Bailey MC. Monkeybar injuries: complications of play. *Pediatrics*. 1999;103(5):e58.
102. Benjamins LJ. Genital trauma in pediatric and adolescent females. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009;22(2):129-133.
103. Muram D. Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings. *Child Abuse Negl*. 1989;13(2):211-216.
104. Kellogg ND, Menard SW, Santos A. Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened". *Pediatrics*. 2004;113(1 Pt 1):e67-9.
105. Pereda N, Abad J. Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Rev Española Med Leg*. 2013;39(1):19-25.

ANEXOS

Anexo 1 - Instrumento de coleta de dados

○ **Ficha de dados**

+1 REGISTRO: -

+2 DATA DA PERÍCIA: / /

+3 IDADE: ANOS; MESES ; DIAS

+4 SEXO (vítima): 1=MASCULINO; 2=FEMININO

+5 NATURALIDADE: 1- SALVADOR; 2- OUTRA CIDADE; 9=SI

+6 RESIDENCIA: 1- SALVADOR; 2- outra cidade; 9=SI (Sem informação)

+7.1 Houve relato de abuso ou testemunho de abuso no histórico da pericia? Sim; Não

+7.2 MOTIVO da Perícia: 1- Flagrante; 2- Denúncia de agressor pela vítima ;

3-Denuncia anônima; 4-Denuncia de agressor por parente; 6-Médico suspeitou

5- Algum sintoma/sinal (agressor não identificado); Outros:.....

**Se foi apontado um agressor, responder do 8 ao 23:

+8 N° de AGRESSORES: 1=ÚNICO; 2=MÚLTIPLO ; 9=SI

+9 SEXO DO AGRESSOR? 1=Masculino; 2=Feminino; 3-Não há suposto

+10 PARENTESCO COM O AGRESSOR: 1=SIM; 2=NÃO; 9=SI

-11 SE SIM, Qual? 1- Padrasto; 2- Tio; 3- Primo; 4- Pai ; 5- Irmão;

6- Cunhado; 7-Avô; 99 Outros:.....

-12 SE Não: 1- Vizinho; 02- Amigo; 3- Conhecido;

04 -Namorado; 5-Desconhecido; 99- Outros: Descrever:

+13 COABITAÇÃO COM O AGRESSOR: 1=SIM; 2=NÃO; 9=SI

+14 INTERVALO entre última violência sexual e a PERÍCIA: data: / /

ANOS; MS; DIAS; HS; 9 = SI (sem informação)

+15 Houve Ameaças? 1=Sim; 2=Não; 9=SI (sem informação)

15.1 Se, sim Descrever.....

+16 LOCAL DA AGRESSÃO: 1=Residência 2=Via Pública 3=Outro 9=SI

+ 17 Houve oferta de dinheiro, doces ou presentes? 1=Sim; 2=Não; 9=SI (sem informação)

17.1 Se, sim Descrever.....

+18 A DATA da agressão sexual É EXATA?:

1=Sim; 2=Não; 9=SI (sem informação)

+19 REINCIDÊNCIA: 1=Sim; 2= Não; 9= SI

-19.1 SE SIM: Intervalo entre o PRIMEIRO abuso sexual e a perícia:

ANOS; MS; DIAS; HS; 9 = SI

+23 FORMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL (relatada na história):

- PENIS do agressor - PENETRAÇÃO em:

Vagina da Vítima Ânus da Vítima Boca da Vítima

- PENIS do agressor - ATRITO na vítima:

Vagina; Ânus ou Região Glutea; Outra Área do corpo

- DEDO do agressor - PENETRAÇÃO em:

Vagina da Vítima Ânus da Vítima

- DEDO/mão do agressor - Atrito ou massagem na vítima:

Vagina; Ânus ou Região Glutea; Mamas;

-NUDEZ - Agressor Exibe Genitais ; -Criança Toca Genitália Agressor

- NUDEZ Agressor Despe a Vítima ; 9= SI; 99= Outros, Descrever:

+24 Acompanhante que contou a história: 1- MÃE ; 2- PAI; 3- A própria vítima

4- Parente; 5- Comissário ou Conselheiro Tutelar; 9- SI Outros:..... +25 Houve no laudo

ENTREVISTA COM A VÍTIMA? 1- SIM; 2 – NÃO;

3- Recusou-se a falar;

-26 SE SIM, HÁ DESCRIÇÃO das palavras usadas pela criança NO LAUDO?

1- SIM ; 2 –NÃO;

+27 A criança contou o abuso sexual sofrido para alguém? 1- Sim; 2 –Não; 9–SI

+28 Se A CRIANÇA nega ter sofrido abuso, marque este quadrinho ao lado:

+29 Há relato de sinais ou sintomas anogenitais no laudo? 1=Sim; 2=Não;

-29.1 Se Sim: Descrever:.....

+30 Há no laudo Relato de alteração comportamental? 1-Sim; 2-Não;

-30.1 SE SIM DESCREVER:

+31 RELATO DE USO DE PRESERVATIVO 1=SIM; 2=Relata que NÃO; 9=SI

+32 Se Relato de estupro anterior à violência atual (por outro agressor) marque ao lado:

+33 Se houver relato de oferta de DINHEIRO, ou balas, presentes, etc. DESCREVER:

+34 Há LESÃO CORPORAL ASSOCIADA? (não inclui mama, área genital e Peri anal/glútea) 1=SIM;

2=NÃO



Só para meninas: (Da questão 35 até 43)

+35 Há LESÕES EM MAMAS? 1-Sim; 2-Não

+36 FORMATO DO HÍMEN:

01- Circular/Anular; 2-Ovalar/Elíptico; 03-CORDIFORME;

04- COMPLACENTE; 5- CARÚNCULAS; 6- CRIBIFORME;

07-Mataminado; 09- SI; 99- OUTROS,.....

+37 Extensão da ORLA HIMENAL:

01- AMPLA; 02-MÉDIA; 03- Estreita; 04-EXÍGUA; 09- SI

+38 Há ROTURA HIMENAL? (Entalhe não conta, que deve ser anotado no item 36) 1=SIM;

2=NÃO

SE SIM, completar até a questão 40:

-39 LOCALIZAÇÃO:

1= meridiano lateral direito; 2=quadrante inferior direito

3= meridiano inferior; 4= q. inferior esquerdo;

5= m. lateral esquerdo; 6= q. superior esquerdo;

7=q superior direito; 9= si; 99= outros, descrever:

-40 ESTÁGIO:

1= CICATRIZADA; 2= RECENTE (em fase de cicatrização)

+41 Há ALTERAÇÕES EM Vulva ou Vagina: 1=SIM; 2 =NÃO

SE SIM, completar até a questão 43:

-42 TIPO: 1= edema; 2= equimose; 3= escoriação;

4= laceração; 5= hiperemia; 6= corrimento;

7= sangramento; 99=outros, descrever:

-43 LOCALIZAÇÃO:

1= MONTE DE VÊNUS; 2= PREPÚCIO DO CLITÓRIS; 3= CLITÓRIS;

4= PEQUENOS LÁBIOS; 5= FÚRCULA; 6= GRANDES LÁBIOS;

7= PAREDE VAGINAL; 8= Intróito Vaginal 9= SI;

99-OUTROS, DESCREVER:

***** Para ambos os sexos:**

+44 Há ALTERAÇÕES DE REGIÃO ANAL/PERIANAL? 1=SIM; 2 =NÃO

*****SE SIM, completar até a questão 47:**

-45 POSIÇÃO DO EXAME ANAL? 1-Genupeitoral; 2-Posição Ginecológica; 3-SI

-46 TIPO: 1= edema; 2= equimose; 3= escoriação

4= laceração; 5= hiperemia; 6= fissura; 7= sangramento;

8 hipotonia; 99= outros, descrever:.....

-47 LOCALIZAÇÃO:

1= Meridiano Inferior (Perineal); 2= Meridiano Superior (Sacral);

3= Quadrante Superior Direito; 4-Q. Superior Esquerdo;

5= Meridiano Lateral Direito; 6= M. Lateral Esquerdo

7= Q. Inferior Direito; 8= Q. Inferior Esquerdo

9= SI; 10-Distribuição Radial; 11-Perianal; 12-Nádega

99= OUTROS, DESCREVER:

+48 Se a vítima É MASCULINO, HÁ ALTERAÇÃO GENITAL? 1-Sim; 2-Não

-49 Se Sim, QUAL O LOCAL? 10=Glande; 11= Corpo Do Pênis;

12- Escroto; 13-Prepúcio; 99-Outros:.....

+50 Em ambos os sexos, há alguma ALTERAÇÃO AO EXAME FÍSICO da região genital ou perianal/glútea já marcado em item anterior, ou outras alterações? Sim; Não

-51 Se outras alterações, Descrever:

+52 EXAMES: Se não foi solicitado nenhum dos exames abaixo marque ao lado:

-53 PESQUISA DE ESPERMATOZÓIDE:

-INTRA-VAGINAL: 1 positivo; 2-Negativo ; 3- Não Solicitado

-ANAL: 1- Positivo 2 - Negativo 3- Não Solicitado

-REGIÃO VULVAR: 1- Positivo 2 -Negativo 3-Não Solicitado

-OUTRAS ÁREAS, Descrever:.....

1- Positivo 2 - Negativo

-54 PESQUISA DE PSA:

-INTRA-VAGINAL 1-positivo 2-negativo 3-Não Solicitado

-VULVAR: 1- Positivo 2 - Negativo 3- Não Solicitado

-55 Pesquisa de gravidez (Beta-HCG) 1-positivo; 2-negativo; 3-Não Solicitado

+56 CONCLUSÃO DO LAUDO:

1= CASO CONFIRMADO DE ASI (Abuso sexual infantil)

Se sim, qual o achado pericial?

a) Rotura Himenal; b) Espermatozóides +; c) Fissuras peri-anal; d) Outros; Se outros, Descrever.....

2= CASO QUE NÃO APRESENTA VESTÍGIOS DE ASI

3= CASO QUE APRESENTA VESTÍGIOS QUE NÃO PODE SER CATEGORICAMENTE ATRIBUÍDO A ASI.

Se sim, qual o achado pericial?

4 - CASO DE DOENÇA MÉDICA CONFUNDIDA COM ASI ou Queda/Acidente
Descrever:.....

Anexo 2 - Ofício da Coordenação de Pesquisa do IMNR aprovando a coleta de dados na Instituição



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SSP- DPT
INSTITUTO MÉDICO LEGAL NINA RODRIGUES
SETOR DE ENSINO, PESQUISA E REVISÃO TÉCNICA

Salvador, 30 de dezembro de 2009

Ilmo. Sr. Dr. Welington Santos Silva
Perito Médico Legal da Polícia Civil do Estado da Bahia

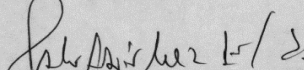
C/C para Setor de Arquivo e Estatística do IMLNR

De ordem do Sr. Diretor deste Instituto e em resposta a ofício encaminhado por V. Sa, parabênizo pela iniciativa de pleito em vaga de Mestrado pela Fundação Baiana de Medicina, ao tempo em que notifico a aprovação para realização da pesquisa pertinente com utilização de dados disponíveis nesta instituição.

Cabe-me também informar de que estão disponíveis para a pesquisa os dados relacionados ao Setor de Arquivo e Estatística, não sendo no entanto permitido o acesso ao material a outros pesquisadores que não o postulante.

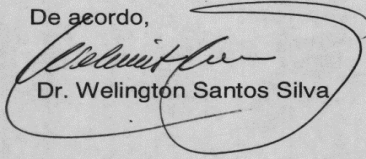
Solicita-se também, para fins de análise e arquivo, cópia do anteprojeto após sua conclusão.

Atenciosamente,


Paulo Araújo Moreira de Souza

DPT/ IMLNR/ Coordenador II

De acordo,


Dr. Welington Santos Silva

Anexo 3. Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FBDC, aprovando a investigação

BAHIANA
ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Salvador, 29 de julho 2010

Ofício nº 118

REFERENTE AO PROTOCOLO Nº0682010


"ESTUDO DESCRITIVO DE DOÊNCIAS CONFUNDIDAS COM ABUSO SEXUAL INFANTIL"

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, após a análise do ponto de vista bioético do citado Protocolo, considera que o Protocolo atende aos princípios éticos em pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP CNS-MS).

Diante do exposto julga o protocolo supracitado **APROVADO**.

Lembramos a necessidade do envio de relatório anual do andamento da pesquisa, dentro do cronograma citado no mesmo protocolo.

Saudações,


Luciola Maria Lopes Calsostomo
Coordenadora do CEP/EBMSP/FBDC

Ilm.º Sr.º Dr. Ubirajara de Oliveira Barroso Junior
Rua: Av. Juracy Magalhães – Centro Médico Aliança, sala 306
SSA/BA

Av. D. João VI, 274 – Brotas | CEP 40285-001 – Salvador-BA
Fones: (071) 2101-1900 – Email: bahiana@bahiana.edu.br - www.bahiana.edu.br

Anexo 4 - Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FBDC, aprovando a extensão da coleta de dados para o período de 2010

BAHIANA
ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

59
FBDC
Fundação Bahiana
para Desenvolvimento
das Ciências

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício nº. 174/2011

Salvador, 02 de agosto de 2011.

Referente ao prot. de pesquisa nº. **140/2011**
ADENDO do Protocolo 068/10

Pesquisador Responsável: Dr. Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior

Título: “Estudo descritivo de doenças confundidas com abuso sexual infantil.”

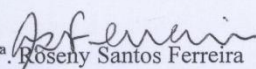
Objetivo geral:
Descrever os tipos de afecções confundidas com ASI.

Objetivos específicos:

- Descrever o conjunto de afecções confundidas com ASI e encaminhadas ao Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR) para perícia, bem como as freqüências relativas por tipo de afecção;
- Identificar fatores associados à ASI.

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, após análise do ponto de vista bioético do Protocolo acima citado, considera que o Protocolo atende aos princípios éticos em pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP-CNS-MS). Diante do exposto julga o protocolo supracitado **APROVADO**.

Lembramos a necessidade do envio de relatório anual do andamento da pesquisa, dentro do cronograma citado no mesmo protocolo.


Prof.ª Roseny Santos Ferreira
Coordenadora do CEP/EBMSP/FBDC

Ilmo. Sr. Prof. Dr. Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior
Av. Juracy Magalhães, Centro Médico Aliança, sala 306, CEP: 41.940-060

Av. D. João VI, 275 – Brotas / CEP 40.290-000 – Salvador-BA
Fones: (071) 3276-8200 – Email: cep-ebmsp@bahiana.edu.br - www.bahiana.edu.br