

Avanços diagnósticos em violência sexual: aspectos forenses**Advances in the diagnosis of sexual violence: forensic aspects**

Carmen Silvia Molleis Galego Miziara¹, Beatriz Mariana Silva de Oliveira², Nicolý Ogeda da Silva³, Mayara da Matta Frederico⁴, Larissa Fagundes de Paula⁵, Julia Corrêa Gabriel⁶, Ivan Dieb Miziara⁷

DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v27i2p84-92>

Miziara CSMG, Oliveira BMS, Silva NO, Frederico MM, Paula LF, Gabriel JC, Miziara ID. Avanços diagnósticos em violência sexual: aspectos forenses. *Saúde, Ética Justiça* (Online). 2022;27(2):84-92.

RESUMO: INTRODUÇÃO: a violência sexual é problema de saúde pública, cujos dados são, provavelmente, subnotificados em serviços de saúde em decorrência da falha na identificação das vítimas, ou de notificações compulsórias ao sistema de saúde e à autoridade policial. Essa problemática apresenta variações de acordo com idade e sexo das vítimas. OBJETIVO: mostrar as principais técnicas de identificação criminológica de vítimas de violência sexual, com adequação às faixas etárias e ao sexo. MÉTODO: revisão narrativa de literatura na base de dados PubMed com os descritores “Violência Sexual; Medicina Forense, Prova Pericial”, sem limite de tempos de busca. Foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol e obtidos na íntegra. RESULTADOS e DISCUSSÃO: a identificação do abuso em crianças varia de múltiplos fatores (idade, sexo, *modus operandi* do agressor etc.). Muitos crimes sexuais não deixam vestígios físicos nas vítimas, ou os vestígios deixados necessitam de técnicas aperfeiçoadas para a análise. A prática médico-legal convencional nem sempre consegue oferecer ao juízo a prova técnica irrefutável. Avanços na área de identificação do agressor por meio de material biológico deixado na vítima têm mostrado resultados promissores, muitos deles ainda inacessíveis na nossa prática. A atualização, quanto aos novos métodos, deve abrir discussão quanto à sua aplicabilidade e assim incluir novos métodos na rotina médico-pericial forense em busca de vestígios e de resultados. CONCLUSÃO: os testes para a identificação criminológica das vítimas possibilitam oferecer segurança e conforto, mesmo em casos tardios, e estabelecer medidas de proteção a fim de reduzir a reincidência do abuso.

DESCRIPTORES: Violência Sexual; Medicina Forense; Prova Pericial.

¹. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação, São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4266-0117>

². Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1606-1516>

³. Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8941-3159>

⁴. Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1141-2759>

⁵. Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil. <https://orcid.org/0009-0001-2369-4397>

⁶. Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9498-0043>

⁷. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação, São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7180-8873>

Endereço para correspondência: Nicolý Ogeda da Silva. E-mail: ogeda.silva@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Associação Médica Mundial (AMM) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) definem, de maneira semelhante, violência como sendo a intencionalidade do autor de causar, com grande probabilidade, lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação por meio de força física ou de poder, sob condição real ou de ameaça, podendo ser ela autoinfligida ou imposta contra uma pessoa, grupo ou comunidade¹.

Dessa forma, estão incluídos a violência “interpessoal (por outra pessoa ou por pequenos grupos de pessoas, incluindo familiares e parceiro íntimo), o comportamento suicida e a violência coletiva, nesta estão incluídos os conflitos armados”².

Os tipos de violência podem ser classificados de acordo com o perfil da vítima: em maus-tratos infantil, abuso contra a pessoa idosa, violência por parceiro íntimo, violência sexual, abuso sexual contra a criança, violência contra a mulher e violência contra jovens (10 a 29 anos)³.

Levantamentos feitos pela OMS mostraram que em 2019 a violência interpessoal foi responsável por 475.000 mortes no mundo; cerca de um bilhão de crianças, na maioria entre 2 e 17 anos, foram submetidas a violência física, sexual ou emocional nos últimos 12 meses; e uma a cada três mulheres a partir dos 15 anos foi vítima de violência física e/ou sexual, geralmente, pelo parceiro íntimo².

A violência sexual é entendida como “qualquer ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa por meio de coerção, por outra pessoa, independentemente de sua relação com a vítima e em qualquer âmbito”⁴.

A legislação brasileira, conforme disposto na Lei nº. 12.015, de 2009, que alterou o Código Penal de 1940, estabelece que: estupro é “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Quando se trata de vítima vulnerável, basta ocorrer o ato sexual, independe, portanto, da aplicação de violência ou grave ameaça por parte do autor, conforme o Artigo 217 - A do Código⁵.

A violência é um grave problema de saúde pública, com gigantesco número de vítimas a cada ano em todo o planeta, com consequências imediatas e tardias incalculáveis, tanto no aspecto físico quanto no emocional, além de estar associada a comportamentos de risco, como sexo inseguro, abuso de álcool ou outras drogas, suicídio, que também contribuem para mortalidade precoce, incluindo o suicídio².

A identificação da vítima é uma das principais ações de combate à violência no nosso país, pois a subnotificação de caso suspeito ou confirmado e a falha

técnica em constatar o abuso contribuem para a reiteração do ato criminoso e o aumento do sofrimento da vítima⁶.

A equipe de saúde deve permanecer alerta a sinais e sintomas que, em muitas situações, são sutis e variam de acordo com a idade e o sexo da pessoa; nem sempre a vítima expressa o fato claramente, podendo até negar o abuso por motivos pessoais, sociais ou culturais, devendo os profissionais abordarem detalhadamente o fato, mas sempre atuando com empatia para evitar a vitimização⁷.

O objetivo desta revisão foi descrever as principais condições que permitem a identificação de possíveis vítimas de violência sexual, com adequação às suas faixas etárias e ao gênero, para reduzir a subnotificação e possibilitar maior efetividade no enfrentamento do problema.

MÉTODOS

Estudo realizado no Centro Universitário Faculdade de Medicina ABC, por meio de revisão narrativa de literatura na base de dados (PubMed), não foi estabelecido o período de busca, sobre técnicas de identificação de vítimas de abuso sexual. Os textos incluídos foram obtidos em inglês, português ou espanhol. Foram utilizados os descritores “Violência Sexual; Medicina Forense, Prova Pericial”, sendo selecionados os textos a partir do título e da leitura do resumo dos artigos, resultando na seleção final de artigos a serem lidos na íntegra, os quais foram utilizados para a escrita da revisão de literatura. Para complementação, foram realizadas pesquisas em livros-textos e em *sites* oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO); nestes últimos suportes de pesquisa não foi estabelecido o tempo limite de busca, considerando apenas a notoriedade dos textos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características associadas à violência sexual

A identificação de vítima de violência varia entre condições facilmente identificadas e incontestáveis até aquelas de absoluta incerteza diagnóstica, sobretudo quando o tipo de violência é a sexual. A demora da vítima em procurar atendimento médico é um dos fatores de grande impacto para a obtenção da prova técnico-científica irrefutável. Nesse aspecto, ainda se torna importante salientar que pequena parcela das pessoas ofendidas sexualmente revela o fato a alguém que, necessariamente, não seja autoridade policial ou médica.

Estudos recentes têm dedicado mais atenção aos fatores de risco para a violência sexual, tanto no aspecto pessoal quando no interpessoal. Dentre as causas mais associadas, o uso de álcool é destacado^{8,9}.

Os fatores interpessoais (familiar e comunidade)

influenciam tanto a vítima quanto o agressor. Exemplificando, estudo de revisão de sistemática mostrou que crianças submetidas a maus-tratos têm maior chance de se tornarem agressores sexuais. A estrutura familiar entra no contexto de facilitador de risco, tanto no nível socioeconômico quanto na condição de saúde mental dos cuidadores, o uso de substâncias abusivas, os antecedentes criminais e a desagregação do núcleo familiar. O ambiente extradomiciliar contribui para a violência ao considerar padrões ideais de comportamento que consideram a sexualidade uma forma de aceitação grupal. No nível pessoal, os riscos são maiores dentre as pessoas com redução da capacidade intelectual, as que têm fantasias sexuais, os transtornos mentais com impulsividade e como uma forma de autolesão não suicida, entre outras¹⁰.

Os fatores descritos por McLeroy et al. (1988) servem de sustentação quanto à análise de violência sexual nas unidades educacionais, reforçando a importância de recurso de apoio às vítimas e atuando na cultura de consumo de álcool em festas ou em atividades estudantis¹¹.

A influência da idade da vítima na identificação de violência

Dados da OMS mostram que no mundo, aproximadamente, um bilhão de crianças entre 2 e 17 anos foram agredidas de forma física, sexual ou emocional ou expostas à negligência em 2015¹².

Um aspecto envolvido na subnotificação do crime sexual contra a criança é a falta de percepção desta sobre sua condição de vítima, o desconhecimento sobre serviços de apoio ou o descrédito dos relatos, considerando ainda que a maioria dos perpetradores de abuso contra crianças ou vulneráveis é a pessoa que deveria ser o cuidador; portanto, aquele com vínculo afetivo com as vítimas, fato que dificulta ainda mais o reconhecimento do crime¹³.

O abuso que ocorre dentro do núcleo familiar, denominado de abuso intrafamiliar, pode permanecer encoberto por muitos anos ou até nunca chegar a ser revelado, posto que muitas crianças sentem que a culpa é delas, que a revelação irá trazer implicações aos familiares ou, pelo vínculo de proximidade com o agressor, temem consequências maiores caso revelem a violência¹⁴.

Estudo analisou os motivos que levaram adultos vítimas de abuso sexual na infância a não revelarem o crime. Do total analisado, 75% dos participantes que nunca haviam revelado o abuso justificaram que enfrentaram cinco barreiras: (1) falta de oportunidade (sentimento de que o momento ideal para a revelação nunca foi cabível ou não sabiam a quem contar); (2) constrangimento (medo vergonha e culpa); (3) preocupação com os outros (especialmente, diante das consequências sofridas pelo autor ou por familiares); (4) senso de desesperança (ninguém iria acreditar, portanto, não adiantaria revelar);

e (5) normalidade da situação (especialmente nos abusos iniciados na infância precoce, pois não viam o ato como violento)¹⁵.

O apoio familiar, especialmente o materno, é um dos principais fatores que facilitam a denúncia do crime pela criança. O vínculo positivo e não superprotetor paterno é outra condição preditiva de revelação tanto de meninos quanto de meninas. Um fator de obstrução da revelação é relacionamentos familiares íntimos, pois as vítimas temem que seus pais irão se preocupar ou irão sofrer consequências graves¹⁶.

Estudo realizado a partir de registros hospitalares de 95 crianças e adolescentes entre 6 e 14 anos, atendidos por suposto abuso sexual no pronto-socorro de um hospital dos Estados Unidos, demonstrou que a grande maioria dos agressores era do sexo masculino (96,8%), dos quais apenas 20% eram pessoas desconhecidas pelas vítimas¹⁷.

Ainda em relação ao abuso sexual infantil, percebe-se maior credibilidade em relação às denúncias, muito relacionada às características próprias da infância, como idade e desenvolvimento cognitivo, bem como ao estado matrimonial dos pais, sendo observado que foram credibilizados os relatos de crianças mais velhas, sem distúrbios ou atrasos cognitivos e com pais casados¹³.

Em relação às vítimas idosas, observou-se que os cirurgiões ortopedistas estão em uma posição privilegiada na identificação de abusos físicos em idosos em comparação com os demais profissionais da saúde, principalmente pela grande frequência das lesões musculoesqueléticas em tais vítimas. Entretanto, as pesquisas sobre a identificação e o manejo do abuso de idosos ainda se mostram escassas em comparação com a riqueza de pesquisas sobre a violência infantil¹⁸.

Mais de metade das crianças da América Latina (58%) e da América do Norte (61%) sofreu abuso físico, sexual e ou emocional em 2019, conforme dados de organizações sociais internacionais¹⁹.

Na adolescência, o desconforto gerado pelo assunto bem como a escassez de métodos simples e confiáveis capazes de auxiliar na confirmação do alegado ato violento diminuem a possibilidade de que o assunto seja trazido à tona nos contextos em que a vítima se insere. No entanto, é importante observar o comportamento, pois a situação traumática vivida deixa consequências e marcas expressadas na rotina diária do adolescente, com mudanças comportamentais, psicológicas com relação a autoimagem e autoestima, interferências negativas em relacionamentos interpessoais e maiores propensões a adições e autolesão²⁰.

As pessoas idosas, por sua vez, em geral são mais solitárias do que as crianças e os adolescentes, com menos círculos sociais para além da família e, portanto, com menos possibilidades de que outras pessoas identifiquem os abusos praticados. A maioria das evidências não está

visível, manifestando-se de maneira sutil, exemplificando as mudanças comportamentais, tais quais ocorrem com as crianças e os adolescentes. A demora para identificar as agressões é diretamente proporcional às consequências negativas destas na qualidade de vida das vítimas e inversamente proporcional à capacidade de confirmação técnico-científica do fato¹⁸.

As exposições adversas durante a infância culminam com vários problemas de saúde física e mental ao longo da vida, com risco elevado para infecções sexualmente transmissíveis, comportamentos sexuais descuidados, uso abusivo álcool ou de substâncias ilícitas, autolesão suicida e não suicida, envolvimento em criminalidade e perpetração posterior de violência contra homens ou mulheres²¹.

Dificuldades de identificação de violência de acordo com o sexo e gênero da vítima

Durante a infância, meninos e meninas correm riscos iguais quanto à violência, seja ela física, emocional ou negligência, mas as meninas são vítimas mais contumazes de violência sexual²².

A maioria das vítimas de abuso sexual é do sexo feminino; comparativamente às meninas, a violência sexual contra meninos também é alta e, talvez, mais subnotificada. As mulheres são as vítimas contumazes de exploração sexual: cerca de 94%, mas não poupa os refugiados, na maioria crianças e adolescentes masculinos^{23,24}.

As agressões perpetradas por parceiros íntimos assumem magnitudes, culminando em feminicídios em 33% dos casos. Esse cenário cruel não tem limites geográficos, variando em proporção de casos comunicados. Como exemplificação, a comunicação de agressões físicas e sexuais por parceiro íntimo no Japão é de 15%, enquanto na Etiópia é de 71%. Na Tanzânia rural, cerca 17% das mulheres foram forçadas a manter contato sexual depois dos 15 anos; no Peru rural, esta porcentagem atinge quase 25%; e em Bangladesh, sobe para 30%⁴.

A violência sexual contra meninos é muitas vezes negligenciada pelas autoridades de saúde pública. Para os homens, é ainda mais difícil externalizar a experiência traumática, pois os tabus que já circundam o tema são intensificados devido às construções sociais de desigualdade de gênero e LGBTQIA+fóbicas. As vítimas do sexo masculino tendem a omitir ou minimizar o crime pelo receio de que sua condição masculina seja questionada ou para não ser qualificado como fraco. Portanto, os desafios são intensos em decorrência das atitudes sociais e dos estereótipos sobre os homens e a masculinidade²⁵.

Uso de internet ou outro meio de comunicação que dificulta a identificação da violência

As formas de violência aplicada pelos perpetradores podem variar de forma real ou virtual,

sendo esta última por acesso a materiais pornográficos, seguidos ou não de tentativa de contato físico com a criança. A ampla facilidade trazida pela internet ao acesso de pornografia dificulta a identificação precoce do crime, e as consequências mentais tardias podem ser representativas.

A volição do perpetrador de buscar na rede materiais pornográficos pode ser explicada pela satisfação de fantasia sexual com crianças (pedofilia) ou pelo desejo de visualizar atos pornográficos brutais ou utilizar esse meio para ganho financeiro ou curiosidade²⁶.

A identificação de vítimas infantis de abuso sexual é desafio que a sociedade de forma geral enfrenta em todas as nações, devendo ser destacada a pedofilia.

A pedofilia é um distúrbio relacionado à preferência sexual – distúrbios parafilicos que estão dispostos no *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* – quinta edição – (DSM-5) e na CID-11^{27,28}.

O comportamento sexual atípico presente no perpetrador está associado a áreas cerebrais específicas, córtex pré-frontal, incluindo a redução de volumetria dele. Outras regiões cerebrais também foram relacionadas à pedofobia (ínsula, córtex motor, córtex pré-frontal). A aplicação de modelos de rede neuronais pode facilitar o trabalho pericial de maneira objetiva de classificar os materiais de pornografia, portanto é uma técnica que pode ser promissora²⁹.

Dentro da perspectiva de identificar a pedofilia, o teste emocional denominado Stroop test tem sido estudado para servir futuramente como ferramenta capaz de subsidiar a avaliação forense em casos de suspeita, mas ainda precisa de mais estudos a respeito³⁰.

Obtenção da prova técnico-científica que possibilite a comprovação da violência sexual

O exame médico de vítimas de alegado estupro nem sempre fornece elementos técnicos objetivos comprobatórios do fato. Diversas razões podem estar envolvidas, dentre elas o intervalo prolongado entre o crime e a realização do exame, as características anatomofisiológicas da pessoa agredida, o modo como o agressor atuou e o exame clínico a “olho nu”, achados anormais não específicos, entre outras.

A detecção de sêmen (composto por 10% espermatozoide e 90% plasma seminal) no corpo da vítima reforça em grande parte o relato de que houve violência sexual. A fração celular (espermatozoide) contém células epiteliais, e o plasma seminal contém carboidratos, proteínas, ácido cítrico e zinco³¹. Assim, os testes de triagem para fosfatase ácida prostática (PAP), antígeno específico da próstata (PSA ou P 30) e a semenogelina no plasma seminal são ferramentas de grande importância na investigação forense. Quanto à sensibilidade e à especificidade, o PSA é mais sensível que a semenogelina e o PAP, mas a semenogelina é mais

específica³².

A luz de Wood (lâmpada de Wood) pode ser uma alternativa, uma vez que o sêmen fluoresce pela luz azul visível em comprimentos de onda entre 450 e 490 nm, mas não fornece elementos diferenciais com outras substâncias, sendo, portanto, menos confiável; embora tenha alta sensibilidade, tem baixa especificidade. Esse método é bem interessante quando é considerada sua característica de não consumir amostra³³.

Estudo publicado em 2019 mostrou a utilização do corante azul de toluidina em voluntárias que tinham praticado o coito anal 48 horas antes do teste, mostrando que o corante metacromático, ao promover a coloração dos núcleos de células epiteliais lesadas, é um método que pode auxiliar, mas os autores salientam que sua positividade não se restringe à lesão por agressão, podendo estar presente em vulvites e lesões ulcerativas, e ausente na presença de gel lubrificante, exsudação ou cicatrização, que formam uma barreira para a penetração do corante³⁴. Portanto, esse método isolado não traz confiabilidade científica e necessita de apoio de uma história clínica detalhada.

A extração de DNA (ácido desoxirribonucleico) do material biológico encontrado no corpo da vítima é de grande valor diagnóstico forense, pois a quantidade de material necessário para o teste não é grande e tem alta correspondência entre a amostra e o DNA do suspeito, por ser material único, exceto em caso de gêmeos idênticos, pela sua característica de polimorfismo, que pode ser pelo comprimento ou pelas sequências. O polimorfismo baseado em comprimento são sequências repetidas de DNA em 20% a 30% do DNA não codificante. O polimorfismo baseado em sequência mostra as diferenças em “um ou mais pares de bases em fragmentos de DNA de comprimento semelhante em um local específico no genoma”. Os resultados de análise de DNA podem ser três: exclusão da identidade, identidade inconclusiva e identidade coincidente. No primeiro caso, as duas amostras analisadas são diferentes; no segundo, o resultado é inconclusivo por não ser possível confirmar a similaridade ou a diferença e, no terceiro, o resultado em que os testes de DNA são similares, sem significante diferença³⁵.

O exame propedêutico desarmado em grande porcentagem pode falhar em detectar vestígios do crime, assim como o longo intervalo entre a ação criminosa e o exame médico, quando a identificação de sêmen não é mais possível ou as lesões estão cicatrizadas.

Outra importante fonte de obtenção de vestígios do agressor são as manchas deixadas nas roupas da vítima. Não é infrequente que a vítima ou o agressor tente remover as manchas de sêmen, mas estudos demonstraram que se pode detectar espermatozoides

em quantidade suficiente para a realização de genotipagem de ácido desoxirribonucleico (DNA) nas roupas da vítima mesmo depois de terem sido lavadas em máquina de lavar.

O número de casos de estupro em que o perpetrador utiliza preservativo com finalidade de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis ou para minimizar a transferência de material biológico aumenta gradativamente³⁶, reduzindo a chance de conseguir isolar o DNA do agressor. Os preservativos podem deixar no corpo da vítima o lubrificante ou até mesmo ser descartado na cena do crime. Dessa forma, a espectroscopia de Raman pode ser uma ferramenta a ser utilizada com sucesso³⁷.

Técnicas mais apuradas devem ser consideradas para minimizar os falsos negativos, dentre elas a espectroscopia Raman e a espectroscopia de massas têm sido utilizadas como adjuvante na detecção de impressões digitais em preservativos utilizados pelos perpetradores. A espectroscopia de Raman permite a análise de estrutura química em materiais com impressões digitais, sendo ele aplicado também para a identificação de substâncias possivelmente utilizadas em crimes de submissão química³⁷.

Ainda neste aspecto, a análise direta em espectrometria de massa em tempo real (DART) pode ser considerada para identificar o nonoxinol (espermicida) no fluido vaginal de mulheres que mantiveram contato sexual mediante o uso de preservativo. Esse método é de resposta rápida e permite o rastreamento de evidências de abuso sexual³⁸.

As manchas de sêmen deixadas no corpo ou nas vestes da vítima podem ser analisadas para orientar a investigação criminal de forma mais consistente. A literatura médica descreve métodos de investigações quanto aos resultados aqueles de probabilidade ou de certeza. Dentre os primeiros, são citadas as provas cristalográficas (Florence, Bacchi e Barbério), a lâmpada de Wood (positividade até 72 horas após o evento) e a dosagem de fosfatase ácida. Por outro lado, os sinais considerados de certeza são os obtidos pelo soro antiesperma, a dosagem de PSA (especial importância quando o agressor é vasectomizado), a coloração de Christmas Tree para espermatozoide (hematoxilina-eosina) e a prova de Corin-Stockis³⁹.

Um relato de caso demonstrou o uso da coloração de Baecchi específica para células espermáticas como forma de detecção da presença de espermatozoides após a limpeza a seco¹⁸, o que se provou interessante método auxiliar para ampliação das investigações. A reação de Baecchi, devido à fucsina ácida e ao azul de metileno, cora a cabeça do espermatozoide de vermelho e a cauda de azul⁴⁰.

Importância do exame de lesão corporal – contusões em regiões genitais

Os traumas contusos da região perineal, devido à queda (impacto da região contra uma superfície relacionada ao peso do corpo da vítima), podem ser suspeitas de violência e sempre é uma preocupação para a equipe médica. Para Dowd et al. (1994), as crianças com idade inferior a nove anos que apresentam lesão perianal, himenal ou vaginal devem ser investigadas para afastar causa de abuso sexual, devendo-se ter especial atenção à falta de correlação entre a história e os achados⁴¹.

Estudo avaliou 358 meninas menores de 16 anos com história de traumatismo contuso perineal. A maioria das causas decorreu de acidente de trânsito em todas as faixas etárias; as quedas de bicicletas acometeram crianças menores de nove anos de forma mais prevalente; enquanto nas menores de quatro anos, os traumas por violência despontaram como os principais. Os autores do estudo concluíram que a presença de contusão perineal em menores de quatro anos deve sempre levantar a suspeita de maus-tratos⁴².

Lesões genitais produzidas em coitos consensuais versus não consensuais

Estudo australiano avaliou 1.223 mulheres, das quais 948 relataram penetração vaginal completa; 40, tentativa de penetração; e 235 não tinham certeza de que houve penetração ou a coleta de material não procedeu. Das 948 vítimas, em 24,5% a lesão vaginal estava presente; essa porcentagem passou para 52,1% no subgrupo de mulheres sem história prévia de relação sexual consensual. A lesão anal foi confirmada em 27% (174/463) das mulheres que informaram a penetração anal completa⁴³.

Escala de gravidade de lesões genitais

O exame sexológico pode fornecer elementos de fundamental importância para a determinação da violência sexual; entretanto, a ausência de elementos físicos da violência pode levar à contestação legal da veracidade do fato.

A prevalência de achados genitais em pessoas submetidas à violência sexual pela aplicação simples da propedêutica desarmada, sem a utilização de métodos adjuvantes, variou entre 6% e 53%, conforme levantamento realizado por Larkin et al. (2012)⁴⁴.

Em setembro de 2004, o Departamento de Justiça Americano publicou o protocolo nacional de orientação para exame médico forense de vítimas de violência sexual (*National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents*), que aborda de maneira ampla as análises necessárias na tentativa de padronizar o método de exame⁴⁵.

As lesões mais frequentemente observadas foram

abrasões, equimoses, lacerações, hiperemia e edema. A complementação do exame clínico pode ser com a colposcopia, sempre que possível, e o uso de azul de metileno para os casos de lesões genitais e perigenitais recentes, como sugerido pelo Departamento de Justiça Americano.

Embora os achados clínicos tenham grande importância em processos confirmatórios de violência, eles podem ser rebatidos pelos agressores, pois também estão presentes em relações consensuais. Exame clínico realizado em voluntárias que haviam mantido relação sexual consentida recente (entre 6 e 48 horas) mostrou que a positividade de lesões variou de 5% a 55%⁴⁶. A série que mostrou menor porcentagem (5%), os exames foram realizados 48 horas após o ato sexual e mostrou laceração tecidual com a aplicação do corante azul de toluidina⁴⁷; a série que mostrou a maior taxa (55%), o exame foi realizado 24 horas após o coito e evidenciou laceração, equimose, escoriação, hiperemia e edema⁴⁸.

Em 2012, Larkin et al. propuseram uma escala de gravidade de lesão genital baseada nas características dos achados clínicos: (1) edema; (2) mudança de coloração; (3) lesão tecidual nos pequenos lábios ou fúrcula posterior; (4) lesão himenal; e (5) captação do azul de toluidina⁴⁴. Com base em classificações de gravidades, foram estabelecidos: tipos 1 e 2 (classe A – nenhuma ou lesão leve), refletindo nenhuma ou discreta rotura da integridade tecidual genital; tipo 3, 4 e 5 (Classe B – lesão grave), presença de edema, mudança de coloração, rotura tecidual e específica absorção de azul de metileno. A conclusão do estudo mostrou que nos coitos consensuais, embora apresentem lesões, a gravidade é significativamente menor em comparação ao ato violento.

CONCLUSÃO

A identificação da vítima de violência sexual é uma das tarefas médicas mais complexa. Sinais ou sintomas sugestivos de violência nem sempre são claros, trazendo dúvidas diagnósticas relevantes. A história clínica detalhada e a análise da evolução comportamental de uma criança podem fornecer elementos suspeitos, mas a materialidade do fato não é simples, pois os vestígios são efêmeros ou os atos violentos não deixam suas marcas, como é visto nos atos libidinosos. A prontidão de revelação do crime é o fator crucial para a obtenção da prova material do abuso. Novas técnicas estão sendo aplicadas para ampliar a capacidade de isolamento e de identificação de material biológico do agressor deixado na vítima, mas a atitude mais importante neste contexto é identificar situações incipientes de relações violentas, com medidas educacionais e a quebra de estigma e preconceito com finalidade de evitar, predominantemente, a recorrência dos abusos.

Miziara CSMG, Oliveira BMS, Silva NO, Frederico MM, Paula LF, Gabriel JC, Miziara ID. Advances in the diagnosis of sexual violence: forensic aspects. *Saúde, Ética Justiça* (Online). 2022;27(2):84-92.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Sexual violence is a public health issue that is likely underreported in health services due to failure in identifying victims and in performing the compulsory notification to the health system and police authority. The data concerning this topic varies according to the age and gender of victims. OBJECTIVE: To present the main criminological identification techniques for victims of sexual violence and their adaptations according to age group and gender. METHOD: Narrative review of the literature in the PubMed database with the descriptors “Sexual Violence; Forensic Medicine, Expert Evidence”, with no search time limit. Articles in Portuguese, English or Spanish were included and obtained in full. RESULTS and DISCUSSION: The identification of sexual abuse in children varies according to multiple factors (age, sex, modus operandi of the aggressor, etc.). Many sexual crimes do not leave physical traces on the victims, or leave traces that require perfected techniques for analysis. Conventional medico-legal practice is not always able to offer irrefutable technical proof to the court. Advances in the identification of the aggressor through biological material left on the victim have shown promising results, many of which are still inaccessible in our practice. The applicability of new methods must be discussed so they may be included in forensic medical-expert routine. CONCLUSION: Tests for the criminological identification of victims make it possible to offer security and comfort even in cases of delayed disclosure and to establish protective measures and thus reduce abuse recurrence.

KEYWORDS: Sexual Violence; Forensic Medicine; Expert Testimony.

REFERÊNCIAS

1. World Medical Association. WMA statement and violence and health [Internet]. Ferney-Voltaire, France; 2019. [Acesso em 2023 fev. 07]. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-violence-and-health/#:~:text=Violence%20is%20defined%20as%20%E2%80%9Cthe%20>
2. World Health Organization. World Health Organization Violence Prevention Unit: Approach, objectives and activities, 2022-2026 [Internet]. Geneva, Switzerland; 2022. [Acesso em 2023 jan. 04]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention>
3. Quigg Z, Butler N, Passmore J, Yon Y, Nihlén Å, authors. Violence, health and sustainable development. Factsheet - Sustainable Development Goals: health targets [Internet]. Copenhagen, Denmark: WHO-Europe; 2020. [Acesso em 2023 fev.07]. Disponível em: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2020-2368-42123-58045>
4. Organização Pan-Americana de Saúde. Violência contra as mulheres [Internet]. [Acesso em 2021 dez. 04]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>
5. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº. 12.015, de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores [Internet]. Brasília, DF; 2009. [Acesso em 2023 fev. 08]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm
6. Hegarty K, Tarzia L. Identification and management of domestic and sexual violence in primary care in the #MeToo Era: an update. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(12):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0991-6>
7. Fornari LF, Sakata-So KN, Egry EY, da Fonseca RMGS. Gender and generation perspectives in the narratives of sexually abused women in childhood. *Rev Latino-Am Enferm*. 2018;26:e3078. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2771.3078>
8. Moylan CA, Javorka M. Widening the lens: an ecological review of campus sexual assault. *Trauma Violence Abuse*. 2020;21(1):179-92. DOI: <https://doi.org/10.1177/1524838018756121>
9. Moylan CA, Javorka M, Maas MK, Meier E, McCauley HL. Campus sexual assault climate: toward an expanded definition and improved assessment. *Psychol Violence*. 2021;11(3):296-306. DOI: <https://doi.org/10.1037/vio0000382>
10. Tharp AT, DeGue S, Valle LA, Brookmeyer KA, Massetti GM, Matjasko JL. A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2012;14(2):133-67. DOI: <https://doi.org/10.1177/1524838012470031>
11. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*. 1988;15(4):351-77. DOI: <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
12. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
13. Melkman EP, Herszkowitz I, Zur R. Credibility assessment in child sexual abuse investigations: a descriptive analysis. *Child Abuse Negl*. 2017;67:76-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.027>
14. McNeish D, Scott S. Key messages from research on intra-

- familial child sexual abuse [Internet]. Ilford, London; 2018. [Acesso em 2023 abr. 28]. Disponível em: <https://www.csacentre.org.uk/resources/key-messages/intra-familial-csa/>
15. Wagner NM. Understanding children's non-disclosure of child sexual assault: implications for assisting parents and teachers to become effective guardians. *Safer Communities*. 2015;14(1):16-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/SC-03-2015-0009>
16. McElvaney R. Disclosure of child sexual abuse: delays, non-disclosure and partial disclosure. What the research tells us and implications for practice. *Child Abuse Rev*. 2015;24(3):159-69. DOI: <https://doi.org/10.1002/car.2280>
17. Hassan M, Killion C, Lewin L, Totten V, Gay F. Gender-related sexual abuse experiences reported by children who were examined in an emergency department. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015;29(3):148-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.01.006>
18. Switzer JA, Michienzi AE. Elder abuse: an update on prevalence, identification, and reporting for the orthopaedic surgeon. *J Am Acad Orthop Surg*. 2012;20(12):788-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.5435/JAAOS-20-12-788>
19. Pan American Health Organization. Violence against children [Internet]. Washington, D.C.; 2020. [Acesso em 2023 fev. 08]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/violence-against-children>
20. Mignot S, Xavier F, Loreal M, Binder P, Rox MT, Gicquel L, et al. Identifying teenage sexual abuse victims by questions on their daily lives. *Child Abuse Negl*. 2018;85:127-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.027>
21. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
22. World Health Organization. Violence Against children [Internet]. [Acesso em 2023 abr. 02]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab_1
23. World Health Organization. Regional Office for Europe. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach [Internet]. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2018. [Acesso em 2023 abr. 16]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329686>
24. Conselho da Europa. Convenção do Conselho da Europa para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e a violência doméstica [Internet]. Istambul; 2011. [Acesso em 2023 abr. 16]. Disponível em: <https://rm.coe.int/1680685fcb>
25. Rape, Abuse & Incest National Network. Sexual assault of men and boys [Internet]. [Acesso em 2023 fev. 08]. Disponível em: <https://www.rainn.org/articles/sexual-assault-men-and-boys>
26. Merdian HL, Thakker J, Wilson N, Boer D. Assessing the internal structure of the COPINE scale. *Psychol Crime Law*. 2013;19(1):21-34. DOI: <https://hdl.handle.net/10289/5724>
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
28. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th revision: The global standard for diagnostic health information [Internet]. [Acesso em 2023 abr.17]. Disponível em: <https://icd.who.int/en>
29. Oronowicz-Jaśkowiak W. The application of neural networks in the work of forensic experts in child abuse cases. *Adv Psychiatry Neurol*. 2019;28(4):273-82. DOI: <https://doi.org/10.5114/ppn.2019.92489>
30. Oronowicz-Jaśkowiak W, Lew-Starowicz M. Modified stroop test in psychological diagnosis of pedophilia. A systematic review. *Adv Psychiatry Neurol*. 2019;28(1):42-53. DOI: <https://doi.org/10.5114/ppn.2019.84355>
31. Duncan MW, Thompson HS. Proteomics of semen and its constituents. *Proteomics Clin Appl*. 2007;1(8):861-75. DOI: <https://doi.org/10.1002/prca.200700228>
32. Sato I, Barni F, Yoshiike M, Rapone C, Berti A, Nakaki S, et al. Applicability of Nanotrap SG as a semen detection kit before male-specific profiling in sexual assaults. *Int J Legal Med*. 2007;121:315-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00414-006-0084-z>
33. Nelson DG, Santucci KA. An alternate light source to detect semen. *Acad Emerg Med*. 2002;9(10):1045-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2002.tb02139.x>
34. Hirachan N. Use of toluidine blue dye in detection of anogenital injuries in consensual sexual intercourse. *J Forensic Leg Med*. 2019;64:14-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2019.02.006>
35. de Jong AR. Tests used to analyze forensic evidence in cases of child sexual abuse and assault. In: Jenny C, editor. *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence*. Canada: Saunders; 2010. p.112-7.
36. Burnier C, Massonnet G. Pre-analytical considerations of condom traces: a review of composition, background, transfer and persistence. *Forensic Sci Int*. 2019;302:109861. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2019.06.019>
37. Thomas SAL, Andersen N, Maric M, Bridge C. Implementing Raman Spectroscopy as a tool to characterize sexual lubricants. *Forensic Chem*. 2021;24:100329. www.sciencedirect.com/journal/forensic-chemistry
38. Pronia G, Cohenb P, Hugginsa LA, Nesna N. Comparative analysis of condom lubricants on pre & post-coital vaginal swabs using AccuTOF-DART. *Forensic Sci Int*. 2017;280:87-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2017.09.005>
39. Raymundo M. Uma análise sobre a problemática da produção da prova pericial nos processos envolvendo crimes sexuais [monografia] [Internet]. Porto Alegre: Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019. [Acesso em 2023 abr. 02]. Disponível em: <https://>

lume.ufrgs.br/handle/10183/221380

40. Ogawa H, Hiroshige Y, Yoshimoto T, Ishii A, Yamamoto T. STR genotyping from a dry-cleaned skirt in a sexual assault case. *J Forensic Sci.* 2018;63(4):1291-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1556-4029.13698>
41. Dowd MD, Fitzmaurice L, Knapp JF, Mooney D. The interpretation of urogenital findings in children with straddle injuries. *J Pediatr Surg.* 1994;29(1):7-10. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3468\(94\)90513-4](https://doi.org/10.1016/0022-3468(94)90513-4)
42. Scheidler MG, Shultz BL, Schall L, Ford HR. Mechanisms of blunt perineal injury in female pediatric patients. *J Pediatr Surg.* 2000;35(9):1317-9. DOI: <https://doi.org/10.1053/jpsu.2000.9315>
43. Zilkens RR, Smith DA, Phillips MA, Mukhtar SA, Semmens JB, Kelly MC. Genital and anal injuries: a crosssectional Australian study of 1266 women alleging recent sexual assault. *Forensic Sci Int.* 2017;275:195-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2017.03.013>
44. Larkin HL, Cosby CD, Kelly D, Paolinett LA. A pilot study to test the differential validity of a genital injury severity scale, in development for use in forensic sexual assault examinations. *J Forensic Nurs.* 2012;8(1):30-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-3938.2011.01124.x>
45. U.S. Department of Justice. Office on Violence Against Women. A national protocol for sexual assault medical forensic examinations: adults/adolescents [Internet]. 2004.. Washington, D.C.; 2004. [Acesso em 2023 abr. 02]. Disponível em: <https://www.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh241/files/media/document/206554.pdf>
46. Anderson S, McClain N, Riviello RJ. Genital findings of women after consensual and nonconsensual intercourse. *J Forensic Nurs.* 2006;2(2):59-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-3938.2006.tb00060.x>
47. Lauber AA, Souma ML. Use of toluidine blue for documentation of traumatic intercourse. *Obstet Gynecol.* 1982;60(5):644-8.
48. Sommers MS, Zink TM, Fargo JD, Baker RB, Buschur C, Shambley-Ebron DZ, Fisher BS. Forensic sexual assault examination and genital injury: is skin color a source of health disparity. *Am J Emerg Med.* 2008;26(8):857-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2007.11.025>

Recebido em: 30/11/2022

Aprovado em: 16/12/2022