

**Doenças e variações anatômicas confundidas com abuso
sexual infantil - estudo descritivo**

Dissertação de Mestrado

Wellington dos Santos Silva

Salvador-Bahia

Brasil

2012



Doenças e variações anatômicas confundidas com abuso sexual infantil - estudo descritivo

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

Autor:

Wellington dos Santos Silva

Orientador:

Prof. Dr. Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior

Salvador-Bahia

2012



Doenças e variações anatômicas confundidas com abuso sexual infantil - estudo descritivo

Welington dos Santos Silva

Comissão Examinadora:

.....
Prof. Dr. Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior
Professor Adjunto de Urologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Professor Livre Docente em Urologia da Universidade Federal da Bahia
Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo

.....
Prof^a. Dra. Daysi Maria de Alcântara-Jones
Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia
Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia

.....
Prof^a. Dra. Constança Margarida Sampaio Cruz
Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Doutora em Medicina e Saúde Humana - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

.....
Prof^a Patrícia Virgínia Silva Lordêlo Garboggini
Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Doutora em Medicina e Saúde Humana - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

A Lidiane, minha esposa, e meus filhos Amanda e João, pelo carinho e apoio recebidos.

Às crianças, meus pacientes, que pela simplicidade e abertura têm sido uma fonte inesgotável de alegria e sabedoria durante a minha vida profissional como pediatra. Dedico este trabalho especialmente àquelas que sofreram algum tipo de violência, convencido de que o real avanço de uma sociedade pode ser medido pelo grau de cuidado e respeito que tem com suas crianças.

Instituições Envolvidas

EBMSP- Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

IMLNR - Instituto Medico Legal Nina Rodrigues

EQUIPE:

Wellington dos Santos Silva, mestrando

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.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior minha gratidão pela direção recebida, especialmente pelo incentivo, disponibilidade, e confiança em mim depositada.

Ao Diretor do Instituto Medico Legal Nina Rodrigues Dr. Aroldo Ribeiro Schindler e ao Coordenador do setor de Pesquisa e revisão de Laudos Dr. Paulo Araújo Moreira de Souza pela autorização da realização desta pesquisa e acesso irrestrito ao Arquivo da Instituição.

Aos acadêmicos de medicina Filipe Moraes Ribeiro, Victor Porfírio dos Santos Almeida, Gabriel Kamei Guimarães e Matheus de Sá dos Santos, pela valiosa colaboração nas fases de coleta, digitação e correção de dados, possibilitando que este projeto se concretizasse em fato.

A Dra. Ana Maria Soares Rolim pelo incentivo, apoio e sugestões nas etapas iniciais do projeto.

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

Às professoras Dra. Constança Margarida Sampaio Cruz e Dra. Patrícia Virgínia Silva Lordêlo Garboggini, pelas contribuições no exame de qualificação desse trabalho.

Aos Professores da Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina pelos ensinamentos que recebi.

Aos meus colegas do mestrado pelas muitas contribuições em conversas informais. Agradeço ainda mais a afetuosa, e estimulante convivência nestes dois anos, que me deram uma força adicional e contribuíram indiretamente para que eu pudesse atender a todas as demandas deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E FIGURAS	02
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	03
I. RESUMO	04
II. INTRODUÇÃO	05
III. REVISÃO DA LITERATURA	07
III.1 Abrangência do conceito de abuso sexual contra a criança	14
III.2 A importância primordial da entrevista	17
III.3 A importância do exame físico	18
III.3.1. Vestígios recentes de abuso sexual	19
III.3.2. Vestígios não recentes de abuso sexual	20
III.4 Doenças que podem mimetizar abuso sexual	22
IV. OBJETIVOS	26
V. CASUÍSTICA, MATERIAL E MÉTODOS	27
VI. RESULTADOS	35
VII. DISCUSSÃO	39
VIII. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS	43
IX. CONCLUSÕES	44
X. ABSTRACT	45
XI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
XII. ANEXOS	53

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Figura 1	29
Figura 2.....	36
Figura 3.....	40
Figura 4.....	40
Tabela 1	37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

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

SPSS- Statystical Package for Social Sciences

I. RESUMO

DOENÇAS E VARIAÇÕES ANATÔMICAS CONFUNDIDAS COM ABUSO SEXUAL INFANTIL - ESTUDO DESCRITIVO

Introdução1: Médicos que atendem crianças devem estar capacitados para o reconhecimento de achados físicos que podem ser confundidos com abuso sexual, pois um equívoco diagnóstico pode ter efeito catastrófico para todos os envolvidos.

Objetivo: Descrever as doenças e variações anatômicas confundidas com abuso sexual em crianças. **Métodos:** Estudo descritivo com dados secundários das doenças e variações anatômicas confundidas com abuso sexual. Foram estudados os laudos de crianças menores de 12 anos periciadas no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues entre 2005 a 2010 por suspeita de abuso sexual baseada em queixa ou alteração ano-genital, sem relato de abuso sexual no histórico da perícia. O critério utilizado para identificar os casos foi a conclusão do médico legista no laudo. **Resultados:** Foram encontrados 410 casos em que não havia relato ou testemunho de abuso sexual no histórico. Neste grupo, em 31 casos (7,6%) a conclusão do laudo identificou uma doença ou variação anatômica como causa do sintoma ou alteração ano-genital que gerou a suspeita de abuso sexual. A idade média nos casos confundidos com abuso foi três anos ($DP \pm 2,0$), e 30 casos (97%) eram meninas. Foram encontrados 16 casos de Prolapso uretral (52%). As outras condições médicas identificadas incluíram sinéquia de ninfas, neoplasia vaginal, dermatites, variação anatômica, doença de Crohn, enterobíase, corpo estranho vaginal, fenda perineal e infecção urinária. **Conclusão:** O achado de doenças ou variação anatômica confundidas com abuso sexual em 7,6% das crianças com queixa ou alteração ano-genital, sem relato de abuso no histórico, reforça a necessidade dos pediatras estarem capacitados para reconhecer as condições médicas que podem mimetizar abuso sexual. Em especial, prolapso uretral que representou 52% dos casos de equívoco.

Palavras-chaves: 1- maus-tratos infantis; 2- violência sexual; 3- erros de diagnóstico

II. INTRODUÇÃO

Como definição, abuso sexual infantil é o envolvimento de criança em atividade sexual que ela não pode compreender, não está preparada em termos de desenvolvimento, não pode dar o seu consentimento e ou são violadas as leis ou tabus da sociedade¹. Deve ser diferenciado dos “jogos sexuais” pela assimetria de desenvolvimento entre os participantes.

Em todo o mundo, estima-se que 25% das meninas e 9% dos meninos são expostos a alguma forma de abuso sexual durante o período que inclui a infância e adolescência².

Entre as crianças que relatam abuso sexual, apenas cerca de 4% apresentam alteração ano-genital que confirmam o diagnóstico³. Para a grande maioria, a entrevista bem conduzida pode ser o único meio de obter evidência que ocorreu abuso^{4,5}.

Em crianças que não relataram abuso sexual, com suspeita baseada em achados ano-genitais, Heger et al.³ encontraram sinais confirmatórios de abuso sexual em 8%. Para avaliar estas crianças, é necessário que o médico conheça as doenças e variações anatômicas que podem mimetizar abuso sexual, pois um equívoco diagnóstico pode ter efeito catastrófico para todos os envolvidos⁶⁻⁹. Famílias podem ser destruídas, mesmo quando na evolução fica provado que não ocorreu abuso^{6,8}.

Assim, pela baixa frequência de achados confirmatórios e os desafios do diagnóstico diferencial, as suspeitas de abuso sexual baseadas exclusivamente em achados ano-genitais devem ser encaminhados a centros de referencia antes da investigação policial^{6,10}. Especialmente quando não se trata de suspeita de abuso recente onde não há vestígios a coletar.

Em nosso meio, há carência de centros de referência para avaliação de casos suspeitos de abuso, e nestas circunstâncias, é importante para o pediatra preparar-se para reconhecer as condições médicas que podem mimetizar abuso sexual¹.

Na literatura internacional há vários relatos de casos de doenças que foram confundidas com abuso sexual, porém, faltam estudos sobre a frequência com que tais equívocos ocorrem⁷⁻¹⁸. No Brasil, não foram identificados trabalhos feitos sobre este tema.

Os objetivos deste trabalho foram: descrever a frequência com que doenças e variações anatômicas são confundidas com abuso sexual em crianças com suspeita baseada em sintoma ou alteração ano-genital, sem história de abuso; e descrever os tipos de doenças e variações anatômicas que são confundidas com abuso sexual.

Este estudo contribuirá para que médicos que atendem crianças possam conhecer as condições que em nosso meio tem sido confundidas com abuso sexual, e assim possam evitar tais equívocos e as trágicas consequências para os envolvidos.

III. REVISÃO DA LITERATURA

Abuso sexual contra a criança é uma das formas de maus-tratos infantis que inclui também 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 um impacto grave sobre seu desenvolvimento e bem estar e também na saúde física e mental¹⁹. Há estimativas de que a prevalência acumulada de maus tratos, incluindo o período da infância e adolescência, é de 4-16% para abuso físico, 10% para abuso psicológico, 1-15% para negligência e 10-20% para violência sexual².

Além dos elevados custos sociais e de saúde, os maus tratos contra a criança geram direta ou indiretamente um custo econômico enorme à sociedade. Estes custos envolvem serviços de assistência, de proteção e prevenção às vítimas, incluindo atendimento psicológico, custos médicos diretos e educação especial, até os custos relacionados à esfera judicial com investigação, processos e encarceramento posterior dos agressores. Um estudo nos Estados Unidos (EUA)²⁰ que analisou uma série de fontes calculou que os custos anuais diretos e indiretos de maus-tratos infantis totalizaram US \$ 94 bilhões nos EUA. Mais da metade deste valor (US \$ 55,4 bilhões) foram custos da esfera judicial relacionados à criminalidade adulta.

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança²¹ adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 1989 e a Comissão dos Direitos da Criança, têm desempenhado um papel importante na sensibilização de organizações internacionais, governos e organizações não governamentais para a questão dos maus tratos contra a criança. Nos últimos 20 anos a evolução dos direitos humanos, a medicina forense e a saúde pública resultaram em maior visibilidade mundial a este problema, porém segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a um grau que está longe de ser suficiente¹⁹.

Dado a elevada prevalência mundial de maus tratos contra a criança e suas conseqüências, o guia da OMS sobre a prevenção de maus-tratos infantis, chamou a atenção 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 obesidade². Este documento adverte também que um dos maiores obstáculos para responder de forma eficaz a maus tratos contra a criança tem sido a falta de informação, e recomenda a expansão dos dados de evidências científicas sobre a magnitude, os efeitos e a prevenção de maus tratos infantis¹⁹.

Apesar do incentivo e das recomendações da OMS, a pesquisa em crianças com suspeita de abuso sexual envolve várias dificuldades práticas e a investigação neste campo com metodologia bem controlada é um desafio^{22, 23}. Várias questões de ordem ética necessitam ser levadas em conta e inviabilizam na prática vários desenhos de pesquisa.

Pesquisas com questionários em crianças e adultos sobre eventos passados ou presentes podem identificar maus tratos graves, e por isso só devem ser realizadas quando existem recursos para garantir um atendimento adequado ou levá-las para a atenção das autoridades competentes. Por outro lado, tais entrevistas devem ser conduzidas de tal maneira que a situação do respondente não seja agravada pelas perguntas¹⁹. Têm sido também apontadas questões éticas em estudos comparativos que possam implicar avaliação desnecessária de crianças que se presume não terem sido abusadas²².

Assim, apesar da relevância do tema pelas seqüelas de curto e longo prazo, e o esforço realizado nas últimas décadas ter proporcionado uma melhor compreensão sobre vários aspectos, ainda há muitas lacunas sobre este extenso tema 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 prepúberes normais, os dados primários se resumem a poucos artigos e o número de casos em estudos bem

conduzidos é pequeno²³. Alguns destes artigos são muito recentes e este conhecimento ainda não foi incorporado na prática dos profissionais de saúde e médicos legistas.

Outra questão crítica é o padrão de cicatrização das lesões ano-genitais em crianças. Até há uma década atrás, pouco se sabia sobre este tema e os dados existentes eram baseados em pequenas séries²⁴⁻²⁸. Atualmente os dados mais relevantes estão contidos em três artigos apenas: um estudo prospectivo que reuniu ao longo de dez anos 94 crianças prepúberes com trauma anogenital por abuso ou acidente²⁹, e um estudo multicêntrico retrospectivo que incluiu 239 casos entre crianças e adolescentes do sexo feminino com trauma genital recente^{30, 31}. É ilustrativo o fato de que para reunir os casos que resultaram nestas duas publicações de McCann et al., foram necessários o trabalho conjunto de 25 centros médicos³².

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 empregadas²².

No Brasil, há poucos artigos publicados sobre abuso sexual da criança. Um levantamento sobre o tema geral de maus-tratos contra crianças, realizado em 2002 nas principais revistas de pediatria do país, encontrou apenas 14 artigos³³. Os autores concluíram pela necessidade de mais dados ligados à realidade brasileira, uma vez que os indicadores utilizados nas discussões sobre o assunto são construídos em ambientes socioculturais diversos do nosso. Atualmente, a produção continua pequena e os principais livros textos de medicina legal não incorporaram os novos conhecimentos relatados na literatura internacional sobre abuso sexual infantil³⁴⁻³⁹.

Apesar da escassez de publicação em revistas científicas, tem havido no Brasil um progressivo avanço nos últimos 30 anos nos direitos da criança e nas políticas públicas de combate à violência infantil⁴⁰. Em 1990, houve um grande marco Legal através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁴¹. Em 1991 foi Criado 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^{40, 42}. É também atribuição do CONANDA fiscalizar as ações executadas pelo poder público no que diz respeito ao atendimento da população infanto-juvenil⁴².

Em várias cidades do país foram criados Centros de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA), com a finalidade de desenvolver mecanismos asseguradores de proteção jurídico-social, de prevenção e de atendimento direto às crianças, adolescentes e seus familiares em situação de violência sexual^{40, 43}.

Em junho de 2000, foi elaborado o "Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes", fruto da articulação da rede de proteção e de defesa de direitos da criança, reunindo a mobilização entre a sociedade civil, as três esferas de governo e organismos internacionais. O Plano foi delineado para criar, fortalecer e implantar um conjunto articulado de ações e metas fundamentais para assegurar a proteção integral à criança e ao adolescente em situação ou risco de violência sexual^{44, 45}.

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)⁴⁶.

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^{40, 47}. 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.

Nos países desenvolvidos, este processo de conscientização social e governamental em relação à violência sexual infantil ocorreu mais cedo. Já na década de 80, autores americanos alertavam o aumento do encaminhamento de casos potenciais de abuso sexual ao pediatra em virtude da maior conscientização do público naquele país acerca deste problema, e o desafio que representa o diagnóstico diferencial em alguns casos^{7, 48}. Com isto, passou-se a recomendar que os pediatras devam aprender a reconhecer as variações normais do exame ano-genital, os sinais físicos de abuso, e as condições medicas que podem mimetizar abuso¹⁷. Diretrizes dirigidas a pediatras e outros

profissionais de saúde têm sido elaboradas pelo comitê de abuso e negligência da Academia Americana de Pediatria atualizando estes conhecimentos^{1, 4, 49}.

No Brasil, semelhante ao que aconteceu em outros países, a frequência de encaminhamento de casos suspeitos para triagem diagnóstica 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 comunidade⁵⁰⁻⁵³. De fevereiro de 1997 a janeiro de 2003 o Disque 100 recebeu e encaminhou 4.876 denúncias, e de maio de 2003 a abril de 2008 recebeu e encaminhou 63.067 denúncias⁴⁶.

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 justiça⁵⁴. Porém, as agências governamentais, organizações não governamentais (ONGS) 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. Então, lhe cabe mais que a vários outros profissionais de saúde, estar 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.

A diretriz atual da Academia Americana de Pediatria considera que cada vez mais a avaliação de crianças com suspeita de abuso sexual é uma parte da prática pediátrica

geral¹. Na verdade, pela alta prevalência e potencial de curto e longo prazo de efeitos médicos adversos, há uma tendência de considerar que todos os prestadores de serviços médicos que cuidam de crianças e adolescentes devem se familiarizar com o problema do abuso sexual e o tipo de avaliação necessária a essas crianças⁴.

Porém, apesar da importância do pediatra na avaliação de abuso sexual contra a criança, várias publicações têm chamado atenção sobre a pouca familiaridade de médicos de atenção primária sobre variação anatômica e diagnóstico diferencial de abuso sexual¹²⁻¹⁴, e que muitos pediatras não se sentem preparados para realizar tais avaliações¹. Em tais circunstâncias, tem sido recomendado nas diretrizes americanas que os pediatras possam encaminhar os casos duvidosos para outros médicos ou profissionais de saúde com mais experiência nesta área^{1,4}.

O guia nacional para pediatras e profissionais que trabalham com crianças, embora recomende aos pediatras que consultem outros médicos para tirar dúvidas, refere que não devem transferir para outros suas responsabilidades de notificação⁵². Estas diferenças de visões podem ser explicadas pelas diferentes realidades onde tais recomendações foram geradas. Nos EUA, onde foram elaboradas as diretrizes da Academia Americana de Pediatrias, há cerca de 600 centros com profissionais de saúde treinados na avaliação de abuso sexual contra a criança¹. No Brasil, ainda há carência de centros de triagem. Há os centros Sentinelas, que priorizam a assistência psíquica e social das vítimas. Há também, em algumas cidades, centros para atendimento integral de saúde às vítimas. Embora tais Centros possam ser utilizados como consultoria para a rede básica de saúde, não estão delineados com este objetivo e o acesso para o pediatra a especialistas em avaliação de abuso sexual não está facilmente disponível em nosso meio.

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. Não são

de sua responsabilidade todas as dimensões da avaliação global. Porém, o conhecimento da abrangência do conceito de abuso sexual, dos princípios básicos para realizar entrevista, das alterações comportamentais e sinais físicos sinalizadores de abuso sexual, e condições médicas que podem mimetizar abuso sexual serão de grande utilidade no esforço conjunto multidisciplinar.

III. 1 Abrangência do conceito de abuso sexual contra a criança

O conceito de abuso sexual contra a criança adotado pela OMS e Academia Americana de Pediatria é o envolvimento de criança em atividades sexuais que ela não pode compreender e para as quais não está preparada em termos de desenvolvimento e não pode dar o seu consentimento e ou são violadas as leis ou tabus da sociedade^{1, 19}.

As atividades sexuais podem incluir todas as formas de contato para fins eróticos e também formas de abuso que não envolvem contato, como exibicionismo, voyeurismo, ou usar a criança na produção de pornografia¹.

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 penetração².

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. É importante compreender que na ótica do abusador, não causar lesões é um requisito para o acesso continuado do relacionamento abusivo. Causar lesões à criança tem um risco alto de descoberta e da

perda de acesso à vítima²³. Sabe-se hoje que a maioria destas crianças terá um exame normal⁵⁵.

Penetração engloba a relação sexual oral, anal ou vaginal. É importante ressaltar que relatos de penetração em crianças prepúberes devem ser interpretados com cautela. Elas não tem quadro de referência 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^{23, 56}. 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 sem a distensibilidade da vagina de adolescentes ou mulheres adultas⁵⁷.

Os dados atuais evidenciam que em meninas que começaram a puberdade a 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^{29- 31}. Os achados físicos são muitas vezes ausentes, mesmo quando o autor admite que houve penetração na genitália da criança^{3, 58-59}. Em um estudo com 36 adolescentes grávidas, apenas duas tinham evidência himenal de penetração⁶⁰. 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 himenal³². Assim, à luz dos dados atuais, há necessidade de cautela considerável na interpretação dos achados físicos ano-genitais quanto a probabilidade de abuso para além do período agudo.

A clareza em relação a abrangência do conceito de abuso sexual contra a criança e o conhecimento da baixa frequência de achados de exame físico nas vítimas parece ficar restrita aos especialistas no tema. Em muitos profissionais de saúde e da área do direito, pode haver uma tendência de conceituar abuso sexual contra a criança em termos de

violência sexual em adultos, envolvendo penetração peniana vaginal e expectativa de que serão encontrados vestígios²³. Estas crenças podem ter várias conseqüências, e a mais séria de todas é a de desacreditar o relato da criança quando um exame físico normal é encontrado. Embora relatos falsos produzidos pela criança tenham sido relatados, tais casos não são frequentes segundo dados da literatura, e ocorrem especialmente em casos de separação do casal onde a criança é induzida a contar um relato fantasioso⁵². Esta expectativa da presença de vestígios está também na base da crença em considerar a avaliação de abuso sexual um trabalho exclusivo da polícia em sua expertise de coletar provas forenses.

Outra questão a considerar é que centrados na busca de achados do exame físico para a suspeita de abuso sexual na criança, e considerando a baixa freqüência de tais achados, poderiam os médicos que avaliam crianças incorrer em excessos de suspeitas caso não haja treinamento para reconhecer as condições de ordem anatômica e outras condições médicas que possam mimetizar abuso sexual. Isto não teria maiores conseqüências se os achados considerados duvidosos por falta de conhecimento ou treino do profissional fossem encaminhados a serviços de saúde multidisciplinares de referência em abuso sexual. Em nossa realidade, onde há carência de tais centros, achados ano-genitais desconhecidos do médico avaliador que possam mimetizar abuso sexual tendem a ser encaminhados a investigação policial antes da consulta a um especialista, mesmo quando não há história de abuso e não se trata de fato recente com necessidade de coletar exames, submetendo a criança e seus familiares a vários constrangimentos¹³. Há uma dimensão perversa nesta questão pelo fato de tais casos envolverem principalmente os menos favorecidos, que dependem da rede pública instalada que não oferece acesso fácil ao especialista. Para aqueles que têm um plano de saúde, o maior acesso ao especialista pode dirimir logo a dúvida do examinador, e escapar deste transtorno.

III. 2 A importância primordial da entrevista:

A partir da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, com o entendimento de que a opinião e a voz da criança devem ser ouvidas e tidas em conta em todos os assuntos que se relacionem com os seus direitos, a escuta das crianças envolvidas no abuso sexual vem sendo defendida como um direito fundamental em todo o mundo²¹. Diante da falta freqüente de provas concretas no exame físico, além de toda a dinâmica intra-familiar caracterizada por um pacto de silêncio, as declarações das crianças podem se tornar referência importante e às vezes decisiva na formalização de uma prova judicial em casos de abuso sexual^{52, 61}. Por isso, atualmente há uma concordância universal de que as declarações feitas pela criança são potencialmente a informação mais importante de que ocorreu abuso^{1, 23, 32, 52} e é defendido que a entrevista da criança com caráter de investigação possa ser realizada pelo médico, pelo psicólogo ou pelo assistente social que seja especialista e tenha experiência com crianças vítimas de abuso sexual⁶¹.

Mesmo fora do contexto de uma investigação judicial, médicos que atendem crianças podem ser consultados para avaliação de abuso sexual em diversas situações: quando há um relato feito pela criança; pela suspeita de um cuidador em virtude de sintomas comportamentais ou físicos; ou pela presença de alterações comportamentais ou anogenitais suspeitos de abuso detectado em exame físico de rotina¹. Nestas circunstâncias, é necessária uma história médica para auxiliar a interpretar os achados médicos, e obter informações úteis para determinar quando e quais os exames devem ser feitos e quais os serviços médicos e de saúde mental serão necessários para a criança e a família^{1, 4, 32}. A história do médico pode também complementar a entrevista forense realizada pelo Judiciário ou agências de proteção à criança. Como regra geral, deve haver uma tentativa

para minimizar o número de vezes que a criança deve descrever os pormenores da sua experiência. As perguntas devem ser abertas, sem indução de resposta, e adequadas ao ambiente cultural da criança e nível de desenvolvimento da sua linguagem⁴. Atendendo a estes princípios, na ficha médica, deve ser registrado entre aspas as declarações feitas na própria linguagem pela criança e as perguntas que foram feitas pelo profissional. Uma documentação cuidadosa tem o potencial de evitar a necessidade de múltiplas entrevistas, e esclarece o quanto espontânea e sem indução foram as respostas da criança.

III. 3 Importância do exame físico

Médicos que examinam crianças devem conhecer os achados ano-genitais que possam sinalizar abuso sexual, as variações normais da anatomia ano-genital, e alterações ano-genitais típicas de outras condições médicas que podem ser confundidas com abuso sexual. Como já citado, apenas uma pequena porcentagem de crianças avaliadas por suspeita de abuso sexual têm sinais de lesão genital ou anal ao exame^{18, 26}, e em poucos casos o exame poderá oferecer dados confirmatórios⁴.

No Brasil não temos uma diretriz descrevendo os diferentes achados ano-genitais e a interpretação destes achados quanto à possibilidade de abuso sexual. A última diretriz da Academia Americana de Pediatria, reúne em uma tabela os dados mais atuais sobre os achados ano-genitais e laboratoriais em crianças com e sem uma história de abuso⁴. Na falta de uma diretriz nacional, a diretriz americana pode servir como um guia para auxiliar na interpretação destes achados em crianças com suspeita de abuso sexual, levando-se em conta que estudos continuam a ser publicados, e essas diretrizes tem sido atualizadas periodicamente à luz de novas evidências.

III. 3.1 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 e DNA, tem um curto período de positividade. Idealmente, todas as comunidades deveriam ter recursos para uma avaliação médica qualificada no intervalo de 24 horas do alegado abuso, embora revelações tão precoces sejam raras⁵⁵.

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 forenses¹ e também pela necessidade de fazer quimio-profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis 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^{55, 62}.

Para crianças pré-púberes, tem sido proposto que as recomendações sobre exames forenses de urgência devam ser revistos, porque nelas há uma positividade muito baixo de provas forenses colhidas mais de 24 horas depois do último contato 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^{1, 4, 55}. 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 horas⁵⁵.

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 emergência, pela possibilidade de ainda detectar vestígios ao exame físico²².

III. 3.2 Vestígios não recentes de abuso sexual:

Quando o médico se depara com vestígios não recentes, é necessário 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^{1, 4, 49}, e vários achados que foram tidos como indicadores de abuso sexual são compreendidos hoje como dados inespecíficos.

Para vestígios de lesões genitais extra-himenais, todos os estudos longitudinais relataram que podem cicatrizar rapidamente sem deixar marcas²². Lesões em grandes e pequenos lábios, como abrasões e hematomas curam completamente. Lesões perihimenais, como as da fúrcula posterior, podem curar completamente ou podem deixar cicatrizes ou alterações vasculares²⁹⁻³¹.

Em relação às lesões himenais, os estudos mais recentes mostram que tais lesões não deixam cicatrizes nas bordas^{23, 32}. Os critérios de Hoffmann³⁴⁻³⁸ 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 possam ser diferenciados daqueles entalhes que ocorrem

naturalmente^{4, 23}. 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 abuso⁴. Pelos dados atuais, os “entalhes” profundos ou transecção completa da espessura himenal só foram observados após uma lesão, tanto acidental ou por abuso⁴. Também, é evidencia de trauma previo uma falha de borda himenal em algum segmento da borda himenal posterior^{23, 32}. Em meninas pré-pubescentes, sem suspeita de abuso sexual, uma borda posterior do hímen de pelo menos um milímetro está sempre presente⁶³⁻⁶⁶, e borda estreita entre 1 e 2 mm, tem sido relatada em cerca 22% dos exames de rotina⁶⁷. Porém, tem sido questionado se o médico é capaz de medir tão acuradamente a borda himenal posterior a ponto de distinguir diferenças de 1 milímetro⁴. Como o orifício himenal varia de acordo com a espessura da borda himenal, a frequência elevada de crianças com hímen de borda estreita em exames de rotina torna as medições de amplitude do orifício inúteis. 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 recentes²³.

Em relação às lesões anais, sabe-se que abrasões, lacerações e algumas fissuras curam rápido e completamente, e raramente são indicadores definitivos de abuso⁶⁸. Crianças vítimas de abuso sexual, quando examinadas após passado o período agudo, podem ter uma frequência muito baixa de alterações anais⁶⁹. Achados como eritema, congestão venosa e dilatação anal, tem sido referidos em crianças vítimas de sodomia⁷⁰, mas tem sido também documentados em crianças sem suspeita de abuso sexual⁷¹⁻⁷⁴.

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 anal²².

III. 4 Doenças que podem mimetizar abuso sexual

Vários relatos de casos ou pequenas séries foram publicados descrevendo doenças que podem ser confundidas com abuso sexual. Dentre estas se incluem: líquen escleroso e atrófico, hemangioma vaginal, celulite perianal, epispadia, prolapso uretral, pólipos uretrais, doença de Crohn, protusão perineal infantil, distrofia muscular congênita, dermatite de contato, dermatite das fraldas, vasculites, doença de Behçet, psoríase, impetigo, tinea corporis, defeitos congênitos, neoplasias, corpo estranho vaginal, anormalidades venosas e fitodermatose^{7-18, 48, 74-76}.

Algumas destas condições podem ser confundidas com abuso sexual por se tratarem de entidades clínicas ainda pouco conhecidas do pediatra geral, a exemplo da protusão perineal infantil⁷⁷. Esta condição clínica se manifesta como uma protusão, comumente de forma piramidal, de cor rosa ou avermelhada na região perineal perianal, mais frequente em crianças pré-púberes do sexo feminino⁷⁸. Ela pode estar associada a fatores constitucionais, líquen escleroso e atrófico, obstipação, diarreia, ou outros fatores que causam irritação local⁷⁹. Tem sido relatado que tais lesões podem ser facilmente confundidas com condiloma acuminatum, ou como um sinal de trauma, levando a uma investigação de abuso sexual⁷⁷⁻⁷⁹.

A dermatite perianal também é uma entidade clínica ainda pouco reconhecida por pediatras e médicos de família e que acomete especialmente crianças pequenas do sexo masculino⁸⁰. É causada em geral pelo *Streptococcus pyogenes*, embora *Staphylococcus* também tem sido identificado. Caracterizada por um eritema bem demarcado na região

perianal, frequentemente apresenta curso prolongado por falta do diagnóstico específico, podendo então apresentar descamação e fissuras que podem sangrar. A criança pode apresentar defecação dolorosa, obstipação e em geral não há sintomas sistêmicos. Em meninas, pode haver também vulvovaginite isolada ou associado à dermatite perianal, apresentando-se como corrimento vaginal, eritema, prurido e dor. Devido à sua aparência e porque comumente não é reconhecida, costuma ser confundida com várias outras condições clínicas, inclusive abuso sexual da criança^{9,80}.

Distrofia muscular congênita também está envolvida no diagnóstico diferencial de abuso sexual, porque tem sido relatado formas pouco reconhecidas de apresentação com envolvimento da musculatura perineal e esfíncter anal que foram inicialmente confundidas com abuso sexual^{81,82}. Pode ocorrer flacidez e dilatação anal e escape ou incontinência fecal, e diante de uma criança com tais achados não explicados por outra entidade clínica, é importante que se investigue distrofia muscular⁸².

Líquen escleroso e atrófico é a doença de pele mais confundida com abuso sexual. A frequência de suspeita de abuso sexual tem sido relatada em cerca de 77% dos casos. É uma dermatose inflamatória de etiologia desconhecida. O hímen e a vagina não são afetados. As lesões iniciais são pápulas lisas descoradas em região ano-genital, que coalescem para formar áreas homogêneas de hipopigmentação bem demarcadas, atróficas, e, ocasionalmente, com placas telangiectásicas, produzindo uma "figura de oito" circundando a vulva e ânus. A atrofia causa fragilidade da pele que pode ser lesionada com trauma mínimo. O prurido é o sintoma principal, e o ato de coçar pode resultar em escoriações, leve hemorragia ou petéquias e equimoses nos genitais ou região perianal. Tais achados podem levar a investigações de abuso sexual^{9,75}.

Hemangiomas em região ano-genital podem levantar suspeita de abuso sexual especialmente quando causa sangramento^{9,83}.

Prolapso uretral é caracterizado pela eversão circular completa da mucosa uretral através do meato uretral externo. Há congestão vascular e o aparecimento de uma massa polipóide friável. É frequente a apresentação com sangramento genital, muitas vezes interpretado como de origem vaginal, gerando a suspeita de abuso sexual⁸⁴⁻⁸⁶.

Doença de Crohn também pode estar implicado no diagnóstico diferencial de abuso sexual pelas manifestações em área genital e a forma perianal da doença. Há relato de lesões em região vaginal até meses antes da apresentação dos sintomas gerais e gastrintestinais⁸⁷. O padrão extra-intestinal com envolvimento genital pode incluir edema vulvar, dobras na pele, pústulas, abscessos, fístulas, fissuras, ulcerações e corrimento vaginal. No sexo masculino, tem sido descrito úlcera subcoronal, edema peniano e escrotal^{8, 12, 87, 88}.

Faltam estudos para avaliar a frequência com que ocorrem tais equívocos, bem como quais as doenças mais frequentes confundidas com abuso sexual.

Kellog et al.⁸³ pesquisaram sinais de abuso sexual em 157 crianças com alteração ano-genital, sem revelação de abuso sexual, encaminhadas a uma clínica de referência em abuso. Embora seu objetivo não fosse estimar a frequência de equívoco, relatou várias condições médicas que foram confundidas com abuso sexual, a maior série descrita na literatura: sete casos de sinéquia de ninfas, três casos de variações anatômicas do hímen, três casos de fenda perineal, três casos de líquen escleroso, dois casos de dilatação anal associada a encoprese ou déficit neurológico, dois casos de prolapso uretral, dois casos de infecção do trato urinário, dentre outras.

Pela variedade das doenças que podem mimetizar abuso sexual e raridade de várias destas condições, a avaliação de crianças com suspeita de abuso sexual pode necessitar de consulta a múltiplas especialidades como dermatologista, urologista, oncologista, proctologista e ginecologista. Por isso, o treinamento e capacitação no

diagnóstico diferencial, focando as condições mais comumente confundidas com abuso sexual, poderiam evitar muitos casos de equivoco diagnóstico, especialmente quando a consulta a um especialista não é disponível.

IV. OBJETIVOS

PRIMÁRIOS:

1 – Descrever a frequência de doenças e variações anatômicas confundidas com abuso sexual em crianças periciadas no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, por suspeita baseada apenas em alteração ano-genital, sem relato ou testemunho de abuso sexual no histórico.

2 - Descrever os tipos de doenças e variações anatômicas que foram confundidas com abuso sexual.

V. CASUÍSTICA, MATERIAL E MÉTODOS

V.1 DESENHO DO ESTUDO:

Estudo descritivo com dados secundários.

V.2 POPULAÇÃO:

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

População acessível: Crianças que foram submetidas a perícia de sexologia forense no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues no período de 01 de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2010.

V.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

V.3.1 Critérios de inclusão:

- Ausência de revelação ou testemunho de abuso sexual no histórico da perícia;
- Presença de sintomas ou alterações da região ano-genital suspeitado de abuso sexual como motivo da perícia.

V.3.2 Critérios de exclusão:

- Presença de lesões atribuídas a trauma acidental no histórico da perícia (queda a cavaleiro e outros acidentes).

V.4 AMOSTRAGEM:

Amostra de Conveniência: Laudos consecutivos das perícias de sexologia em crianças menores de 12 anos, realizadas no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues no período de 01 de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2010, que atenderam aos critérios de elegibilidade.

V.5 CAMPO DO ESTUDO:

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

O Instituto Médico Legal Nina Rodrigues 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 habitantes⁸⁹.

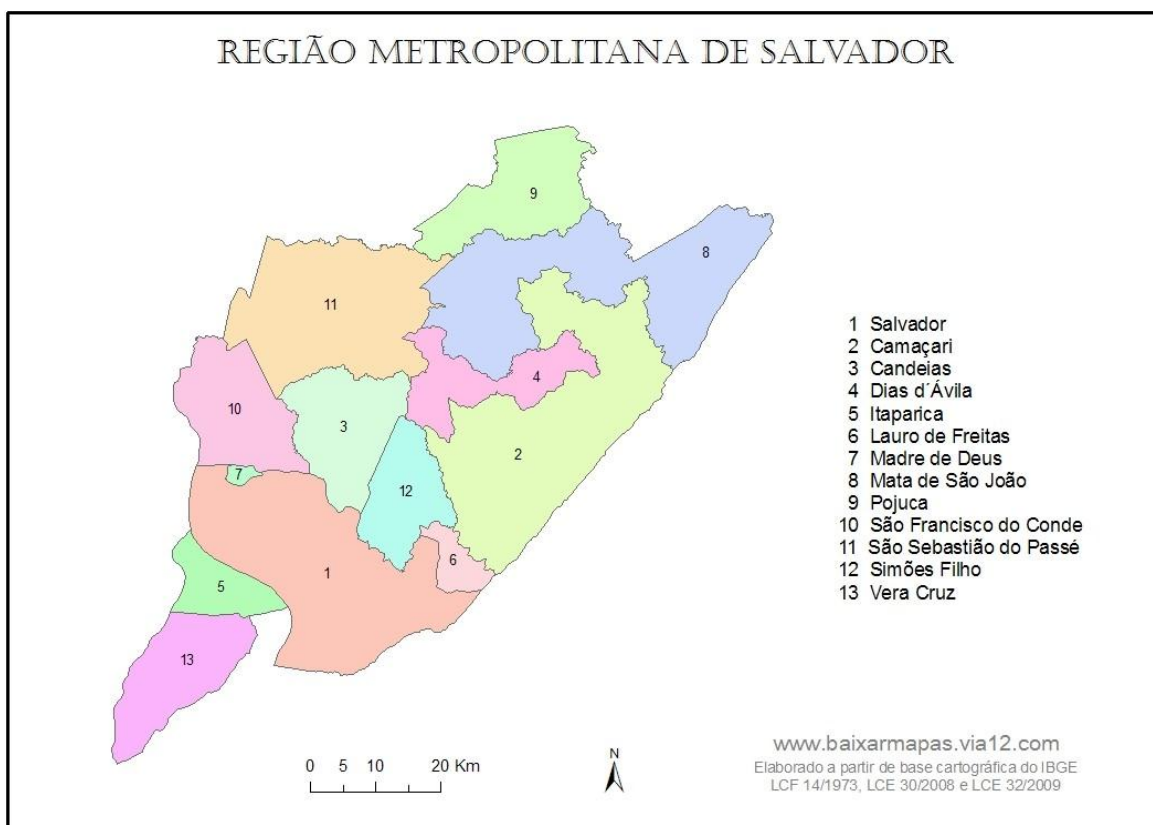


Figura 1

V.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO:

Foram coletados os seguintes dados demográficos e aspectos do exame pericial: Data da perícia; idade, sexo da criança, naturalidade, município de residência, motivo da perícia, fonte que fez a suspeita de abuso, queixas e alterações ano-genitais que motivaram a perícia, alterações ano-genitais encontradas no exame pericial, e a doença ou variação anatômica identificada pelo perito na conclusão pericial.

Quadro de Variáveis	
Data da perícia	Data em que a perícia foi realizada
Idade	
Sexo	
Naturalidade	
Município de residência	
Motivo da perícia	Motivo pelo qual foi solicitada a perícia
Fonte autora da suspeita de abuso	A pessoa que suspeitou que a criança fora vítima de abuso sexual
Sinais e/ou sintomas em região ano-genital relatados no histórico	Sinais e/ou sintomas em região ano-genital relatados pela criança ou pelo acompanhante.
Alterações ano-genitais encontradas no exame físico	
Lesão himenal	
- Localização	Localização das lesões himenais encontradas segundo a técnica dos 4 quadrantes e meridianos (posição supina)
- Padrão da alteração	Edema e/ou equimose e/ou orvalho sanguíneo e/ou sangramento ou rotura cicatrizada
Alteração da região genital não himenal	
- Localização	Localização das lesões genitais encontradas, exceto hímen (púbis, prepúcio do clitóris, clitóris, pequenos lábios, fúrcula, grandes lábios, parede vaginal, intróito vaginal)
- Padrão da alteração	Edema e/ou equimose e/ou escoriação e/ ou laceração e/ou eritema e/ou corrimento e/ou sangramento e/ou outros.
Alteração anal	
-Localização	Localização das lesões encontradas segundo a técnica dos 4 quadrantes e meridianos (posição genu-peitoral)
-Padrão da alteração	Edema e/ou equimose e/ou escoriação e/ou laceração e/ou ou hiperemia e/ou fissura e/ou sangramento e/ou hipotonia e/ou outros.
Diagnóstico	Doença ou variação anatômica identificada pelo perito na conclusão pericial como causa da alteração ano-genital que motivou a perícia.

V.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário padronizado desenvolvido para esta investigação.

V.7.1 Etapas da elaboração do questionário:

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

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

encontradas.

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

V.7.2 Estratégia da coleta e digitação de dados:

A coleta foi feita por busca ativa nos laudos do Arquivo do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues por quatro indivíduos treinados. Cada questionário foi confrontado 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.

V.8 DESCRIÇÃO ESTATÍSTICA:

Foi feita descrição estatística 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. Utilizou-se para este fim o programa estatístico SPSS, versão 17.0.

V.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). Foi aprovado em julho de 2011 extensão da coleta de dados para incluir os casos do ano de 2010 (Anexo IV).

V.9.1 Garantia de Privacidade dos dados:

Não foram colhidos dados de identificação dos indivíduos pesquisados.

V.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 por funcionários do Arquivo;
- c) Os questionários permanecerão guardados nas dependências do por cinco anos após a conclusão do estudo, e o único dado identificador de cada caso é o nº do Registro do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues;
- 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 Instituto Médico Legal Nina Rodrigues.

V.9.3 Contrapartida para a Instituição que abrigou a pesquisa:

Durante a fase do Projeto o pesquisador participou como palestrante do Seminário “Perícia de crimes contra a liberdade sexual” realizado no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues com difusão das informações relevantes da revisão bibliográfica que embasaram este estudo.

Está na fase de projeto um novo Curso de Atualização em Sexologia Forense oferecido pelo pesquisador aos peritos médicos legistas do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues com base nos resultados deste estudo.

Está em fase de preparação, um banco de imagens de condições médicas raras que podem mimetizar abuso sexual da criança, para consulta dos médicos legistas na intranet da Instituição.

O pesquisador contribuiu como preceptor do programa de Extensão Acadêmica em Medicina Legal, promovido pela Instituição que abrigou a pesquisa, no período de 2010-2011.

Cópias deste estudo serão doadas à Biblioteca da Instituição.

VI. RESULTADOS

Entre primeiro de janeiro de 2005 a trinta e um de dezembro de 2010 foram identificados 410 laudos de crianças encaminhadas ao Instituto Médico Legal Nina Rodrigues para realizar perícia de sexologia forense com a suspeita de abuso baseada apenas em sintoma ou alteração ano-genital apresentada pela criança, sem relato ou testemunho de abuso sexual no histórico. Neste grupo foi identificado um total de 31 casos (7,6%) em que na conclusão do laudo o perito médico legista identificou que a queixa ou alteração ano-genital que motivou a perícia era causada por uma doença ou variação anatômica. A idade média dessas crianças que apresentavam doenças ou variação anatômica confundidas com abuso sexual foi três anos ($DP \pm 2,0$), variando de 19 dias a 8 anos (Figura 2). Quanto ao sexo, 30 casos (97%) eram meninas. Vinte e quatro crianças (77%) eram domiciliadas no município de Salvador, e sete (23%) eram procedentes dos demais municípios da região metropolitana de Salvador. Do total, 20 crianças (68%) eram naturais de Salvador. Quanto à fonte que suspeitou de abuso, o médico foi o autor da suspeita em 27 casos (87%), e a procura direta da delegacia por preocupações dos familiares acerca de abuso sexual em virtude de achado ano-genital ocorreu em quatro casos (13%). Relato de sangramento genital ocorreu em 17 casos (58%), sendo 15 em crianças com prolapso uretral e dois nas crianças com neoplasia vaginal.

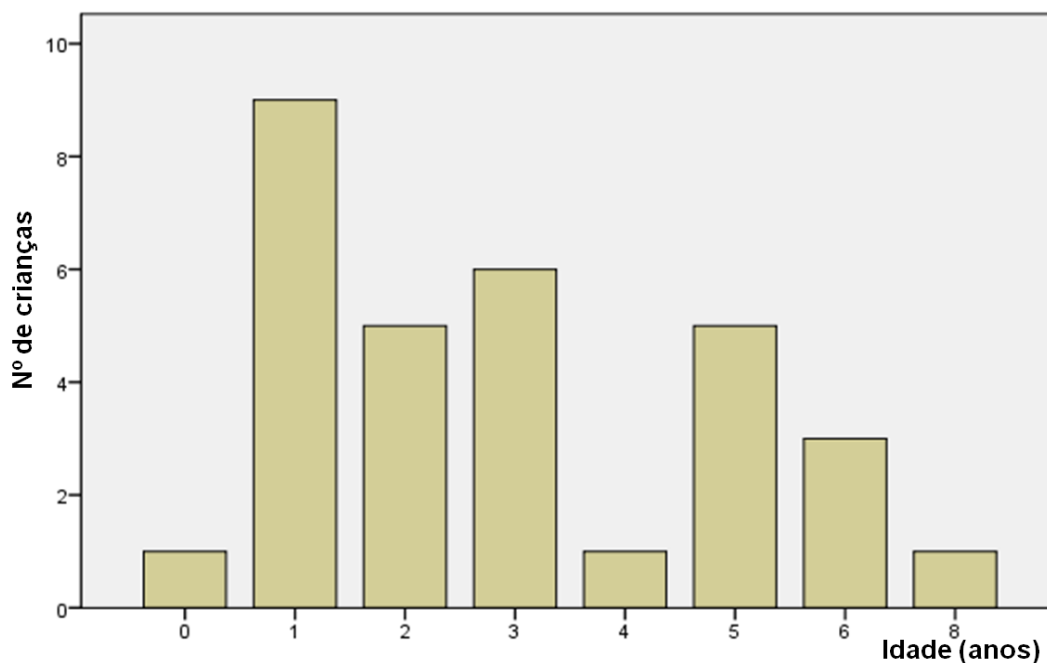


Figura 2 - Distribuição por idade das crianças com doença ou variação anatômica confundida com abuso sexual. Região metropolitana de Salvador-Ba, 2005-2010. (n=31)

Dentre as condições confundidas com abuso sexual (Tabela 1), prolapso uretral foi encontrado em 52% dos casos, e tiveram o diagnóstico baseado em critério clínico. Os quatro casos de dermatite incluíram um caso diagnosticado como dermatite amoniacal, dois casos de dermatite fungica que foram encaminhadas à perícia por causa da vermelhidão perianal, e um caso de dermatite inespecífica em região inguinal com adenite reacional.

Tabela 1 – Distribuição das doenças e variações anatômicas confundidas com abuso sexual. Região metropolitana de Salvador-Ba, 2005-2010. (n=31)

	n	%
Doença		
Prolapso uretral	16	51,6
Dermatites	4	12,9
Sinequia de ninfas	2	6,5
Neoplasia vaginal	2	6,5
Doença de Crohn	1	3,2
Fenda perineal	1	3,2
Corpo estranho vaginal	1	3,2
Infecção do trato urinário	1	3,2
Enterobiase	1	3,2
Variação anatômica		
Hímen septado	1	3,2
Hímen de orla estrita	1	3,2

Neoplasia vaginal foi identificada em duas meninas com três anos de idade. A suspeita de abuso foi feita em serviço de saúde baseada na queixa de sangramento vaginal. Um destes casos foi identificado pelo médico legista como rabdomiossarcoma pela macroscopia em forma de “cachos de uva”.

Sinéquia de ninfas ocorreu em dois casos. Em um deles, uma menina de dois anos, o motivo da perícia foi pela abertura espontânea da aderência.

Houve dois casos de variação anatômica confundidos com abuso sexual: um deles foi uma criança de oito anos encaminhada pelo pediatra por “não ter sido identificado hímen”. O exame pericial revelou tratar-se de hímen de orla estreita; O outro era uma criança de 11 meses levada ao Posto de Saúde porque a avó “achou a vagina um pouco aberta”. A pediatra suspeitou de abuso sexual e a perícia revelou que se tratava de hímen septado.

Doença de Crohn foi diagnosticada em uma criança de um ano que durante internamento por diarreia aguda e febre, foi verificado lesões em vulva, anus e região

glútea com sangramento nas fraldas. Havia antecedentes de outros episódios de diarreia, e na perícia foi identificado úlceras e fissuras profundas anais, várias fistulas perianais e úlcera vulvar.

Enterobíase foi diagnosticado em uma criança de um ano pela identificação dos parasitas durante a perícia. Ela foi encaminhada para perícia porque foi notado eritema e escoriação vulvar em consulta médica.

Corpo estranho vaginal foi diagnosticado em uma criança de cinco anos que apresentou história de introdução de bola de gude na vagina enquanto brincava com outra criança.

Fenda perineal foi encontrado em uma Recém Nascida de 19 dias de vida com histórico de ter nascido com um “corte entre a vagina e o ânus”. Os familiares levaram ao pediatra por acharem que o corte estava aumentando, sendo então solicitado perícia para afastar abuso.

Infecção do trato urinário foi encontrado em uma menina de dois anos com disúria e eritema vulvar cujo diagnóstico foi feito antes da perícia. O pai tomou a iniciativa de pedir que fosse solicitada perícia porque um parente levantou a possibilidade de abuso sexual quando a criança iniciou os sintomas.

VII. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo na literatura a estimar a frequência de doenças ou variações anatômicas que foram confundidos com abuso sexual em crianças que tinham a suspeita baseada apenas em alteração ano-genital. Os casos de doenças e variações anatômicas que foram encontrados reforçam as recomendações das diretrizes internacionais quanto à necessidade de cautela e capacitação para o reconhecimento destas condições que podem mimetizar abuso sexual nestas crianças.

A distribuição por idade mostra uma curva não normal, refletindo o comportamento biológico das diferentes condições medicas que foram identificadas. A idade média das crianças do nosso estudo foi três anos e a provável falha na obtenção de informações verbais precisas e detalhadas nestas crianças, juntamente com a pouca familiaridade do examinador com as condições ano-genitais apresentadas, podem ter favorecido o encaminhamento para investigação policial.

A frequência maior de casos de equívoco de abuso no sexo feminino reflete o fato de que a maioria das condições encontradas só ocorre em meninas (prolapso uretral, neoplasia vaginal, sinéquia de ninfas, e variações do hímen).

O achado mais relevante foi o encontro de prolapso uretral em 52% dos casos de equívoco. A frequência de prolapso na população é considerada rara, ocorrendo em 1:3000⁹⁰. Vários fatores podem ter colaborado para este resultado: Prolapso uretral tem sido mais descrito em afro-americanos⁹⁰ e a região metropolitana de Salvador, fonte dos casos deste estudo, tem uma população de mais de três milhões de habitantes⁸⁹ com predomínio de afro-descendentes; sangramento genital ocorreu na quase totalidade dos casos de prolapso uretral deste estudo, e é sempre um sinal alarmante para pais e profissionais de saúde, levantando preocupações em relação a abuso sexual, especialmente

quando o desenvolvimento verbal não favorece que a criança forneça informações precisas¹⁶; a pouca familiaridade dos médicos com este diagnóstico também pode ter contribuído para o resultado. Anveden et al.¹⁸ relataram que em 24 casos de prolapso uretral o diagnóstico correto na apresentação só ocorreu em 21% dos casos. Na maioria dos demais casos foram levantadas suspeitas de abuso sexual.

Prolapso uretral tem sido descrito como tendo uma aparência típica ao exame físico. Apresenta-se como uma massa vista no intróito em forma de rosquinha, com eritema e edema e com a uretra no centro da massa^{7, 15, 16, 90} (ilustrado em desenhos nas Figuras 3 e 4). Pode haver um aspecto gangrenoso e a massa pode cobrir toda a vulva. Hillyer et al.⁹¹ demonstraram a capacidade de diagnosticar prolapso da uretra através de um quadro clínico, sem a necessidade de testes adicionais em uma série de 34 casos.



Figura 3



Figura 4

Neoplasias do trato genital (tumores do seio endodérmico e rabdomiossarcomas) também podem impressionar pelo sangramento, presença de coágulos ou alteração do aspecto anatômico genital, e isto pode levar a suspeita de abuso sexual¹⁴.

Fenda perineal tem sido descrito como uma anomalia congênita comumente confundida com alteração traumática e pode resultar em exposição da mucosa em qualquer lugar em uma linha a partir da fossa navicular ao ânus¹⁷.

Quanto aos casos encontrados de variação no formato himenal, a literatura tem referido que a interpretação de achados na genitália de crianças considerados anormais por pediatras freqüentemente se mostra em desacordo com a interpretação dada por peritos legistas, mais treinados na observação de tais alterações¹³. Hímens de borda estreita têm sido documentado em uma freqüência de 22%⁹² e podem evocar a idéia de abuso em quem não tem familiaridade com o exame da genitália em crianças^{83, 93}.

Sinéquia de ninfas é comum em crianças e não há justificativa para a suspeita de abuso sexual apenas com base neste achado⁹⁴. Abertura espontânea tem sido relatado, e pode ser confundido com abuso sexual especialmente pelo pequeno sangramento que pode ocorrer. Em um estudo de 10 crianças com sinéquia de ninfas acompanhadas por 18 meses todas apresentaram abertura espontânea⁹⁵.

O caso de doença de Crohn diagnosticado neste estudo tinha 13 meses de vida e se apresentava com a forma perianal da doença. Crohn em menores de dois anos de idade foi estimado em 6,1% em um estudo de 1370 casos abaixo dos 18 anos⁹⁶. Doença perianal ou apresentação metastática em genitais são as formas que podem ser confundidas com abuso^{8, 12}. A freqüência de doença perianal em pacientes pediátricos com doença de Crohn pode chegar a até 49% quando além das fístulas e abscessos são incluídos fissuras e plicomas no critério da classificação⁹⁷.

Introdução de corpo estranho em vagina tem sido descrito com freqüência em pediatria e é responsável por 4% das consultas em ambulatório de ginecologia pediátrica. A maioria é encontrada em meninas entre três e nove anos de idade⁹⁴. No presente caso havia uma clara história da ocorrência durante brincadeira com outra criança.

Enterobiase é responsável por intenso prurido em genitália que pode tanto causar escoriações pelo ato de coçar como também levar a contaminação e corrimento vaginal pela migração dos parasitos para a vagina. É encontrado em 30% das crianças e muitas

vezes é confundido com outras doenças inclusive abuso sexual⁹⁸. O presente caso só foi diagnosticado por terem sido observados parasitos durante a perícia. Como na ausência de parasitos visíveis os achados tendem a serem inespecíficos, outros casos podem ter ocorrido sem ter sido possível firmar o diagnostico.

Infecções do trato urinário podem ser confundidas com abuso sexual por causa de sintomas acompanhantes como disúria e sangramento⁷.

Em lactentes e pré-escolares problemas de pele relacionados a má higiene e irritação são mais comuns⁸³. Dermatites infecciosas e de contato são frequentes, podendo gerar sintomas dermatológicos com intenso eritema, dor em região perianal ou genitália, e ser confundidos com abuso sexual¹¹.

VIII. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Algumas limitações do presente estudo podem ser apontadas: O pesquisador usou dados secundários e por isso não teve controle sobre a qualidade original dos mesmos. O critério de diagnóstico utilizado foi a conclusão do Médico perito e o pesquisador não têm como garantir se em algum caso o equívoco não esteve do lado do diagnóstico pericial.

A frequência de ocorrência de equívoco de condições médicas com abuso sexual pode ter sido subestimada porque pode ter havido condições médicas que não foram reconhecidas pelo médico legista.

A validade externa deste estudo pode ser limitada porque o diagnóstico diferencial de abuso sexual da criança é dependente da capacitação dos médicos da atenção primária, da disponibilidade de especialistas para inter-consulta, bem como do treinamento da equipe de avaliadores¹⁷, e estes fatores podem variar muito em diferentes lugares.

IX. CONCLUSÕES

- 1) Foram encontradas doenças ou variações anatômicas confundidas com abuso sexual em 7,6% das crianças encaminhadas para investigação policial devido a sintomas ou alterações anogenitais isoladamente, sem relato de abuso no histórico da perícia.
- 2) Prolapso uretral foi confundido com abuso sexual em 52% dos casos de equivoco.
- 3) Estes dados reforçam a necessidade dos médicos que atendem crianças estarem capacitados para reconhecer as condições médicas que podem mimetizar abuso sexual, especialmente prolapso uretral.

IX. ABSTRACT

Introduction: Doctors who treat children should be trained to recognize physical findings that may be confused with sexual abuse, because an erroneous diagnosis could have a very damaging effect on all parties involved.

Objective: To describe the disorders or anatomical variations confused with sexual abuse in children under police investigation.

Methods: A descriptive study using secondary data from disorders and anatomical variations confused with sexual abuse. We studied the reports of the children under the age of 12 who were examined at the Nina Rodrigues Institute of Forensic Medicine between 2005 and 2010. Sexual abuse was suspected based upon anogenital complaints or abnormalities, and there were no reports of sexual abuse in their medical history. The criteria used to identify the cases to be included in the study were the findings of the medical examiner.

Results: We found 410 cases with no reported sexual abuse in their medical history and with suspicion of abuse based solely on anogenital complaints or abnormalities. In 31 cases within this group (7.6%), the medical examiner identified a disorder or anatomical variation based on the anogenital complaint or alteration which had generated the suspicion of sexual abuse. The mean age in the cases confused with abuse was 3 years (DP $\pm 2,0$), and 30 cases (97%) were girls. There were 16 cases of urethral prolapse found (52%). Other medical conditions identified included synchia vulvae, vaginal neoplasia, dermatitis, anatomical variation, Crohn's disease, enterobiasis, vaginal foreign body, perineal cleft and urinary tract infection.

Conclusion: Among children with anogenital complaints or abnormalities and no history of sexual abuse, this study found that in 7.6% of patients, disorders or anatomical variations were confused with sexual abuse. This reinforces the need for pediatricians to be trained to recognize medical conditions that can mimic sexual abuse. This is especially relevant of urethral prolapse, which represented 52% of the misdiagnosed cases.

Keywords: child abuse, sexual abuse, erroneous diagnosis

XI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Kellogg N; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005 Aug;116(2):506-512.
02. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009 Jan 3;373(9657):68-81.
03. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: Medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl*. 2002 Jun;26(6-7):645-659.
04. 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 Jun;20(3):163-172.
05. Pfeiffer L, Salvagni EP. Current view of sexual abuse in childhood and adolescence. *J Pediatr (Rio J)*. 2005 Nov;81(5 Suppl):S197-204.
06. Adams JA. Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse: It's Time for Standardized Training, Referral Centers, and Routine Peer Review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999; 153:1121-1122.
07. Hornor G.J. Common conditions that mimic findings of sexual abuse. *Pediatr Health Care*. 2009 Sep-Oct;23(5):283-288.
08. Sellman SP, Hupertz VF, Reece RM. Crohn's disease presenting as suspected abuse. *Pediatrics*. 1996 Feb;97(2):272-274.
09. AlJasser M, Al-Khenaizan S. Cutaneous mimickers of child abuse: a primer for pediatricians. *Eur J Pediatr*. 2008 Nov;167(11):1221-1230.
10. Bowen K, Aldous MB. Medical evaluation of sexual abuse in children without disclosed or witnessed abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153: 1160-1164.
11. Harth W, Linse R. Dermatological symptoms and sexual abuse: a review and case reports. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000 Nov;14(6):489-494.
12. Porzionato A, Alaggio R, Aprile A. Perianal and vulvar Crohn's disease presenting as suspected abuse. *Forensic Sci Int*. 2005 Dec 1;155(1):24-27.
13. Gondim RM, Muñoz DR, Petri V. Child abuse: skin markers and differential diagnosis. *An Bras Dermatol*. 2011 Jun;86(3):527-536.
14. Aprile A, Ranzato C, Rizzotto MR, Arseni A, Da Dalt L, Facchin P. "Vaginal" bleeding in prepubertal age: a rare scaring riddle, a case of the urethral prolapse and review of the literature. *Forensic Sci Int*. 2011 Jul 15;210(1-3):16-20.

15. Vunda A, Vandertuin L, Gervais A. Urethral Prolapse: An Overlooked Diagnosis of urogenital Bleeding in Pre-Menarcheal Girls. *J Pediatr*. 2011 Apr;158(4):682-683.
16. Agarwal S, Lall A, Bianchi A, Dickson A. Uro-genital bleeding in pre-menarcheal girls: dilemmas of child abuse. *Pediatr Surg Int*. 2008 Jun;24(6):745-746.
17. Adams JA, Horton M. Is it sexual abuse? Confusion caused by a congenital anomaly of the genitalia. *Clin Pediatr (Phila)*. 1989 Mar;28(3):146-148.
18. Anveden-Hertzberg L, Gauderer MW, Elder JS. Urethral prolapse: an often misdiagnosed cause of urogenital bleeding in girls. *Pediatr Emerg Care*. 1995 Aug;11(4):212-214.
19. Butchart A, Kahane T, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf. Acesso em: 20 de dez. 2010.
20. Fromm S. Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States: statistical evidence. Chicago, IL, Prevent Child Abuse America (PCAA), 2001. Disponível em: http://www.leadershipcouncil.org/docs/PCA-cost_analysis.pdf . Acesso em: 23 de ago. 2010.
21. Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança. Resolução 44/25 da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm. Acesso em: 23 de jun. 2011.
22. 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 Oct;93(10):851-856.
23. Pillai M. Genital findings in prepubertal girls: what can be concluded from an examination? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2008 Aug;21(4):177-185.
24. Finkel MA. Anogenital trauma in sexually abused children. *Pediatrics*. 1989;84 :317–322.
25. McCann J, Voris, J. Perianal injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*.1993;91 :390– 397.
26. McCann J, Voris J, Simon M. Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*. 1992;89 :307 –317.
27. Kerns DL, Ritter ML, Thomas RG. Concave hymenal variations in suspected child sexual abuse victims. *Pediatrics*. 1992;90 :265 –272.
28. Boos S. Accidental hymenal injury mimicking sexual trauma. *Pediatrics*.1999;103 :1287–1290.

29. 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 :829 –837.
30. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics*. 2007 May;119(5):1094-106.
31. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of nonhymenal genital injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *J Pediatr* 2007; 120:1000–1011.
32. Dubowitz H. Healing of hymenal injuries: implications for child health care professionals. *Pediatrics*. 2007 May;119(5):997-9.
33. Gomes, R.; Deslandes, S.F.; Veiga, M.M.; Bhering, C.; Santos, J.F.C. - Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18 (3): 707-714.
34. Vanrell J P. *Sexologia Forense*. 2ª Edição, São Paulo. Editora Mizuno, 2008.
35. França, GV. *Medicina Legal*. 9.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
36. Gomes H. *Medicina Legal*. 33ª Edição. Rio de Janeiro. Freitas Bastos, 2003.
37. Croce, D. *Manual de Medicina Legal - 7ª Ed*. São Paulo. Saraiva, 2010.
38. Hércules, H.C. *Medicina legal – Texto e atlas*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.
39. Bittar N. *Medicina legal*. 2ª edição. São Paulo. Rideel, 2011.
40. Paixão, Ana Cristina Wanderley da; Deslandes, Suely Ferreira. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. *Saúde Soc*. 2010 Jan;19(1):114-126.
41. Estatuto da Criança e do Adolescente. Presidência da República Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 10 de out. 2011.
42. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Disponível em: <http://www.direitosdacrianca.org.br/conanda>. Acesso em: 10 de out. 2011.
43. Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Yves de Roussan/ CEDECA-Ba. Disponível em: <http://www.cedeca.org.br/pagina.cfm?pagina=1>. Acesso em: 13 de out. 2011.
44. Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil. Disponível em: <http://www.comitenacional.org.br/plano-nacional-000.php>. Acesso em: 18 de out. 2011.

45. Ministério da Justiça - Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. BRASÍLIA – 2002. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/conanda/plano_nacional.pdf. Acesso em: 19 de out. 2011.
46. Ministério da Justiça - Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Cartilha - Disque Denúncia Nacional. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/spdca/T/cartilha_disque_100_21x21_1512.pdf. Acesso em: 10 de out. 2011.
47. Projeto Sentinela - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Prefeitura de Salvador. Disponível em: http://www.sedes.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=49. Acesso em: 10 de out. 2011.
48. Bays J, Jenny C. Genital and anal conditions confused with child sexual abuse trauma. *Am J Dis Child*; 1990 Dec; 144(12):1319-22.
49. Adams JA. Evaluating children for possible sexual abuse. *Am Fam Physician*. 2001 Mar; 63(5):843-4.
50. Turminha. Guia-Escolar-parte4 Cartilhas Educativas. Ministério Público Federal. Disponível em: <http://www.turminha.mpf.gov.br/para-o-professor/publicacoes/Guia-Escolar-parte4.pdf>. Acesso em: 10 de set. 2011.
51. Manual de orientação para educadores - sobre o abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Cartilhas Educativas. Ministério Público – Amapá. Disponível em: http://www.mp.ap.gov.br/portal/gerenciador/arquivos/File/manual_de_orientacao_para_educadores.pdf. Acesso em: 10 de set. 2011.
52. Guia de Atuação Frente a Maus-tratos na Infância e Adolescência: Orientações para Pediatras e Demais Profissionais que Trabalham com Crianças e Adolescentes/ Sociedade Brasileira de Pediatria/ Centro Latino – Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli/ Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ. Ministério de Estado dos Direitos Humanos – Ministério da Justiça – RJ, março de 2001. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/MausTratos_SBP.pdf. Acesso em: 10 de nov. 2011.
53. Abuso sexual de crianças e adolescentes - Quebrando Tabus. Cartilhas Educativas. Ministério Público – Amapá. Disponível em: http://www.mp.ap.gov.br/portal/gerenciador/arquivos/File/abuso_quebrando_tabus.pdf. Acesso em: 28 de dez. 2011.
54. Campos, MAMR et al. Violência sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. *Saúde Soc*; jan. 2005;14(1):101-109.
55. Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2008; 20:435–441.

56. Adams JA. In Training - Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004; 17:191–197
57. Katz VL, Lentz MG, Lobo RA, Davis AJ. *Comprehensive Gynecology.* 5th ed. Philadelphia: Mosby; 2007.
58. Kerns DL, Ritter ML. Medical findings in child sexual abuse cases with perpetrator confessions. *Am J Dis Child.* 1992;146 :494-497.
59. Muram D. Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings. *Child Abuse Negl.* 1989;13 :211 –216.
60. Kellogg ND, Menard SW, Santos A. Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened. *Pediatrics.* 2004 Jan;113 (1): 67-69.
61. Froner JP, Ramires VRR. Escuta de crianças vítimas de abuso sexual no âmbito jurídico: uma revisão crítica da literatura. *Paidéia.* 2008, vol.18, n.40: 267-278.
62. Palusci VJ, Cox EO, Shatz EM, Schultze JM. Urgent medical assessment after child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2006; 30:367–380.
63. Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D: Genital anatomy in non-abused preschool girls. *Acta Paediatr.* 2003 Dec; 92:1453-62.
64. McCann J, Wells R, Simon M, et al: Genital findings in prepubertal girls selected for non-abuse: A descriptive study. *Pediatrics.* 1990 Sep; 86:428-39.
65. Berenson AB, Heger AH, Hayes JM, et al: Appearance of the hymen in prepubertal girls. *Pediatrics.* 1992 Mar; 89:387-94.
66. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, et al: Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. *Pediatrics.* 2002 Feb; 109:228-235.
67. Heger AH, Ticson L, Guerra L, et al: Appearance of the genitalia in girls selected for non-abuse: Review of hymenal morphology and non-specific findings. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2002 Feb; 15(1):27-35.
68. Hobbs CJ, Wynne JM. Sexual abuse of English boys and girls: the importance of the anal examination. *Child Abuse Negl* 1989;13(2):195–210.
69. Adams J, Harper K, Knudson S, et al: Examination findings in legally confirmed cases of child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics.* 1994 Sep; 94:310-337.
70. McCann J, Voris J: Perianal injuries resulting from sexual abuse: A longitudinal study. *Pediatrics.* 1993 Feb; 91:390-397.
71. McCann J, Voris J, Simon M, et al: Perianal findings in prepubertal children selected for non-abuse: A descriptive study. *Child Abuse Negl.* 1989; 13(2):179-193.

72. Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D: Perianal anatomy in nonabused preschool children. *Acta Paediatr.* 2001 Nov; 90:1321-1328.
73. Berenson AB, Somma-Garcia A, Barnett S: Perianal findings in infants 18 months of age or younger. *Pediatrics.* 1993 Apr; 91:838-840.
74. Elder DE. Interpretation of anogenital findings in the living child: Implications for the paediatric forensic autopsy. *J Forensic Leg Med.* 14 (2007) 482–488.
75. Al-Khenaizan S, Almuneef M, Kentab O. Lichen sclerosus mistaken for child sexual abuse. *Int J Dermatol.* 2005 Apr;44(4):317-320.
76. Shavit I, Solt I. Urethral prolapse misdiagnosed as vaginal bleeding in a premenarchal girl. *Eur J Pediatr.* 2008;167:597-598.
77. Chute DJ, Stasaitis W, Bready RJ. Infantile perineal protrusion: case report. *Am J Forensic Med Pathol.* 2009 Sep;30(3):287-288.
78. Fleet SL, Davis LS. Infantile perianal pyramidal protrusion: report of a case and review of the literature. *Pediatr Dermatol.* 2005 Mar-Apr;22(2):151-152.
79. Khachemoune A, Guldbakke KK, Ehram E. Infantile perineal protrusion. *J Am Acad Dermatol.* 2006 Jun;54(6):1046-9.
80. Jongen J, Eberstein A, Peleikis HG, Kahlke V, Herbst RA. Perianal streptococcal dermatitis: an important differential diagnosis in pediatric patients. *Dis Colon Rectum.* 2008 May;51(5):584-587.
81. Reardon W, Hughes HE, Green SH, Lloyd Woolley V, Harper PS. Anal abnormalities in childhood myotonic dystrophy--a possible source of confusion in child sexual abuse. *Arch Dis Child.* 1992 Apr;67(4):527-528.
82. Suárez L, Bélanger-Quintana A, Escobar H, de Blas G, Benítez J, Lobo E, de Miguel F, Aparicio JM. Suspected sexual abuse: an unusual presentation form of congenital myotonic dystrophy. *Eur J Pediatr.* 2000 Jul;159(7):539-541.
83. Kellogg ND, Parra JM, Menard S. Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998;152 :634 –641.
84. Park BJ, Kim YW, Kim TE, Lee DH. Urethral prolapse in a premenarchal Asian girl. *Obstet Gynecol.* 2009 Feb;113(2 Pt 2):506-507.
85. Fiogbe MA, Hounnou GM, Koura A, Agossou-Voyeme KA. Urethral mucosal prolapse in young girls: a report of nine cases in Cotonou. *Afr J Paediatr Surg.* 2011 Jan-Apr;8(1):12-14.
86. Holbrook C, Misra D. Surgical management of urethral prolapse in girls: 13 years' experience. *BJU Int.* 2011 Nov 11. doi: 10.1111/j.1464-410X.2011.10752.x.

87. Lally MR, Orenstein SR, Cohen BA. Crohn's disease of the vulva in an 8-year-old girl. *Pediatr Dermatol*. 1988 May;5(2):103-106.
88. Kuloğlu Z, Kansu A, Demirçeken F, Bozkir M, Kundakçi N, Bingöl-Koloğlu M, Girgin N. Crohn's disease of the vulva in a 10-year-old girl. *Turk J Pediatr*. 2008 Mar-Apr;50(2):197-199.
89. 2010 Census [Internet] 2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>
90. Trindade E, Andrade LA, Cruz DMR, Celestino V, Schindler A e Lopes EJA. Prolapso de Mucosa Uretral em Criança Confundido com Abuso Sexual. *Prova Material* 2008, Abril. Vol. 1. nº 09: 25-27.
91. Hillyer S, Mooppan U, Kim H, Gulmi F. Diagnosis and treatment of urethral prolapse in children: experience with 34 cases. *Urology* 2009;73: 1008-1011.
92. Heger AH, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T, McConnell G, et al. Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: review of hymenal morphology and nonspecific findings. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; 15: 27–35.
93. Adams JA. Normal studies are essential for objective medical evaluations of children who may have been sexually abused. *Acta Pædiatr* 2003; 92: 1378–1380.
94. Katz VL, Lentz MG, Lobo RA, Davis AJ. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby; 2007.
95. Jenkinson SD, MacKinnon AE. Spontaneous separation of fused labia minora in prepubertal girls. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984 Jul 21;289(6438):160-161.
96. Heyman MB, Kirschner BS, Gold BD, et al. Children with early-onset inflammatory bowel disease (IBD): analysis of a pediatric IBD consortium registry. *J Pediatr* 2005;146:35–40.
97. Keljo DJ, Markowitz J, Langton C, Lerer T, Bousvaros A, Carvalho R, et al. Course and treatment of perianal disease in children newly diagnosed with Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2009 Mar;15(3):383-7.
98. Kucik CJ, Martin GL, Sortor BV. Common intestinal parasites. *Am Fam Physician*. 2004;69: 1161–1168.

XII. ANEXOS

ANEXO 1. Instrumento de coleta de dados.....	54
ANEXO 2. Ofício da Coordenação de Pesquisa do IMNR aprovando a pesquisa	57
ANEXO 3. Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FBDC, aprovando a investigação.....	58
ANEXO 4. Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do FBDC, aprovando a extensão da coleta de dados para o período de 2010.....	59
ANEXO 5. Artigo científico.....	60

QUESTIONÁRIO

+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 Houve relato de abuso ou testemunho de abuso no histórico da pericia? 1=Sim; 2=Não;

+8 Se não ao item 7, qual o MOTIVO da Perícia?: Descrever:

+9 Qual a fonte autora da suspeita de abuso? Descrever.....

+10 Há relato de sinais ou sintomas no laudo? 1=Sim; 2=Não;

-10.1 Se Sim: Descrever:.....

+11 Há no laudo Relato de alteração comportamental? 1=Sim; 2=Não;

-11.1 SE SIM DESCREVER:

♀ Só para meninas: (Da questão 35 até 43)

+12 Há LESÕES EM MAMAS? 1=Sim; 2=Não

+13 FORMATO DO HÍMEN:

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

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

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

+14 Extensão da ORLA HIMENAL:

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

+15 Há ROTURA HIMENAL? 1=SIM; 2=NÃO

SE SIM, completar até a questão 40:

-16 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:

-17 ESTÁGIO:

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

+18 Há ALTERAÇÕES EM Vulva ou Vagina: 1=SIM; 2 =NÃO

SE SIM, completar até a questão 43:

-19 TIPO: 1= edema; 2= equimose; 3= escoriação;

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

7= sangramento; 99=outros, descrever:

-20 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:**

+21 Há ALTERAÇÕES DE REGIÃO ANAL/PERIANAL? 1=SIM; 2 =NÃO

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

-22 POSIÇÃO DO EXAME ANAL? 1-Genupeitoral; 2-Posição Ginecológica; 3-SI

-23 TIPO: 1= edema; 2= equimose; 3= escoriação

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

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

-24 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, DESCRIVER:

+25 Se a vítima É MASCULINO, HÁ ALTERAÇÃO GENITAL? 1-Sim; 2-Não

-25.1 Se Sim, QUAL O LOCAL? 10=Glande; 11= Corpo Do Pênis;

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

+26 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

-26.1 Se outras alterações, Descrever:

+27 Na CONCLUSÃO DO LAUDO, foi identificado alguma doença ou variação anatômica pelo perito como causa da alteração anogenital que motivou a pericia? Sim; Não

27.1 SE SIM, DESCRIVER:



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

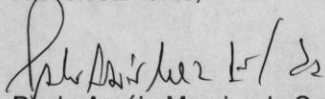
C/C para Setor de Arquivo e Estatística do IMLNR

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.

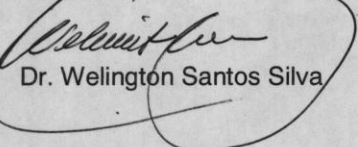
Solicita-se também, para fins de análise e arquivo, cópia do anteprojeto após sua conclusão.

Atenciosamente,


Paulo Araújo Moreira de Souza

DPT/ IMLNR/ Coordenador II

De acordo,


Dr. Welington Santos Silva



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Salvador, 29 de julho 2010

Ofício nº 118

REFERENTE AO PROTOCOLO Nº0682010


"ESTUDO DESCRITIVO DE DOENÇAS 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 Calsóstomo
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

BAHIANA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA



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:

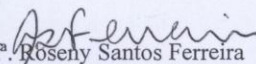
Descrever os tipos de afecções confundidas com ASI.

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. 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

**A descriptive study of disorders and anatomical variations confused with sexual
abuse in children under police investigation**

Wellington S Silva^I; Filipe M Ribeiro^{III}; Victor P S Almeida^{III}; Gabriel K Guimarães^{III};
Matheus S Santos^{III}; Ubirajara Barroso Jr^{II}

^I Master Student, Medicine e Health, EBMSP, Salvador, BA, Brazil

^{II} Doctor, Adjunct Professor, EBMSP, Salvador, BA, Brazil

^{III} Student, Medicine, UFBA, Salvador, BA, Brazil

Correspondence and pre-publication contact information:

Wellington dos Santos Silva welsiva@oi.com.br

ABSTRACT

Introduction: Doctors who treat children should be trained to recognize physical findings that may be confused with sexual abuse, because an erroneous diagnosis could have a very damaging effect on all parties involved.

Objective: To describe the disorders or anatomical variations confused with sexual abuse in children under police investigation.

Methods: A descriptive study using secondary data from disorders and anatomical variations confused with sexual abuse. We studied the reports of the children under the age of 12 who were examined at the Nina Rodrigues Institute of Forensic Medicine between 2005 and 2010. Sexual abuse was suspected based upon anogenital complaints or abnormalities, and there were no reports of sexual abuse in their medical history. The criteria used to identify the cases to be included in the study were the findings of the medical examiner.

Results: We found 410 cases with no reported sexual abuse in their medical history and with suspicion of abuse based solely on anogenital complaints or abnormalities. In 31 cases within this group (7.6%), the medical examiner identified a disorder or anatomical variation based on the anogenital complaint or alteration which had generated the suspicion of sexual abuse. The mean age in the cases confused with abuse was three years (DP ± 2.0), and 30 cases (97%) were girls. There were 16 cases of urethral prolapse found (52%). Other medical conditions identified included synechia vulvae, vaginal neoplasia, dermatitis, anatomical variation, Crohn's disease, enterobiasis, vaginal foreign body, perineal cleft and urinary tract infection.

Conclusion: Among children with anogenital complaints or abnormalities and no history of sexual abuse, this study found that in 7.6% of patients, disorders or anatomical variations were confused with sexual abuse. This reinforces the need for pediatricians to be trained to recognize medical conditions that can mimic sexual abuse. This is especially relevant of urethral prolapse, which represented 52% of the misdiagnosed cases.

Keywords: child abuse, sexual abuse, erroneous diagnosis

Introduction

Worldwide, it is estimated that about 25% of girls and 9% of boys are exposed to some form of sexual abuse during childhood¹. Among children who report sexual abuse, only about 4% show anogenital changes that confirm the diagnosis². For the most part, a well conducted interview might be the only way to obtain evidence that abuse occurred^{3,4}.

Among those children who reported no sexual abuse, but whom were suspected of being victims due to anogenital findings, Heger ET al.² found confirmatory signs of sexual abuse in 8%. In order to evaluate these children, it is important that their physicians be able to recognize disorders and anatomical variations that can mimic sexual abuse, because an erroneous diagnosis could have a very damaging effect on all parties involved⁵⁻⁸. Families can be destroyed even if it is later proven that the abuse did not occur^{5,7}.

Thus, because of the low instance of confirmed findings and the challenges of making a differential diagnosis, questionable cases of sexual abuse based solely on anogenital findings should be sent to reference centers before going to police investigation^{5,9}. This is especially important when dealing with suspected abuse that is not recent and when there is no forensic evidence to collect.

In Brazil, there is a lack of reference centers for evaluating suspected cases of abuse. Because of these circumstances, it falls upon the pediatrician to be prepared to recognize medical conditions that could be confused with sexual abuse¹⁰.

In the literature, there are many reports of medical conditions that were confused with sexual abuse^{6-8, 11-18}, however, no such studies have been conducted in Brazil. The

objectives of this study are to describe the disorders or anatomical abnormalities that can be confused with sexual abuse in children undergoing police investigation, and the frequency with which this confusion occurs. The suspicions for abuse in this study are based on anogenital complaints or variations, and subjects have no history of sexual abuse.

Methods

This descriptive study was conducted using secondary data from cases in which disorders and anatomical variations were confused with sexual abuse. The population studied consisted of children under the age of 12 who were examined for suspected sexual abuse by experts at the Nina Rodrigues Institute of Forensic Medicine between 2005 and 2010. All children who are suspected victims of sexual abuse in the metropolitan region of Salvador, and who are subjects of police investigation, are sent to the Nina Rodrigues Institute of Forensic Medicine. In 2010, the Salvador region had 3,574,804 inhabitants¹⁹. The criteria used to define the cases to be included in the study were the findings of the medical examiner.

The criteria for inclusion in this study were: (1) No disclosure or testimony of sexual abuse in the patient's personal history; (2) Presence of symptoms or changes in the anogenital region suspected of sexual abuse as a reason of the examination; Exclusion criteria for the study were (1) Injuries attributed to accidental injury (such as falling from a horse, and other accidents).

The following data were collected: the child's gender; age; the person responsible for reporting suspected abuse; anogenital complaints and abnormalities that motivated the

investigation; anogenital abnormalities found in the examination; and the conclusion of the sexual assault examiner.

This study was authorized by the research coordinator of the Nina Rodrigues Institute of Forensic Medicine and approved by the Research Ethics Committee of the Bahian School of Medicine and Public Health.

Results

We found 410 cases with no reported sexual abuse in their medical history and with suspicion of abuse based solely on anogenital complaints or abnormalities. The subjects for this study were chosen from this group, a total of 31 cases (7.6%) where the sexual assault examiner identified a disorder or anatomical variation based on the complaint or anogenital abnormality which had motivated the investigation (Table 1). The mean age was 3 years ($SD \pm 2.0$), ranging between 19 days and 8 years. Regarding gender, 30 cases (97%) were girls.

With respect to the person responsible for referring these cases to the police, suspicion on the part of the physician occurred in 27 (87%) of cases. The physicians went directly to the police because of anogenital findings and concerns brought up by the child's relatives regarding sexual abuse in 7 cases (13%).

Genital bleeding was reported in 17 cases (58%), by 15 children with urethral prolapse and two children with vaginal neoplasia.

Urethral prolapse was found in 52% of the cases where sexual abuse was diagnosed erroneously in the place of a disorder, and the criteria that the examiner used for making the diagnosis was clinical.

The four cases of dermatitis included one case of ammonia dermatitis, two cases of fungal dermatitis which were sent to be examined on account of the perianal redness, and one case of nonspecific dermatitis in the inguinal region with reactive adenitis.

Vaginal neoplasia was identified in two three-year-old girls. Abuse was suspected by the Health Center based on complaints of vaginal bleeding. One of them was diagnosed by the examiner as having rhabdomyosarcoma, with a macroscopic appearance similar to “clusters of grapes.”

Synechia vulvae was found in two cases. In one of these cases involving a two-year-old girl, the cause for examination was the spontaneous opening of the labium.

There were two cases of anatomical variation confused with sexual abuse. The first case involved an eight-year-old child sent to the pediatrician for “not having an identified hymen.” The exam revealed that the hymen had a narrow edge. The second case involved an eleven-month-old child brought to the Health Center because her grandmother “thought the vagina seemed a little bit open.” The pediatrician suspected that sexual abuse had been involved but the examination revealed that the child had a septate hymen.

Crohn’s disease was diagnosed in a one-year-old child who, during hospitalization for acute diarrhea and fever, was found to have lesions on the vulva, anus, and buttocks with blood found in the diapers. There was a history of previous episodes of diarrhea, and

during examination deep anal ulcers and fissures, perianal fistulas, and vulvar ulcers were identified.

Enterobiasis was diagnosed in a one-year-old child through the identification of the parasites during expert examination. She was referred for forensic examination because vulvar erythema and excoriations were noted during medical consultation.

The diagnosis of a vaginal foreign body was given to one five-year-old child who had a history of placing a marble in her vagina while playing with another child.

A perineal cleft was found in one 19-day-old newborn with a medical history showing that she had been born with a “cut between the vagina and the anus.” The family brought her to the pediatrician because they thought that the cut was growing. Examination on the part of a sexual assault examiner was then required to rule out abuse.

Urinary tract infection was found in a two-year-old girl with dysuria and vulvar erythema whose diagnoses were made prior to the police examination. The father took the initiative to request sexual assault examination because a relative had raised the possibility of sexual abuse when the symptoms of the child appeared.

Discussion

This is the first study in the literature to estimate the frequency of disorders or anatomical abnormalities that were confused with sexual abuse in children with suspicion of abuse based solely on anogenital complaints or abnormalities. Kellogg et al.²⁰ researched signs of sexual abuse in 157 children with anogenital abnormalities and no disclosure of sexual abuse, sent to a reference center for abuse. Although the objective was not to estimate the

frequency of error, the study reported a number of medical conditions which were confused with sexual abuse: seven cases of synechia vulvae; three cases of anatomical variations of the hymen; three cases of perineal cleft; three cases of lichen sclerosus; two cases of anal dilation associated with encopresis or neurological deficit; two cases of urethral prolapse; and two cases of urinary tract infection, among others.

The mean age of the children in our study was three years, and the probable failure to obtain accurate and detailed verbal information from these children, along with the initial physician's unfamiliarity with the anogenital conditions shown, may have favored referring to the police investigation.

The greater prevalence of mistaken diagnoses of sexual abuse among females reflects the fact that the majority of the conditions found only occur in the female gender (urethral prolapse, vaginal neoplasia, synechia vulvae, and abnormal hymen).

The most relevant finding was the incidence of urethral prolapse in 52% of the erroneous cases. Prolapse in the general population is considered rare, occurring in 1:3000²¹. A number of factors may have contributed to this result. Urethral prolapse has been found to be more prevalent among African Americans²¹. The metropolitan area of Salvador, the source for cases of this study, has a population of more than three million¹⁹, the majority of whom are of Afro-descent. Genital bleeding occurred in almost all of the cases of urethral prolapse in this study, which is always an alarming symptom for both parents and health professionals that raises concerns about sexual abuse, especially when the child's level of verbal development makes it difficult for him/her to provide necessary information¹⁶. The lack of familiarity on the part of the physicians with this diagnosis could also have contributed to this result. Anveden et al.¹⁸ relate that in 24 cases of urethral prolapse, the

correct diagnosis was only given in 21% of cases and in most cases medico legal concerns were raised.

Upon physical examination, urethral prolapse has been typically described as a donut-shaped mass seen at the urethral opening, with erythema and edema and the urethra in the center of the mass, representing a complete circular prolapse of the urethral mucosa. The mass can become gangrenous and can cover the entire vulva. Hillyer et al.²¹ have demonstrated the capacity to diagnose urethral prolapse through a clinical profile, without needing additional tests in a series of 34 cases.

Genital tract neoplasia (endodermal sinus tumors and rhabdomyosarcoma) can also cause bleeding and the presence of clots or anatomically abnormal genitalia, and these symptoms can lead to suspicion of sexual abuse¹⁴.

Perineal cleft has been described as a congenital anomaly commonly confused with trauma and can result in mucosal exposure anywhere on a line from the fossa navicularis to the anus¹⁷.

Regarding the cases involving an abnormal hymen, the literature has referred to the disagreements in the interpretation of findings in the genitalia of children. Sometimes pediatricians are not in accordance with sexual assault examiners when it comes to interpreting data about whether or not genitalia are abnormal, but the latter are better trained in the observation of such changes¹³. Hymens with a narrow edge have been documented with a frequency of 22%²² and may suggest the idea of abuse in those that are not familiar with the examination of the genitalia of children^{20,23}.

Synechia vulvae are common in children and suspicion of sexual abuse based only on this finding is unjustifiable²⁴. Spontaneous resolution has been reported, and can be confused with sexual abuse, especially because of the small amount of bleeding that can occur. In a study with 10 children with synechia vulvae followed for 18 months, all of them experienced spontaneous resolution²⁵.

The case of Crohn's disease diagnosed in this study involved a 13-month-old, who had the perianal form of the disease. Crohn's in children under 2 years of age was estimated in 6.1 percent of patients in a study of 1370 individuals with this disorder under the age of 18²⁶. Perianal Crohn's disease or metastatic presentation in genitalia are the forms that can be confused with abuse^{7,12}. The frequency of perianal disease among pediatric patients with Crohn's disease could be up to 49% when, in addition to fistulas and abscesses, fissures and hypertrophied anal papillae are included in the criteria for classification²⁷.

The introduction of a foreign body to the vagina has been described frequently in pediatrics and is responsible for 4% of outpatient consultations in pediatric gynecology. The majority are found in girls between three and nine years of age²⁴. In the present case there was a clear history of this occurrence while the girl played with another child.

Enterobiasis is responsible for intense genital itching, which can cause bruises due to severe scratching, and can also lead to vaginal contamination because of the migration of the parasites into the vagina. This condition is found in 30% of children and often confused with other disorders including sexual abuse²⁸.

The case discussed was only diagnosed because parasites were observed during examination. The absence of visible parasites indicating this condition can lead to a lack

of specificity in findings, and other cases could have occurred without being able to confirm the diagnosis.

Urinary tract infections can be confused with sexual abuse because of accompanying symptoms of dysuria and bleeding⁶.

In infants and preschool age children, skin problems related to poor hygiene and irritation are very common²⁰. Infectious and contact dermatitis are frequent and can generate dermatological symptoms with intense erythema and perianal or genital pain, which may be confused with childhood sexual abuse⁹.

The following are some limitations of the present study. The authors used secondary data and therefore did not have control over its original quality. The criterion for diagnosis that was used was the conclusion of the sexual assault examiner and the researchers had no way to evaluate whether or not the error was made on the part of the examiner in any of the cases.

The frequency of erroneous diagnoses of medical conditions with sexual abuse may have been underestimated because there could have been medical conditions that were not recognized by the forensics examiner.

The external validity of this study may be limited because the differential diagnosis of sexual abuse in children is dependent on the training of the primary care physician, the availability of specialists for consultation, as well as the training of the team of evaluators¹⁷. These factors can greatly vary in different locales.

Conclusion

Disorders and anatomical variations that were confused with sexual abuse were found in 7.6% of the children who underwent police investigation due to an isolated anogenital complaint or abnormality, and who had no previous history of abuse. Urethral prolapse was confused with sexual abuse in 52% of the erroneous diagnoses. These data reinforce the necessity for pediatricians to be trained to recognize medical conditions that can mimic sexual abuse, especially urethral prolapse.

Reference List:

- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81.
- Aprile, A., Ranzato, C., Rizzotto, M. R., Arseni, A., Da, D. L., & Facchin, P. (2011). "Vaginal" bleeding in prepubertal age: a rare scaring riddle, a case of the urethral prolapse and review of the literature. *Forensic Sci.Int.*, 210, e16-e20.
- Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O., & Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl.*, 26, 645-659.
- Adams, J. A., Kaplan, R. A., Starling, S. P., Mehta, N. H., Finkel, M. A., Botash, A. S. et al. (2007). Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J.Pediatr.Adolesc.Gynecol.*, 20, 163-172.

- Pfeiffer, L. & Salvagni, E. P. (2005). [Current view of sexual abuse in childhood and adolescence]. *J.Pediatr.(Rio J.)*, 81, S197-S204.
- Adams, J. A. (1999). Medical evaluation of suspected child sexual abuse: it's time for standardized training, referral centers, and routine peer review. *Arch.Pediatr.Adolesc.Med.*, 153, 1121-1122.
- Hornor, G. (2009). Common conditions that mimic findings of sexual abuse. *J.Pediatr.Health Care.*, 23, 283-288.
- Sellman, S. P., Hupertz, V. F., & Reece, R. M. (1996). Crohn's disease presenting as suspected abuse. *Pediatrics.*, 97, 272-274.
- AlJasser, M. & Al-Khenaizan, S. (2008). Cutaneous mimickers of child abuse: a primer for pediatricians. *Eur.J.Pediatr.*, 167, 1221-1230.
- Bowen, K. & Aldous, M. B. (1999). Medical evaluation of sexual abuse in children without disclosed or witnessed abuse. *Arch.Pediatr.Adolesc.Med.*, 153, 1160-1164.
- Kellogg, N. (2005). The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics.*, 116, 506-512.
- Harth, W. & Linse, R. (2000). Dermatological symptoms and sexual abuse: a review and case reports. *J.Eur.Acad.Dermatol.Venereol.*, 14, 489-494.
- Porzionato, A., Alaggio, R., & Aprile, A. (2005). Perianal and vulvar Crohn's disease presenting as suspected abuse. *Forensic Sci.Int.*, 155, 24-27.
- Gondim, R. M., Munoz, D. R., & Petri, V. (2011). Child abuse: skin markers and differential diagnosis. *An.Bras.Dermatol.*, 86, 527-536.

- Vunda, A., Vandertuin, L., & Gervais, A. (2011). Urethral prolapse: an overlooked diagnosis of urogenital bleeding in pre-menarcheal girls. *J.Pediatr.*, *158*, 682-683.
- Agarwal, S., Lall, A., Bianchi, A., & Dickson, A. (2008). Uro-genital bleeding in pre-menarcheal girls: dilemmas of child abuse. *Pediatr.Surg.Int.*, *24*, 745-746.
- Adams, J. A. & Horton, M. (1989). Is it sexual abuse? Confusion caused by a congenital anomaly of the genitalia. *Clin.Pediatr.(Phila)*, *28*, 146-148.
- Anveden-Hertzberg, L., Gauderer, M. W., & Elder, J. S. (1995). Urethral prolapse: an often misdiagnosed cause of urogenital bleeding in girls. *Pediatr.Emerg.Care.*, *11*, 212-214.
- Kellogg, N. D., Parra, J. M., & Menard, S. (1998). Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations. *Arch.Pediatr.Adolesc.Med.*, *152*, 634-641.
- Hillyer, S., Mooppan, U., Kim, H., & Gulmi, F. (2009). Diagnosis and treatment of urethral prolapse in children: experience with 34 cases. *Urology.*, *73*, 1008-1011.
- Heger, A. H., Ticson, L., Guerra, L., Lister, J., Zaragoza, T., McConnell, G. et al. (2002). Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: review of hymenal morphology and nonspecific findings. *J.Pediatr.Adolesc.Gynecol.*, *15*, 27-35.
- Adams, J. A. (2003). Normal studies are essential for objective medical evaluations of children who may have been sexually abused. *Acta Paediatr.*, *92*, 1378-1380.
- Jenkinson, S. D. & MacKinnon, A. E. (1984). Spontaneous separation of fused labia minora in prepubertal girls. *Br.Med.J.(Clin.Res.Ed)*, *289*, 160-161.

Heyman, M. B., Kirschner, B. S., Gold, B. D., Ferry, G., Baldassano, R., Cohen, S. A. et al. (2005). Children with early-onset inflammatory bowel disease (IBD): analysis of a pediatric IBD consortium registry. *J.Pediatr.*, *146*, 35-40.

Keljo, D. J., Markowitz, J., Langton, C., Lerer, T., Bousvaros, A., Carvalho, R. et al. (2009). Course and treatment of perianal disease in children newly diagnosed with Crohn's disease. *Inflamm.Bowel.Dis.*, *15*, 383-387.

Kucik, C. J., Martin, G. L., & Sortor, B. V. (2004). Common intestinal parasites. *Am.Fam.Physician.*, *69*, 1161-1168.

10-Nov-2011

Dear Dr. Silva:

Your manuscript entitled "Estudo descritivo de doenças e variações anatômicas confundidas com abuso sexual em crianças" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Jornal de Pediatria*.

Your manuscript ID is JPED-2011-0226.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <http://mc.manuscriptcentral.com/jpediatr> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <http://mc.manuscriptcentral.com/jpediatr> .

Thank you for submitting your manuscript to the *Jornal de Pediatria*.

Sincerely,
Jornal de Pediatria Editorial Office