



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RAQUEL FILIPA MARTINS PEIXOTO

***Abuso sexual de crianças. A realidade médico-legal na
comarca de Braga***

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA LEGAL

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR DUARTE NUNO PESSOA VIEIRA
MESTRE PATRÍCIA JOSÉ ANASTÁCIO JARDIM

MARÇO/2018

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS. A REALIDADE MÉDICO-LEGAL NA

COMARCA DE BRAGA

Autor: Raquel Filipa Martins Peixoto

Afiliação: Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Orientador: Professor Doutor Duarte Nuno Pessoa Vieira

Afiliação: Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Coorientador: Mestre Patrícia José Anastácio Jardim

Afiliação: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal

Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, Delegação Norte,
Portugal

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Duarte Nuno Vieira, pelo interesse nesta área que despertou em mim, em todas as aulas teóricas de Medicina Legal, e por ter aceite ser meu orientador, mesmo com a sua longa lista de compromissos.

À Doutora Patrícia Jardim, pela disponibilidade, esclarecimentos e acompanhamento nesta caminhada.

Ao Instituto Nacional de Medicina Legal, pela oportunidade de concretizar este estudo, e a todos os profissionais do Gabinete Médico-Legal do Cávado, pelo acolhimento e simpatia.

À Rafaela, pelas orientações no processamento de dados.

À Catarina, pelo incentivo constante, mesmo em quase madrugadas de janeiro.

Aos meus amigos, àqueles que estão mais perto e aos que a vida vai levando para mais longe, mas mantendo-os sempre comigo. Em particular às minhas colegas de casa, Beatriz, Letícia e Carolina, pelo companheirismo de anos inestimável, e ao Ricardo, por ter sempre uma palavra (ou duas, ou três) de carinho.

À minha família. Aos meus pais e ao meu irmão, por serem meus.

Ao João Sousa, por iluminar tão inesperadamente os meus dias, com ou sem tese, com ou sem ele.

E, porque há nomes que não podem ser mencionados só uma vez, à minha mãe. Obrigada pela ajuda preciosa... e por tudo.

*Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade
do que a forma como esta trata as suas crianças.*

Nelson Mandela

RESUMO

O abuso sexual infantil constitui-se com um problema de saúde pública global, transversal a diferentes idades, culturas, sociedades e estratos socioeconómicos, responsável por múltiplas e nefastas consequências para a vítima, a curto e longo prazo.

Este estudo objetiva caracterizar o perfil da vítima e do agressor, a agressão sexual e a perícia médico-legal realizada, com a finalidade de contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno e qualidade das práticas profissionais de diagnóstico e intervenção.

Trata-se de um estudo de carácter descritivo e retrospectivo, baseado na análise de relatórios de exames médico-legais de alegados casos de abuso sexual de menores, realizados nas instalações do Gabinete Médico Legal e Forense do Cávado, entre 2007 e 2016.

Incluídos 189 relatórios forenses. Os resultados demonstram uma inequívoca prevalência de abuso sexual no sexo feminino (85.2%) e uma média de idade das vítimas de 9.97 anos. Os agressores são adultos jovens, entre os 18 e os 30 anos de idade (18%), maioritariamente do sexo masculino (92.6%) e com relações de proximidade à vítima (89.9%). Aproximadamente 43% das agressões sexuais envolvem penetração e a maioria sucede em casa da vítima e/ou agressor (59.8%). As perícias médico-legais são realizadas com um atraso superior a 72 horas (67.2%), não encontram quaisquer lesões em cerca de 42% das situações e a maioria resulta na conclusão “possível mas não demonstrável” (75.7%).

Em conclusão, enfatiza-se a importância do preenchimento completo e rigoroso dos relatórios forenses, essenciais para promover um diagnóstico, acompanhamento e proteção da vítima eficazes. Os nossos resultados poderão ancorar práticas integradas de prevenção primária deste fenómeno, com vista à redução da sua prevalência e impacto.

Palavras-chave: Abuso sexual; criança; vítima; agressor; exame médico-legal.

ABSTRACT

Child sexual abuse is a global healthcare problem, universal to every age group, culture, society and socioeconomic stratum, responsible for multiple, both short and long term, nefarious consequences to the victim.

This study aims to characterize the victim and perpetrator's profiles, the sexual assault and the forensic examination performed, in an attempt to contribute to a better comprehension of this phenomenon and quality of professional diagnostic and interventive practices.

It is presented as a descriptive and retrospective study, based on the analysis of forensic reports of alleged cases of minor sexual assault performed at the Cávado department of National Institute of Forensic Medicine, between 2007 and 2016.

One hundred eighty nine reports were included. The results show an unmistakable prevalence of sexual abuse in females (85.2%) and an average victim age of 9.97 years old. The perpetrators are young adults, between the ages of 18 and 30 years old (18%), mostly men (92.6%) and of close relation to the victim (89.9%). Approximately 43% of sexual assaults involve penetration and the majority takes place at the victim and/or perpetrator's home (59.8%). Forensic examinations are performed with a delay of over 72 hours (67.2%), 42% of them do not reveal any lesions and mostly result in the conclusion "possible but not demonstrable" (75.7%).

In closing, we emphasize the importance of a full and rigorous filling of forensic reports, essential in promoting effective diagnosis, management and protection for the victim. Our results could anchor integrated practices of primary prevention for this phenomenon, with the goal to reduce its prevalence and impact.

Keywords: Sexual abuse; child; victim; perpetrator; forensic examination.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. MATERIAL E MÉTODOS	12
3. RESULTADOS	15
4. DISCUSSÃO.....	21
5. CONCLUSÃO	29
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS.....	36
ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	37
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO	45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da vítima.....	15
Tabela 2 - Caracterização do agressor.....	16
Tabela 3 - Caracterização do abuso.....	19
Tabela 4 - Caracterização da perícia médico-legal	20

1. INTRODUÇÃO

O abuso sexual infantil é um fenómeno de dimensão internacional. Não se trata de um problema novo, mas intemporal, embora o interesse no estudo desta temática apenas tenha surgido na década de 70 do século XX, acompanhado pelo aumento exponencial de ocorrências reportadas.

¹

Vários países ² confirmam que este continua a ser um problema global de saúde pública com prevalências consideráveis. Numa meta-análise, que incluiu 217 publicações e 9.9 milhões de participantes, a prevalência do abuso sexual foi de 18% no sexo feminino e 7.6% no sexo masculino. ³

Em Portugal, o número de abusos sexuais a menores reportado às autoridades tem vindo a aumentar nos últimos anos. Registaram-se 778 casos em 2010, em comparação com apenas 123 em 2007. ⁴ Paralelamente, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) ⁵⁻⁶ registou um incremento de 68 ocorrências, em 2010, para 142 em 2016. A prevalência nacional deste abuso situava-se, em 2012, nos 14.5%. ¹

Não obstante, é também assumido que a verdadeira extensão do problema pode estar gravemente subestimada em estatísticas oficiais. Mais de 80% dos abusos sexuais infantis nunca chegam a ser reportados, ⁷ o que se prende com os sentimentos de medo, vergonha e culpa vivenciados pela vítima, ^{1,8} e com a não denúncia pelos confidentes. Os dados que se afiguram, assim, na literatura são, de facto, apenas a ponta do *iceberg*. ⁴

O abuso sexual infantil é definido, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ⁹ como o envolvimento da criança ou adolescente em atividade sexual que não compreende totalmente, para a qual não está preparada de um ponto de vista desenvolvimental ou é incapaz de dar um consentimento informado, bem como que viole as leis morais da sociedade, e pressupõe a gratificação ou satisfação pessoal do abusador.

Apesar de não haver uma definição universal do conceito de abuso sexual infantil, é consensual que o uso do domínio e a assimetria de idades constituem características que, indubitavelmente, o definem. A criança pode ser abusada por adultos e outros menores que, pela sua idade ou estágio de desenvolvimento, estejam numa posição de poder ou responsabilidade.

A situação de abuso não pressupõe como condição *sine qua non* o ato sexual. Pode, inclusive, ocorrer sem que haja qualquer contacto físico entre a vítima e o agressor. A OMS categoriza-o em três tipos: abuso sem contacto, sob a forma de ameaças, assédio, solitação, exposição indecente ou exposição a pornografia; abuso com contacto envolvendo relação sexual; e abuso com contacto excluindo relação sexual, mas envolvendo outros atos libidinosos, como toques inapropriados, apalpões ou beijos.⁹

Embora afete crianças de todas as idades, culturas, sociedades e níveis socioeconómicos, a probabilidade de ocorrência de abuso sexual infantil parece aumentar na presença de fatores intrínsecos e extrínsecos à própria criança, particularmente se em conjunção.⁴ Baseada em estudos prévios, a OMS¹⁰ identifica como fatores de risco: sexo feminino, família monoparental, pai(s) com doença mental ou dependências, isolamento social, pobreza, zona de conflitos armados, crianças não acompanhadas, institucionalizadas, adotadas e enteadas, com handicap físico e/ou mental, défices psicológicos ou cognitivos e história anterior de abuso. Turner¹¹ realça o peso da disfunção familiar e da presença de outras formas de maus tratos infantis como fortemente associado ao abuso sexual de crianças.

As consequências que decorrem do abuso estendem-se muito para além do imediato. Afeta a qualidade de vida da criança e tem sérias repercussões na sua saúde mental,¹² sendo reconhecido como um fator de risco para transtornos psiquiátricos na infância, adolescência e vida adulta.¹³ Destacam-se associações entre o abuso sexual e perturbações do humor, transtorno de stress pós-traumático e perturbação de hiperatividade com défice de atenção na infância.¹⁴⁻¹⁵ Adultos com história de abuso sexual em menores apresentam taxas mais altas de

perturbações do eixo I – como perturbações de ansiedade, do humor, dissociativas e abuso de substâncias, entre outras – e tentativas de suicídio. ^{11,14,16-17}

O impacto na vítima depende da idade, sexo, tipo de abuso, sua duração e severidade, da relação com o agressor e do recurso a violência ou força. ¹⁵⁻¹⁶ A prevalência de psicopatologia aumenta significativamente com a severidade, ¹⁸ existência de penetração e violência física, em casos de incesto ¹⁸⁻¹⁹ e no sexo feminino. ¹⁹ Maiores sequelas tendem a ser deixadas quanto maior a duração e gravidade do abuso. ⁴

A complexidade deste fenómeno, de natureza insidiosa e enorme influência na vida das crianças, suscita um contínuo aprofundamento da evidência científica, com propósito de expansão do conhecimento, traduzível em práticas profissionais de diagnóstico e intervenção de maior qualidade. Neste sentido, a presente dissertação tem por objetivos:

- Caracterizar o perfil da vítima (sexo, idade, atividade profissional, antecedentes pessoais, comportamento desviante, tipo de família, violência doméstica);
- Caracterizar o perfil do agressor (sexo, idade, atividade profissional, comportamento desviante, relação com a vítima);
- Caracterizar a agressão sexual (local, circunstâncias, tipo, duração, frequência);
- Caracterizar a perícia médico-legal (intervalo entre a data final do abuso e a perícia, lesões, genética, toxicologia, microbiologia, exame psicológico, conclusões médico-legais).

A sua concretização afigura-se como um passo importante no levantamento da realidade local, referente à população abrangida pelo Gabinete Médico-Legal e Forense do Cávado, de um tema que não tem, ainda, a visibilidade que lhe é merecida.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de carácter quantitativo, descritivo e retrospectivo, baseado na análise de relatórios médico-legais de alegados casos de abuso sexual de menores.

Reporta-se ao período compreendido entre 1 de janeiro de 2007 e 31 de dezembro de 2016, incluindo todos os casos do alegado abuso que foram alvo de exame médico-legal nas instalações do Gabinete Médico Legal e Forense do Cávado, cuja área de influência cobre os municípios de Amares, Barcelos, Braga, Póvoa de Lanhoso, Vieira do Minho, Vila Nova de Famalicão e Vila Verde. O mesmo é dizer que os relatórios periciais foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão:

- Alegados crimes de natureza sexual;
- Vítimas com idade inferior a 18 anos;
- Exames médico-legais realizados no Gabinete Médico Legal do Cávado, delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), I.P.;
- Relatórios concluídos;
- Horizonte temporal de 10 anos (2007-2016).

Por razões de inacessibilidade às versões eletrónicas dos respetivos relatórios, três foram excluídos deste estudo, apesar de cumprirem os critérios de inclusão ($n = 189$).

Cada relatório foi cuidadosamente examinado. A recolha de dados esteve a cargo da investigadora principal desta dissertação, de modo a uniformizar critérios e procedimentos de recolha de informação, assegurando a fiabilidade da investigação.

Um instrumento de recolha de dados foi construído para o efeito. Inclui 24 itens de análise (anexo I), que permitem caracterizar a vítima, o agressor, a agressão e a perícia médico-legal: sexo, idade, atividade e comportamento desviante da vítima e agressor, antecedentes pessoais, tipo de família da vítima e existência de violência doméstica na mesma, relação entre a vítima

e o agressor, local onde ocorreu e sob que circunstâncias, tipo de práticas cometidas, duração e frequência do abuso, intervalo entre a data do último abuso e a perícia, lesões encontradas, estudos genéticos, toxicológicos e microbiológicos, exame psicológico e conclusões médico-legais.

Na variável que se reporta à natureza das práticas, quando esta era múltipla, apenas se considerou a prática fisicamente mais intrusiva, suscetível de se traduzir na observação de lesões que tragam maior credibilidade às conclusões médico-legais.

O mesmo princípio foi aplicado ao classificar as lesões encontradas, valorizando a lesão de maior gravidade. As lesões foram categorizadas em “sugestivas” e “inespecíficas” (além de quando não foram encontradas ou o exame não foi realizado), tendo como orientação as guidelines de Adams atualizadas de 2016.²⁰

A variável “conclusões médico-legais” foi classificada em 5 categorias: 1) incompatível, 2) duvidoso, 3) possível mas não demonstrável, 4) provável e 5) demonstrável; subjacente a uma lógica crescente de evidência forense.

Dada a natureza retrospectiva do estudo, nem sempre foi possível obter informação referente a todas as variáveis consideradas. Todos os dados recolhidos foram incluídos numa base de dados construída com apoio do software Microsoft Excel 2016, transferida posteriormente para o IBM SPSS 23.0 para o Windows.

O tratamento de dados incluiu, numa primeira fase, estatística descritiva com medidas de tendência central e de dispersão, que permitiu descrever, de forma sucinta e eficaz, os dados recolhidos. Para a descrição de variáveis nominais foram utilizadas a moda, como a medida de tendência central, e as frequências, como medida de dispersão. Nas variáveis ordinais, a mediana (*Mdn*) e o intervalo interquartilico (*IQQ*), respetivamente. Por fim, a média e o desvio-padrão (*DP*) nas variáveis intervalares ou contínuas.

Numa segunda fase, o teste de Qui-Quadrado (χ^2) foi utilizado para analisar os dados na procura de associações entre variáveis, considerando um nível de significância de $p < 0.05$.

Para ser possível a concretização deste teste não-paramétrico, houve necessidade de recodificação de algumas variáveis. A variável “local” foi categorizada, de forma dicotómica, em “casa” e “outros”; assim como a idade da vítima, em “ ≤ 10 ” e “ >10 ” anos; e os seus antecedentes pessoais, em “sem antecedentes conhecidos” e “com handicap”. A relação vítima-agressor em “desconhecido”, “conhecido” e “familiar”; e a atividade do agressor em “vida profissional ativa”, “estudante”, “desempregado/reformado” e “sem informação”. O tipo de prática, que englobava dez categorias no instrumento de recolha de dados, passou a incluir apenas grandes categorias aglutinadoras: “sem penetração”, “com 1 tipo de penetração”, “com 2 ou mais tipos de penetração” e “sem informação”, que podem ser sumarizadas em “sem penetração”, “com penetração” e “sem informação”.

O estudo foi autorizado pela Diretora do Departamento de Investigação, Formação e Documentação do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses e pelo Diretor da Delegação do Norte do mesmo Instituto (anexo II). O anonimato das vítimas e a confidencialidade dos dados recolhidos foram garantidos com recurso à utilização de códigos numéricos no registo da informação. Não foram colhidos dados de identificação pessoal das vítimas.

3. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados procurando caracterizar a vítima, o alegado agressor, a suposta agressão e a perícia médico-legal realizada, para uma melhor e mais sistemática análise dos mesmos.

Caracterização da vítima

A amostra foi constituída por um total de 189 participantes, menores, com uma idade média de 9.97 ($DP = 4.40$), variando entre 1 e 17 anos. As vítimas eram maioritariamente do sexo feminino ($n = 161$, 85.2%), estudantes ($n = 148$; 78.3%), sem história de handicap físico e/ou mental ($n = 168$; 88.9%) ou de comportamento desviante ($n = 178$; 94.2%) (Tabela 1).

Quanto ao tipo de família, predominou a nuclear ($n = 78$; 41.3%), seguida da monoparental ($n = 48$; 25.4%). Em 53.4% dos casos ($n = 101$), ignorava-se a presença ou ausência de violência doméstica, e só em 16.4% ($n = 31$) tivemos relatos desta situação familiar (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da vítima

		<i>n</i> (%)
Sexo	Feminino	161 (85.2)
	Masculino	28 (14.8)
Idade (anos)	≤ 10	95 (50.3)
	> 10	94 (49.7)
Atividade	Nenhuma	36 (19)
	Estudante	148 (78.3)
	Desempregado/reformado	1 (0.5)
	Vida profissional ativa	1 (0.5)
	Sem informação	3 (1.6)
Antecedentes pessoais	Sem história conhecida	168 (88.9)
	Handicap físico	1 (0.5)
	Handicap mental	20 (10.6)

Comportamento desviante	Sem história conhecida	178 (94.2)
	Insucesso escolar	11 (5.8)
Tipo de família	Nuclear	78 (41.3)
	Monoparental	48 (25.4)
	Recombinada	21 (11.1)
	Alargada	24 (12.7)
	Instituição/família de acolhimento	9 (4.8)
	Sem informação	9 (4.8)
Violência doméstica	Sim	31 (16.4)
	Não	57 (30.2)
	Sem informação	101 (53.4)

Caracterização do agressor

O agressor foi, na sua maioria, do sexo masculino ($n = 175$; 92.6%). Desconhecia-se a idade do agressor em 29.6% dos casos, 12.2% tinham menos de 18 anos, 18% entre 18 e 30 anos, 14.8% entre 31 e 40 anos, 12.7% entre 41 e 50 anos, 8.5% entre 51 e 60, e 4.2% mais que 60 anos ($Mdn = 3$, $IQQ = 2$) (Tabela 2).

Não era conhecida a profissão de 50.8% dos agressores, 28.6% exerciam uma atividade profissional, 11.1% eram estudantes, e 9.5% desempregados ou reformados. Aproximadamente 26% dos agressores apresentavam um comportamento desviante, desde consumo abusivo de álcool e substâncias ilícitas a crimes sexuais anteriores ou violência doméstica. Em 73% dos abusos reportados, não houve informação disponível a este respeito (Tabela 2).

Os agressores eram desconhecidos da vítima em apenas 10.1% dos casos, dos 89.9% em que eram conhecidos, 56.6% eram familiares (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização do agressor

		<i>n</i> (%)
Sexo	Feminino	4 (2.1)
	Masculino	175 (92.6)
	Sem informação	10 (5.3)

Idade (anos)	1-17	23 (12.2)
	18-30	34 (18)
	31-40	28 (14.8)
	41-50	24 (12.7)
	51-60	16 (8.5)
	> 60	8 (4.2)
	Sem informação	56 (29.6)
Atividade	Vida profissional ativa	54 (28.6)
	Estudante	21 (11.1)
	Desempregado/reformado	18 (9.5)
	Sem informação	96 (50.8)
Comportamento desviante	Sem história conhecida	2 (1.1)
	Consumos e/ou delinquência	14 (7.4)
	Crimes sexuais anteriores	14 (7.4)
	Violência doméstica	21 (11.1)
	Sem informação	138 (73)
Relação com a vítima	Desconhecido	19 (10.1)
	Conhecido	63 (33.3)
	Familiar	107 (56.6)

Caracterização do abuso

Na maioria dos casos, a agressão ocorreu em casa da vítima e/ou do agressor ($n = 113$; 59.8%), e em circunstâncias desconhecidas ($n = 99$; 52.4%). O aliciamento/consentimento representou a circunstância conhecida mais prevalente ($n = 46$; 24.3%) (Tabela 3).

Confirmou-se uma associação significativa entre o local em que a agressão ocorreu e a relação vítima-agressor, $\chi^2 = 32.1$, $p < 0.001$. Os abusos que ocorreram em casa foram, na maioria, cometidos por familiares (70.8%), enquanto que, nos que ocorreram noutros locais, prevaleceram relações de menor proximidade (42.1% conhecidos e 22.4% desconhecidos).

Quanto ao tipo de prática, 43.3% das agressões foram penetrativas (37% com 1 tipo de penetração – maioritariamente vaginal – e 6.3% com 2 ou mais) e 31.2% não penetrativas (Tabela 3).

Correlacionando o tipo de agressão com a idade da criança, verificou-se uma associação estatisticamente significativa, $\chi^2 = 24.6$, $\rho < 0.001$. Em crianças com idade superior a 10 anos, a grande maioria das agressões foram penetrativas (60.6%). Em crianças mais pequenas, estas eram, essencialmente, não penetrativas ou de cariz desconhecido (36.8%, em cada situação).

Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre o tipo de prática e os antecedentes pessoais da vítima $\chi^2 = 2.1$, $\rho = 0.356$.

A duração do abuso foi, em 51.9% ($n = 98$) dos casos, de duração inferior a 6 meses, e igual ou superior a este valor em 18% ($n = 34$) (Tabela 3).

Verificou-se uma correlação significativa entre a duração do abuso e a relação vítima-agressor, $\chi^2 = 22.1$, $\rho < 0.001$. Os abusos de duração igual ou superior a 6 meses foram cometidos por conhecidos ou familiares (23.5% e 76.5%, respetivamente), não se registando nenhum caso praticado por desconhecidos.

Encontrou-se, igualmente, uma correlação estatisticamente significativa entre a duração do abuso e os antecedentes pessoais da vítima, $\chi^2 = 11.1$, $\rho = 0.004$. De realçar que, enquanto nas crianças sem quaisquer antecedentes, a duração do abuso era, na maioria, inferior a 6 meses (56%), nas crianças com algum tipo de handicap, a duração do abuso era desconhecida (57%). Em 30.7% ($n = 58$) dos casos, o abuso ocorreu uma única vez, mas desconhecia-se informação sobre esta variável em 41.8% das situações ($n = 79$) (Tabela 3).

De modo similar ao reportado com a duração, confirmámos uma correlação significativa entre a frequência do abuso e a relação vítima-agressor, $\chi^2 = 22.9$, $\rho < 0.001$. Os abusos de frequência regular foram sobretudo perpetrados por familiares (64.9%) ou conhecidos (32.4%), registando-se apenas um caso (2,7%) praticado por desconhecidos.

Tabela 3 - Caracterização do abuso

		<i>n</i> (%)
Local	Casa da vítima/ambos	70 (37)
	Casa do agressor	43 (22.8)
	Local ermo/recinto	22 (11.6)
	Escola/trabalho/automóvel/outro	23 (12.2)
	Sem informação	31 (16.4)
Circunstâncias	Ameaças verbais	27 (14.3)
	Violência física	17 (9)
	Aliciamento/consentimento	46 (24.3)
	Sem informação	99 (52.4)
Tipo	Sem penetração	59 (31.2)
	Com 1 tipo de penetração	70 (37)
	Com 2 ou mais tipos de penetração	12 (6.3)
	Sem informação	48 (25.4)
Duração	< 6 meses	98 (51.9)
	≥ 6 meses	34 (18)
	Sem informação	57 (30.2)
Frequência	Única	58 (30.7)
	Esporádica	15 (7.9)
	Regular	37 (19.6)
	Sem informação	79 (41.8)

Caracterização da perícia médico-legal

A grande maioria das perícias foram realizadas após mais de 72h da data do último abuso sexual ($n = 127$; 67.2%) (Tabela 4).

Em 42.3% das perícias, não foram encontradas quaisquer lesões ou sequelas. As lesões inespecíficas e as sugestivas representaram 36% ($n = 68$) e 21.7% ($n = 41$) dos achados, respetivamente (Tabela 4).

As lesões sugestivas encontraram uma associação estatisticamente significativa com um abuso penetrativo (73.2%), enquanto que a ausência de lesões predominou em abusos não penetrativos (45%), $\chi^2 = 26.8$, $\rho < 0.001$.

Foram realizados estudos de toxicologia e de microbiologia em apenas 1 e 51 dos casos, respetivamente. Não foram obtidos quaisquer resultados positivos em ambas as situações. O estudo genético foi realizado em 28 dos casos, tendo-se apenas obtido um perfil genético diferente do da vítima num caso (Tabela 4).

Em 79.4% dos casos houve lugar à entrevista forense (Tabela 4).

No que refere às conclusões médico-legais, a grande maioria foi classificada como “possível mas não demonstrável” ($n = 143$; 75.7%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da perícia médico-legal

		<i>n</i> (%)
Intervalo entre o abuso e a perícia	< 72 h	33 (17.5)
	≥ 72 h	127 (67.2)
	Sem informação	29 (15.3)
Lesões	Sugestivas	41 (21.7)
	Inespecíficas	68 (36)
	Sem lesões/exame não realizado	80 (42.3)
Genética	Positivo	1 (0.5)
	Negativo	18 (9.5)
	Ignorado	9 (4.8)
	Não realizado	161 (85.2)
Toxicologia	Ignorado	1 (0.5)
	Não realizado	188 (99.5)
Microbiologia	Negativo	20 (10.6)
	Ignorado	31 (16.4)
	Não realizado	138 (73)
Exame psicológico	Realizado	150 (79.4)
	Não realizado	39 (20.6)
Conclusões médico-legais	Incompatível	1 (0.5)
	Duvidoso	6 (3.2)
	Possível mas não demonstrável	143 (75.7)
	Provável	39 (20.6)

4. DISCUSSÃO

A análise dos nossos resultados confirma que, à semelhança da literatura nacional e internacional, a esmagadora maioria das vítimas de abuso sexual é do sexo feminino.^{18-19,21-28}

A informação apresentada no relatório anual da APAV de 2016,⁶ para o perfil de vítima de abusos sexuais, aponta para uma percentagem de 82.4% destas vítimas sendo do sexo feminino, percentagem essa muito semelhante à encontrada no presente estudo. Tais resultados podem estar vinculados a papéis tradicionais de género que persistem na contemporaneidade, atribuindo à mulher um carácter de subordinação ao homem e, conseqüentemente, de maior vulnerabilidade,^{14,21} bem como às próprias diferenças biológicas refletidas nas constituições corporais distintas.²¹ Uma outra justificação para este contraste prende-se com o estigma da homossexualidade e o constructo social de masculinidade, que pode inibir os relatos dos menores do sexo masculino.¹⁴

Apesar da grande variabilidade de idades das vítimas, encontrámos uma idade média de 9.97, semelhante ao reportado por Mateus¹ em Portugal, em 2012, o qual constatou que a faixa etária com maior prevalência de abusos sexuais se situa entre os 8.5 e os 10.9 anos. Na opinião de Finkelhor,²⁹ cerca dos 6-7 e, especialmente, dos 10 anos de idade, o risco de abuso sexual é maior. As crianças mais pequenas apresentam dificuldades de perceção do carácter deste tipo de ocorrência, bem como de expressão do mesmo;³⁰ ao passo que os adolescentes têm capacidade de autodefesa,^{18,21} mais competências de procura de ajuda (formal ou informal)⁴ e maior autocritica, que pode, contrariamente, concorrer para a omissão do sucedido.¹⁷⁻¹⁸ Estes extremos de idade parecem colocar a média de idades das crianças vitimizadas por volta dos nossos achados.

O perfil da vítima encontrado também aponta, como expectável, para a predominância de estudantes, igualmente reportado em estudos anteriores.^{22,26}

Apesar do handicap físico e/ou mental constituir um fator de risco para abuso sexual,¹⁰ este estudo não revelou uma elevada prevalência destes casos na amostra. Valores similares ou inferiores foram encontrados noutros estudos.^{24-25,31} Pressupõe-se que, não devendo desprezar a maior vulnerabilidade de uma criança sem plenas capacidades, se deva manter presente a superior proporção de crianças sem handicaps, nesta amostra ou na população em geral.

Paralelamente aos nossos resultados, estudos prévios declararam ausência de comportamento desviante das vítimas (englobando abuso de álcool e substâncias ilícitas ou delinquência).²⁵⁻²⁶

O insucesso escolar não foi, contudo, considerado pelos mesmos.

Na literatura, encontra-se bem documentado o papel da família no mundo da criança e, inevitavelmente, no abuso sexual infantil. A tipologia familiar mais frequente no nosso estudo foi a nuclear, podendo ser distinta do cenário de outras regiões, pela vincada herança religiosa que preserva o matrimónio e os valores tradicionais. Destacamos a ausência de informação referente à existência de violência doméstica familiar na maioria dos casos, facto que nos chama a atenção. Não obstante, confirmámos 16.4% de ocorrências.

O perfil do agressor, em oposição ao da vítima, demonstrou o predomínio do sexo masculino, consonante com a literatura.^{21-23,26-27} Tal facto é compreensível por posições de poder socialmente a este atribuídas e por um condicionamento para agirem como iniciadores sexuais.

14

No que respeita à idade, o agressor foi um adulto jovem, com uma idade entre os 18 e os 30 anos, embora se confirmem casos de idade pediátrica e idades mais avançadas. A investigação realizada por Semedo,³² sobre abusos sexuais de crianças em Portugal, encontrou uma idade média do agressor de 19.8 anos, com uma amplitude entre os 3 e os 76 anos, e que corrobora estudos prévios. Resultados similares foram reportados no artigo de revisão de Cardoso,²¹ embora com intervalos etários ligeiramente diferentes (a faixa etária dos 15-25 anos como a de maior representatividade, seguida da dos 35-45 anos). Por ser adulto, e maioritariamente

homem, estarão reunidas as condições físicas favorecedoras do controlo e subjugação da criança.

A análise da atividade profissional dos alegados agressores encontra-se limitada por se desconhecer informação em mais do que 50% dos casos. No entanto, quando conhecida, confirmámos o exercício de uma ocupação profissional em 28.6%, num espectro variável entre profissões artísticas, técnicas, científicas e similares a pessoal do comércio e vendedores. Predominaram abusadores das indústrias extrativa e transformadora e condutores de máquinas fixas e de transporte (32 registos). Em 21 situações de abuso, os agressores foram estudantes. A frequência de comportamentos desviantes do agressor identificada no nosso estudo (25.9%) foi superior à de um outro realizado em Portugal (11.8%),²⁶ mas é de salvaguardar que, no mesmo, a amostra apenas contemplava 68 agressores, todos irmãos das vítimas e com idades mais jovens.

O agressor caracterizou-se, também, pela proximidade à vítima, sendo seu familiar em mais de 50% dos casos, ou um seu conhecido em cerca de 33%, tal como encontrado noutras investigações.^{1,23} Na opinião de alguns autores, o agressor beneficia da relação afetiva estabelecida com a vítima ou sua família para um acesso mais facilitado à criança e mitigação das suspeitas a seu redor.^{19,21} Entre os familiares, o nosso estudo destacou o pai como principal responsável pela alegada agressão sexual ($n = 50$), o que representa um paradoxo no cumprimento da função parental de proteção dos descendentes. Tendo em conta que a estruturação psíquica de uma pessoa depende do modelo de relação da criança com os seus pais, poderemos suspeitar que o impacto do abuso por parte do pai, figura de afeto, proteção e segurança, seja particularmente nefasto no desenvolvimento da personalidade e das várias componentes físico-psico-sociais da vida futura do indivíduo, aprofundando as implicações do trauma que o abuso sexual infantil constitui.

Tal como no nosso estudo, a literatura é consensual no que concerne ao local onde ocorre a

agressão (a casa da vítima e/ou agressor),^{19,22-23,25-26} o que converge com o facto de a agressão ser perpetrada por familiares ou conhecidos, reforçando a ideia de que este tipo de violência é, em grande parte, praticado por pessoas do círculo familiar ou com livre acesso à casa. O “porto seguro” que o lar representa para a criança é, assim, ilusório, transformando-se num espaço onde, quiçá, de forma repetida e sistemática, vê os seus direitos mais básicos violados. Ficou provada uma correlação significativa entre a relação vítima-agressor e o local de ocorrência do crime no nosso estudo, relação significativa similar foi reportada por Magalhães et al.²²

Ameaças verbais foram usadas para vencer a resistência em 14.3% dos casos, enquanto que a violência física foi usada pelos agressores em 9%, comportamentos também evidenciados por outros investigadores.^{19,25-26,28} Uma percentagem considerável de vítimas foi alvo de abuso sem recurso a ameaças ou violência física, por um processo de aliciamento/consentimento. As crianças são, por natureza, ingénuas e dependentes, atuando sob a premissa de que o adulto é a autoridade e a voz da razão, o que pode justificar que tal se verifique.

As situações abusivas que envolveram penetração (vaginal, anal e/ou oral) foram superiores àquelas em que tal não se verificou (carícias, contato, outras), o que é comparável a outros estudos.^{19,26,33} Os alvos das agressões penetrativas foram as crianças mais velhas, com uma correlação que demonstrou ser estatisticamente significativa, também encontrada noutras investigações.^{25,34} Semedo³² argumenta a este respeito que o aumento da idade permite à criança uma mais acurada percepção da agressão de que foi vítima. Somos da opinião que a imagem corporal pós-púbere também influenciará os contornos do abuso sexual em crianças mais velhas.

Apesar de mais de 50% das vítimas ter sofrido abuso sexual por um período inferior a 6 meses, não é de menosprezar o carácter insidioso deste tipo de violência, que se prolonga no tempo e não é facilmente denunciado a terceiros, pela pressão e persuasão exercida pelo abusador, em prol do segredo.³⁵ Tal como no nosso estudo, Semedo³² revelou que, em situações de abuso

ocorridas dentro da família, a duração deste foi tendencialmente mais prolongada, com significância estatística.

Um outro aspeto que se relacionou com a duração de abuso diz respeito aos antecedentes pessoais da vítima. As crianças com handicap mental apresentam dificuldades ao nível do desenvolvimento cognitivo, comunicação e linguagem, componentes fundamentais para que possam compreender e relatar o sucedido. Afigura-se, assim, uma justificação plausível para o desconhecimento do período de tempo em que foram vitimizadas, resultado estatisticamente significativo encontrado no nosso estudo.

Identificámos 27.5% de agressões sexuais recorrentes, com uma periodicidade esporádica (7.9%) ou regular (19.6%), estatísticas que parecem subestimadas quando comparadas às de outras investigações.^{19,24-25} No entanto, se considerarmos apenas os casos em que existe informação disponível sobre a frequência do abuso, os nossos resultados aproximam-se dos de Jardim²³ e de Falcão et al.²⁶ De ressaltar, ainda, que Aydin et al.¹⁹ reportaram um abuso recorrente significativamente maior quando é intrafamiliar, o que converge com a associação significativa que encontrámos entre a frequência do abuso sexual e a relação vítima-agressor.

O tempo que decorreu entre a prática de abuso e a realização do exame médico-legal foi superior a 72h em 67.2% dos casos. Percentagens superiores a esta foram encontradas em estudos nacionais. Magalhães et al.²² destacaram uma percentagem de 70.2%; Jardim²³ de 75.7%; Gomes et al.²⁵ de 83.3% e Falcão et al.,²⁶ por sua vez, de 91.2%. A mediana encontrada por Silva e Barroso-Júnior,²⁷ num estudo internacional, foi de 96h (*IQQ* 24-432). O processo de revelação e notificação do abuso é doloroso para a criança, pautado por medos de rejeição familiar, de separação dos pais e de incredulidade de terceiros, além da vergonha e culpa que sente, contribuindo para que a perícia forense tarde em ser concretizada.^{1,8} Acresce a esta demora o facto da confissão da criança nem sempre se traduzir numa denúncia do abuso por parte do seu confidente.²¹

A demora na realização da perícia pode ser uma das razões válidas para termos confirmado uma grande percentagem de vítimas cujo exame médico-legal não revelou quaisquer lesões (42.3%), o que não pode ser interpretado como sinónimo de ausência de abuso. ³⁶ Estes resultados são apoiados pela literatura nacional e internacional, que destacam o fenómeno com uma representação ainda superior. ^{22-23,26-27,37}

A elevada prevalência de exames não reveladores de lesões pode ser também explicada pelo facto do abuso sexual infantil, quando comparado com o do adulto, envolver outros contornos (frequentemente não penetrativos), e, muitas vezes, ser cometido por familiares/conhecidos da criança, cujo foco não se centra em magoar ou deixar marcas, pelo contrário. ³⁸ Para Elder, ³⁹ acresce ainda a estas razões, a possibilidade de ocorrer cicatrização himenial em entalhes (versus ocorrência natural).

Nesta linha de pensamento, não nos surpreende a associação estatisticamente significativa encontrada entre o abuso penetrativo e as lesões sugestivas, reiterando o carácter mais severo deste tipo de agressão e a sua maior propensão a deixar sequelas físicas.

Num artigo de revisão, Sakelliadis, Spillopoulou e Papadodima ³⁸ concluíram que o exame físico raramente é marca diagnóstica de abuso, necessitando da complementaridade de outros exames, nomeadamente laboratoriais.

No nosso estudo, a recolha de material genético só se realizou em 14.8% dos casos de abuso sexual infantil, resultados similares aos de Gomes et al., Magalhães et al. e Jardim (13.5%, 14.3% e 18.4%, respetivamente) ^{22-23,25} e superiores aos de Falcão et al. (7.4%). ²⁶ Mais uma vez, o atraso na realização da perícia médico-legal, com perda de evidências, poderá estar na base destes resultados, bem como a tipologia de abuso envolvida. ²⁶

A investigação desta autora suporta também os nossos resultados no que concerne à toxicologia, não havendo indícios sugestivos de uso de substâncias ilícitas e/ou etanol que justificassem a análise, ou sendo previsível que esta fosse negativa/inconclusiva, pelo atraso na concretização

do exame médico-legal.²⁶

Quando analisámos a percentagem de estudos de microbiologia realizados, confirmámos diferenças em relação à literatura,^{23,25-26} sendo superior. Poder-se-á conjecturar que esta percentagem corresponda ao número de casos em que ocorreu abuso penetrativo sem uso de preservativo, numa perspetiva de prevenção e, igualmente, de procura de mais achados que podem ser fulcrais na conclusão médico-legal. Sakellidis et al.³⁸ reforçam esta ideia, alertando que o diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis é importante no cuidado à vítima e na determinação da existência de contacto sexual, lembrando que a transmissão pós-perinatal destas doenças por meio não-sexual é rara.

Cabe, não obstante, realçar que, cumprindo as recomendações aprovadas pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, ratificadas pelo Colégio de Especialidade de Medicina Legal da Ordem dos Médicos, a percentagem expectável seria, ainda, superior. Pelo critério de realização deste estudo sempre que a vítima seja pós-púbere, encontrar-se-ia um valor que já rondaria os 40%, e este constitui apenas um dos critérios.³⁶

Percentagem superior à literatura foi igualmente encontrada no que refere à entrevista forense,^{23,26} o que nos parece um dado muito positivo, pela importância que este pode assumir, principalmente em casos particularmente traumáticos, de dúvida quanto à autenticidade do relato ou na ausência de outras evidências forenses. Por outro lado, vai de encontro a uma maior sensibilização para este procedimento que nos últimos anos tem vindo a ser reportada em Portugal.²⁶

A investigação dos casos de abuso sexual raramente é perentória. No nosso estudo, a conclusão categorizada como “possível mas não demonstrável” foi a mais frequente, presente em mais de $\frac{3}{4}$ das situações, tal como em Jardim,²³ quando se reportava aos achados inespecíficos encontrados na sua investigação. Valores ligeiramente inferiores (70.7%) foram encontrados por Gomes et al.²⁵

Realçamos que o valor da avaliação médica no abuso sexual infantil é conseguido através da recolha de evidência clínica e forense, em articulação com uma rigorosa história clínica.

5. CONCLUSÃO

Salientam-se, como principais conclusões deste estudo:

- As vítimas de abuso sexual infantil são, principalmente, do sexo feminino (85.2%);
- A média de idade das vítimas é de 9.97 anos;
- O número de vítimas de abuso sexual infantil sem história de handicap físico e/ou mental é elevado (88.9%);
- Apenas 5.8% das vítimas apresentam comportamento desviante;
- Os agressores são predominantemente do sexo masculino (92.6%);
- A idade dos agressores é variável, 18% têm entre 18 e 30 anos (*Mdn* = 3, a que corresponde a categoria 31-40 anos);
- Mais de ¼ dos agressores (25.9%) apresenta comportamento desviante, entre os quais crimes sexuais anteriores (7.4%);
- Os agressores são, maioritariamente, próximos da vítima (56.6% familiares e 33.3% conhecidos);
- A maioria dos abusos sexuais infantis ocorre em casa da vítima e/ou agressor (59.8%);
- O abuso sexual infantil ocorre sob aliciamento/consentimento das vítimas em 24.3% dos casos;
- O abuso sexual penetrativo é o mais prevalente (43.3%), destacando-se a penetração vaginal;
- A duração do abuso sexual infantil é inferior a 6 meses em 51.9% dos casos;
- Em 27.5% dos casos, o abuso sexual infantil é recorrente;
- É frequente um atraso entre o abuso sexual e o exame médico-legal superior a 72 horas (67.2%);
- Em 42.3% das perícias médico-legais não são encontradas quaisquer lesões;

- Não se realizam estudos genéticos, toxicológicos ou microbiológicos em 85.2%, 99.5% e 73% dos casos, respetivamente;
- A maioria das perícias médico-legais resulta na conclusão “possível mas não demonstrável” (75.7%).

Estas conclusões revelam que, na maioria dos aspetos considerados, os nossos resultados são consistentes com a literatura nacional e internacional.

É de realçar, não obstante, que, apesar da nossa amostra cobrir 10 anos de arquivo, tem um tamanho pequeno e limitado aos casos do Gabinete Médico-Legal do Cávado, não podendo os resultados do estudo serem generalizados à população infantil portuguesa. Por outro lado, o carácter retrospectivo do estudo pode também ter influência nos resultados, tendo-nos deparado com relatórios médico-legais com vários dados em falta, que deram origem a categorias com grande prevalência de “sem informação/ignorado”.

Seria, por isso, importante o desenvolvimento de investigações subsequentes, com amostras representativas de toda a população, para melhor identificar as características sociodemográficas da vítima e do agressor, e caracterizar o abuso sexual. Reconhecer os diferentes padrões deste abuso é crucial para apropriadamente se dar resposta a estas situações. Realçamos a importância do preenchimento completo e rigoroso dos relatórios forenses, essenciais para clarificar as circunstâncias do abuso sexual e melhorar o seu reconhecimento, de modo a contribuir para um diagnóstico, acompanhamento e proteção da vítima eficazes. Este procedimento facilitaria, também, uma correta classificação dos casos.

Um dos desafios que se coloca prende-se com a imprescindibilidade da recolha de evidência biológica acontecer nas primeiras 72h após o abuso sexual. O exame médico-legal deve ser realizado o mais brevemente possível, por forma a aumentar a probabilidade de encontrar vestígios que suportem a história relatada.

O abuso sexual infantil pode, especialmente se não reconhecido e tratado, marcar profundamente as suas vítimas. Estamos convictos que este trabalho é um valioso contributo para a compreensão do fenómeno e esperamos que instigue a sensibilização macrossistémica de todos os potenciais intervenientes na sua prevenção. Os nossos resultados podem ser usados para o desenho duma prevenção primária sustentada e concertada, em todos os níveis de atuação, e para a promoção de fatores de proteção que reduzam o impacto do abuso sexual na saúde e desenvolvimento da criança.

O abuso sexual infantil está na base de pesadas consequências, não só para as vítimas, mas para toda a sociedade, pelo que não pode ser ignorado. O foco, porém, deve permanecer na criança vitimizada, na sua segurança e bem-estar global, com a máxima de promover o superior interesse da mesma.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mateus MISM. Prevalência de abuso sexual em crianças portuguesas. Mestrado [tese]. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2012.
2. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl.* 2009;33(6):331-42.
3. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011;16(2):79-101.
4. APAV. Manual crianças e jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. 298 p.
5. APAV. Estatísticas APAV 2010 (retificadas) [document on the Internet]. Lisboa: APAV; 2010 [cited 2018 Feb 13]. Available from: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_2010.pdf
6. APAV. Estatísticas APAV - Relatório Anual 2016 [document on the Internet]. Lisboa: APAV; 2016 [cited 2018 Feb 13]. Available from: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2016.pdf
7. Kenny MC, McEachern AG. Racial, ethnic, and cultural facts of childhood sexual abuse: a selected review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2000;20(7):905-22.
8. Trindade LC, Linhares SMGM, Vanrell J, Godoy DCA, Martins J, Barbas, SMAN. Sexual violence against children and vulnerability. *Rev Assoc Med Bras.* 2014;60(1):70-4.
9. WHO. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. 75 p.
10. WHO. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003. 145 p.

11. Turner S, Taillieu T, Cheung K, Afifi TO. The relationship between childhood sexual abuse and mental health outcomes among males: results from a nationally representative United States sample. *Child Abuse Negl.* 2017;66:64-72.
12. Veenema TG, Thornton CP, Corley A. The public health crisis of child sexual abuse in low and middle income countries: an integrative review of the literature. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(4):864-81.
13. Kaufman, J. Child abuse and neglect. In: Martin A, Volkmar FR, Lewis M, editors. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p 692-700.
14. Pérez-Fuentes, G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Compr Psychiatry.* 2013;54(1):16-27.
15. Hornor G. Child sexual abuse: consequences and implications. *J Pediatric Health Care.* 2010;24(6):358-64.
16. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: a systematic review of reviews. *Trauma Violence Abuse.* 2013;14(2):96-112.
17. Trotman GE, Young-Anderson C, Deye KP. Acute sexual assault in the pediatric and adolescent population: Mini-review. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016;29(6):518-26.
18. Yüce M, Karabekiroğlu K, Yildirim Z, Şahin S, Sapmaz D, Babadağı Z, et al. The psychiatric consequences of child and adolescent sexual abuse. *Noro Psikiyatir Ars.* 2015;52(4):393-9.
19. Aydın B, Akbas S, Turla A, Dundar C, Yuce M, Karabekiroglu K. Child sexual abuse in Turkey: an analysis of 1002 cases. *J Forensic Sci.* 2015;60(1):61-5.
20. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD et al. Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016;29(2):81-7.

21. Cardoso DCIL. Abuso sexual infantil. Mestrado [tese]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2016.
22. Magalhães T, Taveira F, Jardim P, Santos L, Matos E, Santos A. Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *J Forensic Leg Med.* 2009;16(8):455-9.
23. Jardim PJA. O abuso sexual na criança. Contributo para a sua caracterização na perspetiva da intervenção médico-legal e forense. Mestrado [tese]. Porto: Universidade do Porto; 2011.
24. Butun C, Yildirim A, Ozer E, Yilmaz E, Sari SA. A nonrandom sample of 55 sexual abuse cases in Sivas. *Med Sci Monit.* 2017; 23:4360-5.
25. Gomes V, Jardim P, Taveira F, Dinis-Oliveira RJ, Magalhães T. Alleged biological father incest: a forensic approach. *J Forensic Sci.* 2013;59(1):255-9.
26. Falcão V, Jardim P, Dinis-Oliveira RJ, Magalhães T. Forensic evaluation in alleged sibling incest against children. *J Child Sex Abus.* 2014;23(7):1-13.
27. Silva WS, Barroso-Júnior UO. Characteristics of children under 12 years subjected to forensic examination on suspicion of child sexual abuse in Salvador Brazil. *Spanish Journal of Legal Medicine.* 2016;42(2):55-61.
28. Hansen LA, Mikkelsen SJ, Sabroe S, Charles AV. Medical findings and legal outcomes in sexual abused children. *J Forensic Sci.* 2010;55(1):104-9.
29. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1993;17(1):67-70.
30. Cronch LE, Viljoen JL, Hansen DJ. Forensic interviewing in child sexual abuse cases: Current techniques and future directions. *Aggress Violent Behav.* 2006;11(3):195-207.
31. Hagraas AM, Moustafa SM, Barakat HN, El-Elemi AH. Medico-Legal evaluation of child sexual abuse over a six-year period from 2004 to 2009 in the Suez Canal area, Egypt. *Egypt J Forensic Sci.* 2011;1(1):58-66.
32. Semedo IFA. Estudo sobre abusos sexuais de crianças em Portugal (estudantes

universitários dos 18 aos 25 anos). Mestrado [tese]. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2016.

33. Bahali K, Akçan R, Tahiroglu A, Avcı A. Child sexual abuse: seven years in practice. *J Forensic Sci.* 2010;55(3):633-6.

34. Shotar AM, Alzyoud S, Oweis A, Alhawamdeh KA, Kwoshnood D. Sexual offenses among children in the north of Jordan: an exploratory study. *J Child Sex Abus.* 2015;24(5):538-54.

35. Martins C, Jorge M. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto & Contexto Enfermagem.* 2010;19(2):246-55.

36. Magalhães T, Ribeiro CS, Jardim P, Vieira DN. Procedimentos forenses no âmbito da recolha de informação, exame físico e colheita de vestígios em crianças e jovens vítimas de abuso físico e/ou sexual. *Acta Med Port.* 2011;24(2):339-48.

37. Kellogg ND, Menard SW, Santos A. Genital anatomy in pregnant adolescents: “normal” does not mean “nothing happened”. *Pediatrics.* 2004;113(1):e67-9.

38. Sakellidis EI, Spillopoulou CA, Papadodima SA. Forensic investigation of child victim with sexual abuse. *Indian Pediatr.* 2009;46(2):144-51.

39. Elder DE. Interpretation of anogenital findings in the living child: implications for paediatric forensic autopsy. *J Forensic Leg Med.* 2007;14(8):482-8.

ANEXOS

ANEXO I
INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Instrumento de recolha de dados

Código _____

Dados da vítima

Sexo

1. Feminino
2. Masculino

Idade _____ (anos)

Atividade

1. Nenhuma
2. Estudante
3. Desempregado/reformado
4. Vida profissional ativa
5. Sem informação

Antecedentes pessoais

1. Sem história conhecida
2. Handicap físico
3. Handicap mental

Comportamento desviante

1. Sem história conhecida
2. Consumo álcool e/ou drogas de abuso e/ou delinquência
3. Insucesso escolar

Tipo de família

1. Nuclear
2. Monoparental
3. Recombinada
4. Alargada
5. Instituição/família de acolhimento
6. Sem informação

Violência doméstica

1. Sim
2. Não
3. Sem informação

Dados do agressor

Sexo

1. Feminino
2. Masculino
3. Sem informação

Idade

1. 1-17 anos
2. 18-30 anos
3. 31-40 anos
4. 41-50 anos
5. 51-60 anos
6. >60 anos
7. Sem informação

Atividade

1. Pessoal de profissões científicas, técnicas, artísticas e similares
2. Diretores e quadros superiores administrativos
3. Pessoal administrativo e similares
4. Pessoal das indústrias extrativa e transformadora e condutores de máquinas fixas e de transporte
5. Pessoal dos serviços de proteção e segurança, serviços pessoais e domésticos e similares
6. Agricultores, criadores de animais, trabalhadores agrícolas e florestais, pescadores e caçadores
7. Pessoal do comércio e vendedores
8. Estudante
9. Desempregado
10. Reformado
11. Sem informação

Comportamento desviante

1. Sem história conhecida
2. Consumo abusivo de álcool e/ou drogas de abuso e/ou delinquência
3. Crimes sexuais anteriores
4. Violência doméstica
5. Sem informação

Relação vítima-agressor

1. Desconhecido(a)
2. Conhecido(a) (amigo, colega, vizinho, ama)
3. Professor/Patrão
4. Namorado(a)/ex-namorado(a), cônjuge/ex-cônjuge
5. Pai/mãe
6. Padrasto/madrasta
7. Outros familiares (avô(ó), irmã(o), tio(a), primo(a))
8. Sem informação

Dados do abuso

Local

1. Casa da vítima/ambos
2. Casa do agressor
3. Local ermo/recinto
4. Escola/trabalho/automóvel/outro
5. Sem informação

Circunstâncias

1. Ameaças verbais
2. Ameaças com armas
3. Violência física
4. Aliciamento/consentimento
5. Sem informação

Tipo

1. Carícias/contacto/outra
2. Tentativa de penetração anal/vaginal/oral
3. Penetração anal
4. Penetração vaginal
5. Penetração oral
6. Penetração anal e vaginal
7. Penetração oral e anal
8. Penetração vaginal e oral
9. Todas as penetrações
10. Sem informação

Duração

1. <6 meses
2. ≥ 6 meses
3. Sem informação

Frequência

- 1. Única
- 2. Esporádica
- 3. Regular
- 4. Sem informação

Dados da perícia médico-legal

Intervalo entre o abuso e a perícia

- 1. < 72 h
- 2. ≥ 72 h
- 3. Sem informação

Lesões

- 1. Diagnósticas
- 2. Sugestivas
- 3. Inespecíficas
- 4. Sem lesões/exame não realizado

Genética

- 1. Positivo
- 2. Negativo
- 3. Ignorado
- 4. Não realizado

Toxicologia

- 1. Positivo
- 2. Negativo
- 3. Ignorado
- 4. Não realizado

Microbiologia

- 1. Positivo
- 2. Negativo
- 3. Ignorado
- 4. Não realizado

Exame Psicológico

- 1. Realizado
- 2. Não realizado

Conclusões médico-legais

- 1. Incompatível
- 2. Duvidoso
- 3. Possível mas não demonstrável
- 4. Provável
- 5. Demonstrável

ANEXO II
AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

FICHA RESUMO DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA OU DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

– A DECORRER OU A DESENVOLVER –

- **TÍTULO DO PROJETO/ARTIGO CIENTÍFICO** (se inexistente, indicar 3 palavras-chave que exprimam o tema):

Abuso sexual de crianças: a realidade médico-legal na comarca de Braga

- **SERVIÇO/UNIDADE RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO/ORIENTAÇÃO NO INMLCF, I.P.:** Gabinete Médico-Legal e Forense do Cávado

- **IDENTIFICAÇÃO DO(S) ELEMENTO(S) RESPONSÁVEL(EIS) PELA ORIENTAÇÃO DO PROJETO/ARTIGO NO INMLCF, I.P.:** Prof. Dr. Duarte Nuno Vieira; Dra. Patrícia Jardim

- **IDENTIFICAÇÃO DO(S) ELEMENTO(S) QUE VAI(VÃO) DESENVOLVER O PROJETO/ARTIGO:** Raquel Filipa Martins Peixoto

- **CONTACTO TELEFÓNICO DO ELEMENTO QUE VAI DESENVOLVER O PROJETO/ARTIGO** (telemóvel, preferencialmente): 968912644

- **EMAIL INSTITUCIONAL** (dos elementos atrás mencionados): dnvieira.pt@gmail.com; patricia.j.a.jardim@gmail.com; raquelfmp_07@hotmail.com

- **OUTRAS INSTITUIÇÕES ASSOCIADAS/COLABORADORAS** (se aplicável):

- **PROJETO SUBSIDIADO? SE SIM: INDICAR ENTIDADE FINANCIADORA & MONTANTE:**

Não

Sim

Entidade Financiadora: ; Montante €

- **ENCONTRA-SE INSERIDO EM ALGUM CURSO? SE SIM INDIQUE QUAL:**

DE Pré - GRADUAÇÃO

Faculdade de , Universidade de



Outra:

DE Pós - GRADUAÇÃO:

Mestrado (Pré-Bolonha)

Mestrado em _____, pela Faculdade/Universidade:

Mestrado Integrado (Processo Bolonha)

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Doutoramento/Programa Doutoral

Doutoramento em _____, pela Faculdade/Universidade:

Pós-Doc

Pela Faculdade/Universidade:

Outra:

• **ENCONTRA-SE INSERIDO NOUTRO ÂMBITO (que não anteriormente mencionado)? INDIQUE QUAL:**

• **PERÍODO (DATAS) EM QUE DECORRE O PROJETO (início e fim da totalidade do projeto):** 2017/2018

• **PERÍODO (DATAS) EM QUE DECORRE O PEDIDO DE COLABORAÇÃO AO INMLCF, I.P. (início e fim):**
1/11/2017 a 1/7/2018

• **RECURSOS ESPECÍFICOS | MATERIAL E MÉTODOS A USAR:**

Instalações: sala e computador

Consumíveis:

Pessoal:

Amostras Biológicas*:

Outros:



Outros: consulta de processos de clínica forense no âmbito dos crimes sexuais de 2007 a 2016

* Obrigatório o preenchimento do Formulário MOD 005 - DIFD (Pedido de Colheita e/ou Utilização de Amostras Biológicas para Investigação e/ou Treino Cirúrgico)

• **RESUMO DO PROJETO/ARTIGO** (máximo uma página):

Pelo enorme impacto que a experiência do abuso sexual deixa na sua vítima, especialmente um menor, e pelas lacunas que transparecem à leitura da literatura disponível no tema, surge, em contexto de tese para obtenção do grau de mestre em Medicina, a presente proposta de projecto de investigação. De forma simplista, é delineada como um estudo de casuística referente aos processos dos alegados casos de abuso sexual submetidos a exame médico-legal nas instalações do Gabinete Médico-Legal e Forense do Cávado, entre os anos de 2007 e 2016.

Com a colheita de dados a que se propõe - que visam a análise de dados pessoais da vítima e agressor (sexo, idade, residência urbana/rural, actividade profissional, antecedentes patológicos, comportamentos desviantes e tipo de família), o seu tipo de relação, a caracterização do abuso (duração, frequência, circunstâncias, local e práticas sexuais), como foi sinalizado e a presença/ausência de sinais/vestígios - este estudo afigura-se como um passo interessante no levantamento da realidade local de um tema que não tem, ainda, a visibilidade que lhe é merecida. Impõe-se a realização deste tipo de estudo, com o objectivo de, potencialmente, melhorar as perícias médico-legais praticadas e, igualmente, realçar certos aspectos que facilitem uma suspeita por parte dos profissionais de saúde em contacto com a criança.

21/09/2017

(Assinatura do Responsável no INMLCF, I.P.)

Rui Filipe Martins Costa
(Assinatura do Elemento que vai desenvolver o projeto)

[Signature]
(Assinatura do Orientador externo ao INMLCF, L.P.)

Responsável pelo Acesso à Informação

DESPACHO

Nada a obstar, desde que os dados a disponibilizar se encontrem devidamente anonimizados. O Responsável pelo projeto no INMLCF deve garantir a devida confidencialidade.

O projeto imune-se nas atribuições legais do INMLCF (artigo 3.º, n.º 3, alínea c, da Decreto-Lei n.º 166/2011, de 31 de julho).

30/11/2017

[Signature]

Parecer do Diretor/Coordenador de Serviço:

É do interesse do serviço o estudo proposto,
desde que garantida a confidencialidade dos
dados. A Condeneadine
21/9/2017 *Palmira*

Parecer do DIFD:

Favorável Não favorável

Data:

Assinatura:

Despacho do Diretor da Delegação:

Favorável Não favorável

Data:

Assinatura:

Despacho do Vice-Presidente:

Deferido Indeferido *com condições*
do parecer do RAH

Data: 07.12.2017

Assinatura:

[Assinatura]
Carlos Dias

Vice-Presidente do Conselho Diretivo
Diretor da Delegação do Norte
INMLCF, I.P.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

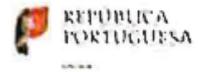
Raquel Filipa Martins Peixoto, portador(a) do Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade n.º 14653778, válido até 06/08/2019, tendo requerido autorização para realizar um estágio e/ou para realizar um estudo de investigação no Serviço/Gabinete Médico-Legal e Forense do Cávado da Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF), desde já declara:

- Que cumprirá todas as instruções e indicações que lhe forem dadas em matéria de funcionamento do Serviço;
- Que aceita e cumprirá as restrições, os termos e as condições que lhe forem colocados no acesso à informação;
- Que não vai apossar-se de material iconográfico, de cópia de relatórios ou de outro tipo de elementos, ou de qualquer base de dados;
- Que não procederá ao registo de qualquer elemento identificativo dos processos, designadamente elementos de identificação do examinado e número do processo judicial e respetivo Tribunal, e manterá completo sigilo sobre qualquer informação de serviço e sobre qualquer facto de natureza pericial a que eventualmente possa aceder;
- Que entregará cópia digital e em papel da(s) publicação(ões) efetuadas;
- Que obrigatoriamente referirá a fonte INMLCF, I.P., em quadros, tabelas ou imagens, independentemente da modalidade da apresentação dos dados.

Mais declara que a violação de qualquer dos compromissos aqui assumidos resultará no apuramento de responsabilidades penais, civis, e disciplinares, e ainda à impossibilidade, imediata e futura, de o INMLCF, I.P. lhe conceder qualquer tipo de colaboração.

21/09/2017

O(A) Declarante



República Portuguesa