

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

Caracterização do Incesto Paternal no Norte de Portugal

Mestrado Integrado em Medicina
Ano Lectivo 2009/2010

Dissertação
Artigo de Investigação Médica

Vânia Sofia da Silva Gomes

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

Caracterização do Incesto Paternal no Norte de Portugal

Characterization of Paternal Incest in the North of Portugal

Vânia Sofia da Silva Gomes ^a

Orientador: Prof. Doutora Teresa Magalhães ^b

Co-orientador: Mestre Francisco Taveira ^b

^a Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal

Endereço electrónico: lmed03133@icbas.up.pt

^b Instituto Nacional de Medicina Legal, Delegação do Norte, Porto, Portugal

RESUMO

O incesto paternal constitui a forma mais comum de incesto. Várias das suas características foram estudadas na literatura estrangeira, pretendendo-se com o presente trabalho contribuir para uma melhor caracterização dos determinantes do incesto paternal no Norte de Portugal.

Foi efectuado um estudo retrospectivo com base na análise dos relatórios periciais (e respectivas decisões judiciais) relativos a casos de suspeita de incesto paternal em menores de 18 anos (n=215), observados na Delegação e Gabinetes Médico-Legais do Norte, do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., entre 2003 e 2008.

Os casos correspondem a 13.3% do total de crimes sexuais contra crianças, verificando-se que: (1) a maioria das vítimas era do sexo feminino; (2) com baixa idade; (3) o abuso iniciou-se numa idade precoce; (4) com longa duração e elevada frequência; (5) ocorreu num contexto familiar instável; (6) foi supostamente perpetrado por abusadores com antecedentes de comportamentos desviantes, designadamente de crimes sexuais contra crianças; (7) as práticas sexuais foram fisicamente menos intrusivas que nos casos extra-familiares; (8) mas implicaram maior violência emocional; (9) existiu um elevado atraso entre o último suposto abuso e o exame médico-legal; (10) e, portanto, houve ausência frequente de vestígios físicos e biológicos.

Estas características do incesto são susceptíveis de exacerbar as consequências psicossociais do abuso e de atrasar a sua detecção e sinalização. Discute-se, ainda, a actuação dos profissionais de saúde a nível hospitalar e as conclusões judiciais que em 22.8% destes casos foi possível obter.

ABSTRACT

Paternal incest is the most common form of incest. Several of its characteristics were studied in foreign literature. The aim of this work is to contribute to a better characterization of the determinants of paternal incest in the North of Portugal.

A retrospective study was performed based on the analysis of medico-legal reports (and their legal outcomes) related to suspected cases of paternal incest in children under 18 years ($n = 215$), observed in the North Branch and North Offices of the National Institute of Legal Medicine, between 2003 and 2008.

The cases represent 13.3% of all sexual crimes against children, noting that: (1) the majority of victims were female; (2) with low age; (3) the abuse started at an early age; (4) with reiteration and high frequency; (5) it occurred in an unstable family environment; (6) it was allegedly perpetrated by abusers with a history of deviant behaviors, including sexual crimes against children; (7) sexual practices were less physically intrusive than in extra-familial cases; (8) but entailed greater emotional violence; (9) with a large delay between the last alleged abuse and the medico-legal examination; (10) and consequently, the frequent absence of physical and biological signs.

These characteristics of incest are likely to exacerbate the psychosocial consequences of the abuse and may delay its detection and report. The actions of health professionals in their workplace and the legal outcomes that were obtained in 22.8% of the cases are also discussed.

PALAVRAS-CHAVE

Incesto paternal, abuso sexual, exame médico-legal

KEYWORDS

Paternal incest, sexual abuse, medico-legal examination

INTRODUÇÃO

O abuso sexual de crianças e jovens consiste no seu envolvimento em práticas que visam a gratificação sexual do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou autoridade sobre aqueles¹. Este abuso pode ser intra ou extra-familiar. Dentro dos casos intra-familiares o incesto assume particular importância clínica, social e legal.

No sentido restrito, o incesto define-se pela ocorrência de abuso sexual com familiares de sangue. Trata-se de um fenómeno transcultural, que atinge crianças de ambos os sexos, mas o tabu universal que rodeia esta prática dificulta o conhecimento da sua real prevalência^{2,3}. Vários estudos apontam para uma prevalência de 35 a 75% entre os casos de suposto abuso sexual de crianças e jovens^{4,5}. O incesto paternal é a forma mais comum dos incestos (45% do abuso intra-familiar)⁴, sendo o abuso pai-filha o mais frequente^{2,6}.

No incesto paternal verifica-se uma importante quebra de confiança e perda de segurança no lar, constituindo tais factos uma ameaça profunda para o bem-estar e desenvolvimento da criança. As consequências a curto, médio e longo-prazo, nas perspectivas cognitiva, afectiva, comportamental e psiquiátrica são múltiplas e devastadoras.

A conjugação de várias características individuais da vítima (e.g., sexo, idade, nível de desenvolvimento), do abusador (e.g., comportamentos desviantes, experiências de vida), e de certos factores de ordem contextual familiar e social, pode funcionar como sinal de alertar para a possibilidade de se verificar o incesto paternal.^{4,5} O pai abusador manifesta, frequentemente, problemas nas relações interpessoais, alcoolismo ou toxicodependência, bem como antecedentes de ter sido abusado na infância; uma família desestruturada com relações disfuncionais está presente na maioria dos casos^{7,8}.

O fácil acesso do pai à criança ou jovem, a ocultação dos actos por ocorrerem no domicílio e o recurso a ameaças (verbais e físicas) que visam impedir a criança indefesa de revelar o abuso, permitem que este ocorra de forma continuada, ao longo de anos^{5,9}. Neste contexto, as práticas sexuais são fisicamente menos intrusivas e menos violentas, tendo como objectivo não causar lesões importantes, mas são particularmente intrusivas do ponto de vista emocional. Consequentemente, a perícia médico-legal não detecta sinais físicos, nem vestígios do abuso sexual, em 54 a 67% dos casos^{4,5,10}. Apesar disso, vários estudos têm revelado que a demonstração da existência de vestígios, na perícia médico-legal, está fortemente relacionada com a iniciativa procedimental penal e com a decisão judicial¹¹. Assim, é essencial tomar medidas eficazes de preservação dos relatos das crianças abusadas, bem como medidas quanto à sua colheita correcta e atempada, com valor de prova, já que, na maioria dos casos, estes constituirão a única prova do evento abusivo^{4,5}.

Face ao supra evidenciado, pretende-se, com o presente trabalho promover uma cada vez melhor e mais precoce detecção destes casos, através da caracterização dos determinantes do incesto paternal no Norte de Portugal.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo baseado na análise de relatórios periciais, relativos a casos de suspeita de abuso sexual em indivíduos entre os 0 e os 18 anos de idade, supostamente perpetrados pelo pai, cujas alegadas vítimas foram observadas na Delegação e Gabinetes Médico-Legais do Norte, do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML), entre 2003 e 2008 (n=215). Para tal, foi usada uma ficha de recolha

de dados construída para o efeito, a qual foi aplicada sempre pela mesma investigadora após treino prévio naquela Delegação. Para a análise do desenvolvimento judicial dos casos, foi solicitada cópia das decisões judiciais ou outros elementos disponíveis aos respectivos Tribunais Judiciais.

Foram analisadas as informações relativas à suposta vítima, contexto familiar, alegado abusador, alegado abuso, perícia médico-legal e perícia psicológica forense. Considerou-se que o incesto paternal era perpetrado unicamente pelo pai biológico, excluindo casos de abuso sexual cometido por padrasto ou namorado da mãe. Para os casos que envolveram múltiplas práticas sexuais abusivas, considerou-se apenas a fisicamente mais intrusiva.

A elaboração da base de dados foi realizada no programa informático *Excel* 2007 e a análise estatística foi efectuada no SPSS 17 para *Windows*. Utilizou-se o teste Qui-quadrado nas comparações de variáveis categóricas para verificar a dependência e a existência de relação entre as variáveis. Nas variáveis do tipo numérico, realizou-se o teste *t-student*. Considerou-se um nível de significância de 0.05 para os dois tipos de variáveis.

RESULTADOS

Os casos seleccionados correspondem a 13.3% do total de casos de suspeita de abuso sexual de crianças observados nos serviços médico-legais do Norte de Portugal durante o período de tempo em análise. Mais de metade dos casos (n=117; 54.4%) foram submetidos a perícia na Delegação (área do Grande Porto). Os tribunais e as entidades policiais solicitaram a maioria das perícias (38.1% e 35.8%, respectivamente).

1. Caracterização da suposta vítima

A maioria das supostas vítimas era do sexo feminino (n=177; 82.3%). A idade média, em ambos os sexos, foi de 7.9 anos (mín=0.4; máx=17.9; desvio padrão=4.2), não se verificando diferenças significativas relacionadas com o sexo (idade média de 7.8 e 7.9 anos nos indivíduos do sexo masculino e feminino, respectivamente – Teste de *Mann-Whitney*). Também não se verificaram diferenças significativas entre a distribuição por sexos ao longo do período de tempo em análise.

No que diz respeito à actividade ocupacional, a maioria era estudante (n=112; 52.1%) ou não exercia ainda nenhuma actividade (n=100; 46.5%), mas um pequeno número de indivíduos (n=3; 1.4%) já tinha uma vida profissional activa (um deles com 14 anos de idade).

Havia história de actividade sexual prévia ao caso em análise em 4 indivíduos (2%); em 3, a actividade sexual foi “consentida” (raparigas com 13, 14 e 17 anos de idade), e numa única rapariga de 13 anos esta ocorreu noutro contexto de abuso sexual perpetrado por um primo.

De entre os casos com informação acerca dos antecedentes patológicos (n=192; 89.3%), identificaram-se 15 crianças (7.8%) com história de *handicap* mental, variando este de atraso mental ligeiro a paralisia cerebral (duas meninas com 3 e 4 anos de idade), autismo (menina com 10 anos de idade) e trissomia 15 (menina com 9 anos de idade). Não foram identificados comportamentos desviantes relacionados com álcool, drogas de abuso, delinquência ou prostituição.

2. Caracterização do contexto familiar

Na maior parte dos casos a família da vítima era nuclear (46.5%) e monoparental materna (32.6%), tendo a criança contacto com o pai em visitas, geralmente aos fins de semana (Tabela I).

Havia história passada ou presente de violência doméstica (VD) perpetrada pelo pai contra a sua mulher e/ou filhos em 30.3% dos casos, sendo que 22.4% das vítimas aqui em estudo eram sujeitas a abuso físico e psicológico com regularidade (Tabela I). Nos casos em que havia simultaneamente VD, o período de duração do incesto foi menor do que naqueles em que esta não se verificava (14.1 e 27.8 meses em média, respectivamente - $p=0.047$). Não se identificaram diferenças estatisticamente significativas na revelação do abuso por parte da vítima nestas famílias ($p=0.461$) – para esta análise retiraram-se as crianças com menos de 2 anos.

Tabela I – Caracterização do contexto familiar (n=215)

		n	%
Família	Nuclear	100	46.5
	Monoparental – Mãe	70	32.6
	Monoparental – Pai	12	5.6
	Alargada	11	5.1
	Institucionalizada	7	3.2
	Sem informação	15	7.0
Violência doméstica	Nenhuma	150	69.7
	Mulher e filhos	47	21.9
	Mulher unicamente	17	7.9
	Filhos unicamente	1	0.5

No que diz respeito à existência de fratria, não havia informação em 36 dos casos (16.7%). Nos restantes, 64.8% (n=116) tinha 1 ou mais irmãos; destes, em 39.6% (n=46), existia igualmente a suspeita de abuso sexual dos irmãos, pelo pai.

Após a sinalização do suposto abuso, 21 crianças (9.8%) foram retiradas do núcleo familiar e institucionalizadas.

3. Caracterização do alegado abusador

Em 19 casos (8.9%) existia mais do que um alegado abusador o qual, na maioria das vezes, era outro familiar próximo (tio, irmão ou avó).

Relativamente à idade, não foi possível obter informação num grande número de casos (n=126; 58.6%). Dos restantes 89, mais de metade (57.3%) teria entre 31 a 40 anos, sendo a idade média de 38.1 anos (Tabela II).

Existiria história de consumo abusivo de álcool ou de drogas de abuso em 20% dos casos e história de comportamentos delinquentes em 2.4%, tendo 2 destes indivíduos sido condenados a penas de prisão por furto e um por homicídio da cónjuge, no passado. Existiria, ainda, história prévia de crimes sexuais contra crianças em 23.3% dos alegados abusadores, na maioria das vezes filhos ou sobrinhos (Tabela II). Não se encontrou maior tendência para VD nos indivíduos com eventuais comportamentos desviantes ($p=0.218$).

Haveria história de antecedentes psiquiátricos em 4.7% (n=10) dos supostos abusadores (patologia psiquiátrica não especificada, esquizofrenia e doença bipolar, em frequência decrescente, respectivamente).

Em metade dos casos (n=108; 50.2%), não foi possível obter informação acerca da actividade profissional. Dos restantes, 77.6% (n=83) exerciam uma actividade profissional, sendo o sector secundário (indústria e construção) a área de maior empregabilidade (n=54; 50.5%).

Tabela II – Caracterização do abusador (n=215)

Idade (anos)	Média	38.07	
	Mínimo	22.0	
	Máximo	60.0	
	Desvio padrão	7.58	
Comportamentos desviantes prévios		n	%
	Abusos sexuais	50	23.3
	Alcoolismo	37	17.2
	Toxicodependência	6	2.8
	Delinquência	5	2.4
	Nenhum	92	42.7
	Sem informação	25	11.6

4. Caracterização do alegado abuso

Em 28 casos (13%), as crianças negaram o abuso sexual e não o descreveram, tendo o exame médico-legal sido efectuado com base na suspeição e em relatos de terceiros. Em muitos outros casos a informação prestada pela vítima ou seu acompanhante sobre o abuso foi escassa ou mesmo nula.

Na maioria dos casos descritos, o abuso sexual foi continuado ao longo do tempo (34.9%), tendo sido referida uma periodicidade regular (uma vez por semana ou mais) em 20.5% (Tabela III). Apenas em 75.3% foi possível recolher informação acerca da idade de início e de fim do incesto, sendo que à data da primeira ocorrência, 61.7%

destes tinha entre 1 a 5 anos de idade (Gráfico 1). Em média, o abuso ocorreu ao longo de 18.4 meses (mín=1; máx=77; desvio padrão=19.8). Não se verificaram diferenças entre os sexos para este item.

Em 59.1% dos casos, o incesto teve lugar em casa da vítima e/ou do abusador e unicamente em 6.1% este ocorreu fora de casa (Tabela III).

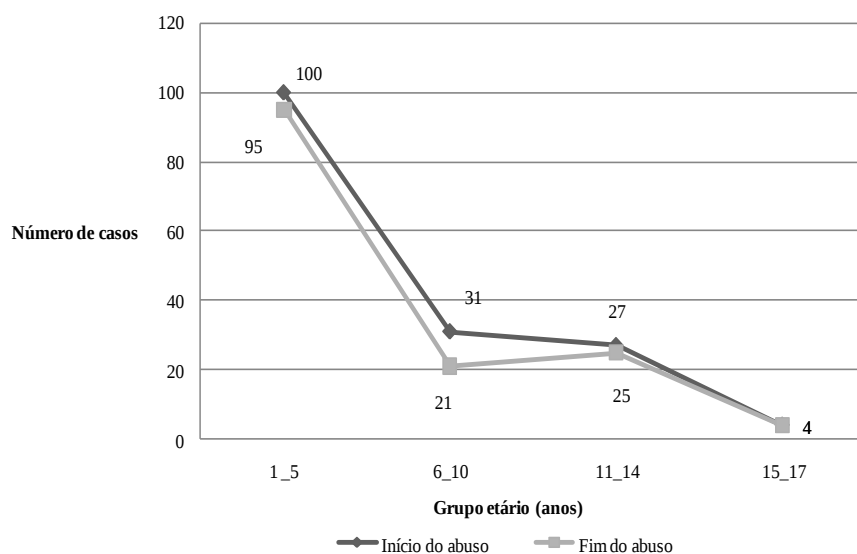
O abuso sexual consistiu, mais frequentemente, em carícias sexualmente explícitas (33.5%) - o que inclui o contacto entre corpos e órgãos sexuais, sem tentativa de penetração -, seguido de penetração vaginal e/ou anal (20.4%) e de tentativa de penetração vaginal, anal ou oral (9.8%) (Tabela III). O tipo de práticas tornaram-se fisicamente mais intrusivas à medida que a idade da criança aumentou ($p<0.001$).

Em 63.3% dos casos não foi possível obter informação acerca das circunstâncias do abuso. Contudo, identificou-se que houve recurso a ameaças verbais de violência física e/ou morte, violência física e ameaças com armas em 59.5% dos restantes casos. Em 10.7% dos casos a vítima foi aliciada com guloseimas, brinquedos ou promessas de afecto e em 17.7% o abuso foi perpetrado durante o sono ou o banho. A duas crianças do sexo masculino, de 7 e 8 anos de idade, o abusador terá aparentemente administrado álcool e sedativos, respectivamente, para facilitar o abuso - não foi realizado estudo toxicológico a estas vítimas devido ao intervalo de tempo longo desde o episódio de abuso sexual (8 e 52 dias, respectivamente) (Tabela III).

Tabela III – Caracterização do alegado abuso (n=215)

		n	%
Frequência	Uma vez	34	15.8
	Regularmente	44	20.5
	Esporadicamente	31	14.4
	Sem informação	106	49.3
Local	Casa	127	59.1
	Local ermo	3	1.4
	Outros	10	4.7
	Sem informação	75	34.8
Tipo de abuso	Carícias/Contacto	72	33.5
	Tentativa de penetração	21	9.8
	Penetração vaginal	20	9.3
	Penetração anal	13	6.0
	Penetração vaginal e anal	11	5.1
	Exibicionismo	5	2.3
	Sem informação	73	34.0
Circunstâncias do abuso	Ameaças verbais	25	11.6
	Violência física	20	9.3
	Ameaças com armas	2	0.9
	Aliciamento	10	4.7
	“Consentimento” da vítima	6	2.8
	Outro	16	7.4
	Sem informação	136	63.3

Gráfico 1 – Início e fim do abuso por grupo etário (n=162)



Exceptuando os 78 casos (36.3%) sem informação, verificou-se que em 75 (54.7%) o pénis foi usado como “instrumento” de abuso, isoladamente ou em conjunto com os dedos e/ou a boca. Em 56 casos (40.9%) foram usados unicamente os dedos e/ou a boca. Em 6 (4.4%) houve recurso a objectos: duas irmãs com 3 e 5 anos de idade, descreveram penetração vaginal com uma pilha, um jovem de 12 anos descreveu penetração anal com um pau, e uma criança de 4 anos disse ter sido picada com agulhas de cozer na vulva.

Em 40% dos casos, a primeira suspeita da ocorrência de incesto foi levantada pela mãe da criança, seguindo-se o professor/educador (9.3%) e a avó (7.9%) (Tabela IV).

Em 113 dos 181 casos com informação (62.4%), a criança revelou o abuso espontaneamente ou após ter sido questionada directamente sobre a sua ocorrência. Não se verificou existir uma relação significativa entre a idade ($p=0.150$), o tipo de família ($p=0.712$) e a revelação. A mãe foi a primeira pessoa a quem o abuso foi revelado (47.2%), seguindo-se a avó (12.9%) e o professor/educador (12%).

Na base da suspeição estiveram vários factos (Tabela IV). Relativamente às alterações do comportamento, 7.4% apresentavam um comportamento sexualizado, como masturbação em público com objectos e uso de linguagem do foro sexual considerada imprópria para a idade. Os sinais e sintomas mais frequentemente referidos foram o eritema genital/anal e dor genital/anal ou abdominal, respectivamente. Noutros casos, a suspeita de incesto foi levantada por se tratar de uma família desestruturada e socialmente problemática. Entre os 101 menores escolarizados, 19.8% apresentavam insucesso escolar.

Na maioria dos casos com informação relativa à denúncia do incesto ($n=147$; 68.4%), esta foi efectuada pela mãe ($n=80$; 54.4%). As unidades de cuidados de saúde

(Hospital/Centro de Saúde) foram o principal local da primeira sinalização (n=62; 42.2%), seguidas pelas entidades policiais (n=38; 25.9%) e pelas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (n=31; 21.1%); apenas 6 casos (4.1%) foram primeiramente sinalizados ao INML.

Tabela IV – Caracterização da revelação do suposto abuso (n=215)

		n	%
Suspeição do abuso	Mãe	86	40.0
	Avó	17	7.9
	Outros familiares	16	7.4
	Professor/Educador	20	9.3
	Profissionais de saúde	9	4.2
	Conhecidos	17	7.9
	Sem informação	50	23.3
Base da suspeição	Sinais físicos/biológicos	50	23.3
	Alterações do comportamento	39	18.1
	Sintomas	31	14.4
	Testemunho do abuso	8	3.7
	Outra	51	23.7
	Sem informação	36	16.8

Em 36.7% dos casos (n=79), a vítima teve atendimento hospitalar na sequência da suspeita, mas em apenas 50.6% (n=40) foi efectuado contacto imediato com os serviços médico-legais. No hospital foram realizadas diversas intervenções sem apoio médico-legal, entre as quais: (1) exame físico geral e exame sexual (n=22; 27.8%); (2) exame físico geral sem exame sexual (n=13; 16.5%); (3) entrevista (n=10; 12.7%); (4) colheita de vestígios biológicos (n=3; 3.8%). Procedeu-se ao internamento hospitalar de 9 crianças (11.4%) para protecção. Verificou-se existir uma associação significativa ($p<0.001$) entre a idade da vítima e a ida ao hospital, sendo que as crianças mais novas são as que mais vezes vão ao hospital.

5. Caracterização dos resultados do exame médico-legal

O exame médico-legal foi realizado menos de 72 horas após o último abuso em apenas 16.7% dos casos (Tabela V). A média do intervalo de tempo entre o último suposto episódio de abuso e a perícia foi de 133.1 dias (mín=0; máx=2117; desvio padrão=300.2)

O exame médico-legal não identificou lesões em 60.9% dos casos (Tabela V). A presença de lesões correlacionou-se com o sexo ($p=0.049$), sendo estas mais frequentes no sexo feminino, mas não com a idade ($p=0.419$).

Identificaram-se equimoses e escoriações de carácter recente em várias regiões da superfície corporal em 10 vítimas (4.7%) e num caso havia um hematoma labial pronunciado.

Foram detectadas lesões nos genitais externos em 25.6% dos casos ($n=55$), sendo todas elas em crianças do sexo feminino. As lesões observadas foram: (1) lacerações do hímen cicatrizadas ($n=18$; 32.7%) às 3h, 4h, 6h e 9h do esquema do mostrador do relógio, sugerindo a ocorrência de penetração vaginal não recente; (2) lacerações himenais ($n=2$), escoriações recentes nos grandes e pequenos lábios ou comissura posterior ($n=2$) e eritema vulvar ou da mucosa genital nos restantes ($n=33$). O hímen era permeável em 9% dos casos ($n=16$).

Na região ano-rectal, em 17 casos (7.9%) identificaram-se lesões sugestivas de práticas sexuais; 4 eram de carácter não recente (cicatriz, proclividade da margem anal ou diminuição da tonicidade esfíncteriana) e as restantes 13 eram agudas (fissura, equimose, escoriação ou eritema).

Foram realizadas, em 29 casos (13.5%), colheitas nas regiões oral/genital/anal e em peças de roupa, para estudos de Genética e Biologia Forense. Nestes casos, a maioria dos alegados abusos teria ocorrido há menos de 72 horas ($n=20$; 83.3%). O teste da Brentamina na região genital e peça de vestuário e a pesquisa microscópica de espermatozóides nas colheitas genitais foram positivos num único caso: tratava-se de uma menina de 6 anos de idade, que visitava o pai em casa, semanalmente, tendo o último episódio de abuso ocorrido, aparentemente, há 4 dias. Identificou-se a presença de um perfil genético heterólogo masculino nas peças de vestuário em 3 casos, incluindo no caso descrito anteriormente; nos outros 2, o estudo de comparação genética nas peças de vestuário permitiu identificar o abusador como sendo o pai da vítima.

Em 21 casos (9.8%) foram solicitados estudos microbiológicos, virológicos e serológicos, que numa criança confirmaram o estado de portador de hepatite B. Esta vítima tinha 12 anos de idade e apresentava cicatriz himenal e estudo genético de comparação positivo, o qual permitiu identificar o pai como sendo o abusador.

De entre os casos aplicáveis, ocorreram 2 gravidezes (5.6%) em jovens de 15 anos de idade, sendo que no momento da perícia uma delas já tinha efectuado interrupção voluntária da gravidez. Estas adolescentes apresentavam uma cicatriz himenal e negaram actividade sexual fora do contexto de abuso.

Metade das vítimas foi avaliada por psicologia forense ($n=107$; 49.8%); destas, unicamente 4 (3.7%) foram avaliadas antes do exame médico. Verificou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa ($p<0.001$), de tendência linear, entre o pedido para avaliação por psicologia forense e o ano da perícia, sendo que um maior número de exames é efectuado a cada ano que passa. Obteve-se informação acerca do conteúdo da avaliação psicológica em cerca de metade dos casos ($n=49$; 45.8%); destes,

85.8% (n=42) verbalizaram o(s) evento(s) abusivo(s), concluindo-se que 7 crianças (14.3%) apresentavam indicadores clínicos compatíveis com a experiência de incesto.

Tendo em conta a descrição do suposto evento e os resultados da perícia médico-legal, pode concluir-se que os achados periciais foram qualificados como¹²: (1) diagnósticos de abuso (confirmação genética, gravidezes ou presença de esperma no corpo da vítima) em 2.3% dos casos; (2) sugestivos (exame físico com lesões recentes ou não recentes sugestivas: e.g., laceração do hímen) em 10.7%; (3) inespecíficos (exame físico sem alterações ou com alterações inespecíficas: e.g., infecção por HPV ou entalhes da membrana himenial) em 70.7%; (4) incompatível (não concordância entre o relato e os achados clínicos) em 12.1% (Tabela V). Em 4.2% dos casos não foi possível concluir em termos médico-legais devido à não realização do exame físico por não colaboração da vítima ou falta de informação sobre o suposto evento abusivo.

Tabela V – Resultados do exame médico-legal

		n	%
Intervalo entre último suposto abuso e a perícia	≤3 dias	36	16.7
	>3 ≤6 dias	17	7.9
	>6 ≤30 dias	27	12.6
	>30 dias	60	27.9
	Sem informação	75	34.9
Evidências físicas	Ausência	131	60.9
	Manipulação dos órgãos genitais	35	16.3
	Penetração vaginal recente	2	0.9
	Penetração vaginal não recente	18	8.4
	Penetração anal recente	13	6.0
	Penetração anal não recente	4	1.9
	Inconclusivo (exame físico não efectuado)	9	4.2
Conclusões médico-legais	Diagnóstico	5	2.3
	Sugestivo	23	10.7
	Inespecífico	152	70.7
	Incompatível	26	12.1
	Inconclusivo (exame físico não efectuado)	9	4.2

6. Desenvolvimento processual

Foi facultada informação acerca do desenvolvimento processual em 49 casos (22.8%). Destes, em 67.3% (n=33) o processo foi arquivado e os restantes 32.7% (n=16) foram a julgamento.

O tipo legal de crime no recebimento da acusação foi maioritariamente de abuso sexual de crianças (art.172º do Código Penal) (n=13; 81.3%). O resultado da sentença foi em 25% absolvição e em 75% condenação (25% pena suspensa e 50% pena efectiva). Em média, a medida da pena na sentença foi de 54.3 meses (min=30; máx=120; desvio padrão=25.41); 4 condenados apresentaram recurso da sentença, mas não houve alteração da pena no recurso.

O período de tempo decorrido, em média, desde o momento da realização da perícia médico-legal até à data da resolução definitiva do processo foi de 12.9 meses (min=0; máx=40; desvio padrão=9.63).

A concordância foi avaliada comparando a conclusão médico-legal com o desenvolvimento processual (Tabela VI). Verificou-se existir: (1) forte concordância (diagnóstico ou sugestivo/julgamento, ou incompatível/arquivamento) em 12 casos (24.5%); (2) concordância (inespecífico/arquivamento ou julgamento) em 33 casos (67.3%); (3) discordância (sugestivo/arquivamento) em 2 casos (4.1%).

Tabela VI – Concordância das decisões médico-legais e judiciais (n=49)

Conclusões médico-legais	Conclusões judiciais		Total n (%)
	Arquivamento n (%)	Julgamento n (%)	
Incompatível	4 (8.2)	0 (0)	4 (8.2)
Inespecífico	25 (51.0)	8 (16.3)	33 (67.3)
Sugestivo	2 (4.1)	7 (14.3)	9 (18.4)
Diagnóstico	0 (0)	1 (2.0)	1 (2.0)
Inconclusivo	2 (4.1)	0 (0)	2 (4.1)

DISCUSSÃO

Em Portugal, não existem estudos publicados acerca da problemática do incesto paternal. Os resultados do presente trabalho evidenciam as características essenciais próprias do abuso sexual intra-familiar^{4,5,13}, e particularmente, caracterizam de forma particular o incesto paternal.

Tal como verificado noutros estudos estrangeiros^{2,6,14}, as vítimas de incesto paternal são maioritariamente do sexo feminino (82.3%); a literatura refere que os rapazes são menos propensos ao abuso intra-familiar e, nesses casos, estão mais sujeitos a abuso sexual por parte de agressores do sexo feminino². Contudo, pensa-se que o incesto pai-filho se encontra ainda mais sub-diagnosticado do que os restantes tipos de abuso, pelo facto de agregar vários tabus sociais num só problema: incesto, homossexualidade e pedofilia¹⁵⁻¹⁷.

Note-se que numa grande percentagem dos alegados abusadores havia falta de dados, por se tratar de uma análise retrospectiva, cuja informação foi apenas fornecida pela vítima, acompanhante ou documentos enviados aos peritos. Apesar de não existir um perfil único do abusador incestuoso, vários estudos revelam a presença de problemas nas áreas sexual, psicológica e de relacionamentos interpessoais^{8,18}, bem como a existência de comportamentos desviantes relacionados com alcoolismo, drogas e delinquência⁷, tendo estes últimos sido identificados no presente estudo (22.4%).

É de salientar a alta prevalência de abusadores (23.3%) com história passada conhecida de crimes sexuais a crianças e jovens, na maioria das vezes a outros filhos ou sobrinhos, aspecto que pode permitir inferir sobre a maior tendência para a prática repetida destes abusos no contexto da família. Um outro estudo concluiu que o risco de recidiva da prática de crimes sexuais contra menores é 4 vezes maior nos agressores extra-familiares¹⁹, o que não põe em causa os resultados obtidos, dado que existem factores sócio-culturais que condicionam este tipo de comportamentos, pelo que os resultados de um estudo feito numa determinada comunidade podem não se aplicar à realidade de outra, até dentro do mesmo país.

O incesto paternal é um acontecimento profundamente perturbador para a criança, o qual interfere com o seu normal desenvolvimento.^{5,13} As circunstâncias que podem exacerbar o trauma e agravar as suas consequências são múltiplas e foram todas encontradas no presente estudo: (1) baixa idade das vítimas (média de 7.9 anos, sendo inferior à verificada no abuso sexual extra-familiar e intra-familiar indiscriminado^{4,5,13}); (2) início do abuso numa idade precoce (maioritariamente antes dos 6 anos de idade, sendo aqui inferior à verificada noutros estudos sobre incesto⁶) e sem diferenças entre

os sexos; (3) maior duração do abuso (duração média de 18.4 meses, sobreponível à verificada noutros estudos^{6,20}, sendo importante enfatizar a dificuldade de obter informação precisa acerca de datas nas crianças mais novas); (4) maior frequência do abuso^{9,21} (periodicidade regular/esporádica em 34.9% dos casos); (5) contexto e dinâmica familiar instáveis³ (violência doméstica em 30.2% dos lares e comportamentos desviantes em 45.7% dos alegados abusadores); (6) maior grau de violência emocional, caracterizada por ameaças verbais de violência física para assegurar a não revelação do abuso⁴ (o que aconteceu em 31.6% dos casos em que houve informação sobre este assunto).

Ainda relativamente ao trauma, no abuso sexual em geral, as práticas fisicamente mais intrusivas têm sido relacionadas com as suas consequências mais severas a nível psicossocial²². No caso do incesto, apesar da ocorrência de violência física e penetração vaginal/anal (9.3% e 20.4%, respectivamente) ser inferior ao verificado no abuso extra-familiar (40.8% e 39.8%, respectivamente¹³), constatou-se, no presente estudo, que as práticas se tornam fisicamente mais intrusivas com o aumento da idade da criança, o que constitui um outro factor de exacerbação do trauma, reforçando assim a importância da sua detecção e sinalização precoce.

A proximidade emocional entre a criança e pai abusador, bem como a menor visibilidade destes casos, por na sua grande maioria ocorrerem no secretismo do lar e da relação, representam uma das principais ameaças do incesto paternal, dificultando a revelação por parte da vítima ou a detecção por terceiros. Contudo, no presente estudo, 62.4% das vítimas revelaram o abuso espontaneamente ou após ter sido levantada suspeita da sua ocorrência pela evidência de outros factos, tais como alterações do

comportamento ou sintomas e sinais sugestivos de abuso sexual. A mãe foi a pessoa a quem o abuso foi mais revelado (47.2%) e a qual efectuou a denúncia na maior parte dos casos (54.4%), independentemente da idade da criança ou do tipo de estrutura familiar. Outros estudos sugerem que nas famílias monoparentais, em que a mãe e o abusador não vivem juntos, há maior tendência à denúncia devido à não existência de conflito emocional em relação ao abusador²⁰ e à menor probabilidade de encobrimento do abuso por vergonha social, medo da desagregação familiar ou não aceitação da realidade^{3,23}. Contudo, o papel da mãe no incesto paternal ainda está pouco compreendido.

Apesar de na presença de violência doméstica se ter encontrado uma significativa menor duração do período de incesto, não se identificaram diferenças na revelação do abuso por parte da vítima nestas famílias, o que sugere que outros factores levaram à sinalização mais precoce dos casos. De facto, numerosos exames médico-legais foram solicitados aos peritos na ausência de informação concreta sobre o abuso sexual, existindo como único fundamento uma história familiar de violência física contra a cónyuge e os filhos, o que demonstra a percepção por parte das autoridades da maior prevalência de incesto paternal nas famílias disfuncionais em crise, tal como foi demonstrado em vários estudos^{3,8}. De igual modo, existiram exames médico-legais que foram realizadas a irmãos de crianças que revelaram o abuso sexual, sem que houvesse a revelação do abuso por essas outras crianças, devido ao frequente envolvimento de mais do que um filho em práticas incestuais^{3,24}; efectivamente, no presente estudo, verificou-se a existência da suspeita de abuso sexual em irmãos em 39.6% dos casos aplicáveis.

Devido às características próprias das situações de abuso intra-familiar e em particular de incesto paternal mencionados anteriormente, verifica-se um importante atraso na realização do exame médico-legal, tal como se demonstrou neste e noutros estudos^{4,13}, o que prejudica a capacidade de se produzir a prova material do abuso. Nesta amostra, apenas em 16.7% dos casos foi realizada a perícia médico-legal num período inferior a 72 horas após o alegado abuso, o que torna mais difícil, se não impossível, a demonstração da existência de lesões ou vestígios relacionados com o abuso sexual (facto que já se encontra prejudicado pela circunstância das práticas serem fisicamente pouco intrusivas, com menos violência física aplicada e menor produção de lesões agudas, e pela cicatrização das lesões ano-genitais nas crianças ser mais rápida e por vezes completa) e a realização de estudos para pesquisa de ADN¹². Este aspecto, associado ao facto de que em muitos casos o tipo de prática suspeita não justifica a pesquisa de vestígios biológicos do abusador, explicam a baixa taxa de realização de estudos genéticos (apenas 13.5%), os quais foram positivos unicamente em 3 casos.

O exame médico-legal é cada vez mais solicitado para diagnosticar o abuso sexual e fazer prova legal. Contudo, verifica-se que as evidências físicas e biológicas não existem numa grande percentagem de casos, o que não significa ausência de abuso¹² - no presente estudo, em 65.1% das perícias, o exame médico-legal não revelou alterações, o que está em acordo com outros estudos estrangeiros¹⁰.

Nesta perspectiva, é fundamental ter em conta o relato da vítima, podendo a sua entrevista ter lugar no decurso da avaliação por psicologia forense, avaliando-se além da informação verbal e não verbal, também a sintomatologia, o seu nível de desenvolvimento, estado comportamental e emocional, bem como da fiabilidade do seu testemunho. Os dados da perícia psicológica constituem, muitas vezes, a única

evidência do abuso, o que reforça a importância da abordagem cuidadosa destas vítimas previamente à sua avaliação por psicologia forense, de forma a não se contaminar o relato^{5,25}. Idealmente, o exame psicológico seria realizado antes do exame físico, o que ocorreu numa minoria de casos desta amostra. De igual modo, o diagnóstico psicológico de abuso sexual (presença de indicadores clínicos compatíveis com a experiência de abuso sexual) foi positivo unicamente em 14.3% das vítimas submetidas ao exame. Apesar de tudo, a importância deste exame está cada vez mais patente ao se verificar um aumento significativo dos pedidos para a sua realização.

Verificou-se neste estudo que os profissionais de saúde estão cada vez mais familiarizados com as situações de abuso sexual e que em mais de metade dos casos levados ao hospital foi realizado contacto imediato com os serviços médico-legais, o que permite assegurar a recolha da prova dos factos com validade à luz do direito processual penal, evitar a contaminação dos relatos e evitar a vitimização secundária²⁵. Ainda assim, continuam a realizar-se 27.8% de exames sexuais nos hospitais, exames que, à luz da lei portuguesa, terão de ser obrigatoriamente repetidos nos serviços médico-legais, com custos para a vítima e para a produção da prova. Isto deve-se ao facto de não ser possível garantir o mesmo tipo de cobertura de serviço de atendimento permanente para perícias urgentes em todo o país, por o movimento pericial de determinadas áreas não justificar um número de peritos compatível com um serviço desse tipo; o mesmo acontece, aliás, com outras especialidades. Daí que seja importante encontrar soluções que visem garantir em todos os casos um atendimento imediato da vítima pelos serviços médico-legais, independentemente do local onde esta se encontre,

para os períodos em que os gabinetes Médico-Legais não estejam em funcionamento, o que pode passar pelo estabelecimento de protocolos, tal como já se começa a verificar.

Estes protocolos serão também um auxiliar fundamental no apoio à obrigatoria sinalização destes casos pelos médicos, nos termos da lei, já que correspondem a crimes públicos. A sinalização/denúncia pode ser feita directamente ao Ministério Público ou indirectamente a uma entidade policial ou ao Instituto Nacional de Medicina Legal. No caso dos hospitais ou centros de saúde, se os médicos recorrerem ao protocolo, apenas terão de comunicar o caso aos serviços médico-legais, os quais se encarregarão dos restantes procedimentos legais.

Finalmente, este estudo quis ter a noção sobre a ressonância que a perícia médico-legal tem em termos da decisão judicial. Apenas foi possível conhecer esse resultado em 22.8% dos casos, o que ainda assim foi considerado positivo já que em Portugal é a primeira vez que se faz uma análise deste tipo sobre o assunto em apreço. Como se pode constatar, ao longo do estudo houve sempre o cuidado de descrever o abuso e o abusador como “alegado” ou “suposto”, uma vez que só no fim do processo judicial eles poderão ser oficialmente apelidados de tal – efectivamente, apenas se confirmaram 32.7% de condenações. Fica pois a pergunta no ar: **Será que em todos os casos foi feita justiça?** *Se o exame médico-legal tivesse sido feito sempre de forma atempada não teríamos resultados mais fiáveis? Se as colheitas de vestígios biológicos tivessem sido feitas sempre por peritos não teríamos também resultados mais fiáveis? A entrevista de psicologia forense não poderia ter trazido provas mais válidas para a justiça se tivesse sido sempre feita na totalidade dos casos? E sobretudo se tivesse sido garantida a não contaminação dos relatos? Se muitos dos atrasos nos exames médico-*

legais estão relacionados com a não revelação pela vítima (aspecto mais difícil de ultrapassar), muitos não estarão relacionados com a não sinalização atempada da suspeita pelos diversos profissionais que trabalham com crianças e jovens? Etc., etc....

Para responder a estas e a muitas outras questões fundamentais, será necessário alargar esta amostra de decisões judiciais e fazer um novo estudo baseado apenas nos casos com decisão judicial, de modo a que se possam fazer análises de correlações que permitam entender de que modo a medicina legal e as restantes ciências forenses podem contribuir, de forma mais específica e válida, para a promoção da boa administração da Justiça no caso concreto do incesto paternal.

CONCLUSÃO

1. O suposto incesto paternal representa, no norte de Portugal, 13% dos casos de suspeita de abuso sexual de crianças observados nos serviços médico-legais;
2. Destes, apenas 33% dos casos foram condenados em Tribunal;
3. Os casos estudados apresentam características, no que se refere às vítimas, abusadores e abuso, semelhantes às descritas noutros estudos;
4. Encontraram-se todas as características classicamente identificadas como susceptíveis de exacerbar as consequências do abuso: baixa idade das vítimas; início precoce do abuso; longa duração; elevada frequência; contexto e dinâmica familiar instáveis; elevado grau de violência emocional;
5. Verificaram-se, também, práticas fisicamente menos intrusivas, como descrito na literatura, com ausência de lesões em 61% dos casos, sendo que estas se tornaram fisicamente mais intrusivas com o aumento da idade da criança, o que constitui um outro factor de exacerbação do trauma, reforçando assim a importância da sua detecção e sinalização precoce;
6. Esta ausência de lesões está também relacionada com o atraso na realização do exame médico-legal (em 83% dos casos mais de 72 horas após o suposto abuso);
7. Este atraso deve-se à não revelação ou revelação tardia do abuso pela vítima mas, também, à falta de denúncia ou denúncia tardia por aqueles a quem é feita a revelação ou que, por alguma forma, suspeitam do facto, sejam familiares ou profissionais que trabalham com crianças e jovens; neste estudo a mãe foi a primeira a levantar a suspeita (40%), a primeira a quem foi feita a revelação (47%) e a primeira a denunciar (54%), sendo os serviços de saúde o local da

sinalização mais frequente (42%), o que coloca o seus profissionais na linha da frente quanto à possibilidade e responsabilidade de detectar e diagnosticar estes casos;

8. Ainda se realizam um número significativo de exames sexuais nos hospitais, sem apoio médico-legal (28%), o que obriga à sua posterior repetição, com a vitimação secundária da criança, pelo que importa criar soluções para ultrapassar esta limitação relacionada com a falta de capacidade de resposta do serviço permanente de perícias urgentes nas áreas de funcionamento dos Gabinetes Médico-Legais, como por exemplo, através de protocolo, alguns já em funcionamento;
9. A análise das decisões judiciais deixou muitas questões em aberto, tornando-se evidente a necessidade de avançar para um estudo mais aprofundado sobre estes casos numa amostra baseada apenas nos que incluam estas decisões, de forma a que se façam estudos de correlação que permitam perceber os pontos fortes e fracos das diversas perícias (médico-legais, de psicologia forense e de genética forense), à luz do direito penal, tendo em vista adequar cada vez mais a actividade pericial a uma adequada administração da Justiça, neste caso tanto na perspectiva da investigação criminal como na da protecção da criança.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial à **Professora Doutora Teresa Magalhães**, pela sua pronta disponibilidade para a orientação deste trabalho, pela sua grande dedicação e ajuda, e por ter possibilitado que assistisse a conferências sobre o tema aqui em estudo que me ajudaram muito no entendimento desta temática.

Ao **Mestre Francisco Taveira**, por me ter orientado devidamente em cada nova etapa do trabalho e pela constante disponibilidade para esclarecer as dúvidas que foram surgindo na evolução deste estudo.

À **Mestre Eduarda Matos**, que se mostrou sempre disponível e cujo apoio foi fundamental no tratamento estatístico dos dados.

À **Dra. Patrícia Jardim**, pelo seu constante apoio e esclarecimentos, e por me ter disponibilizado referências bibliográficas importantes.

À **Professora Dra. Fernanda Rodrigues**, Directora do Serviço de Clínica Forense da Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., por ter autorizado a realização do estudo naquele Serviço.

A **todos**, que de alguma maneira deram a sua contribuição para a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Dias I, Ribeiro C, Magalhães T. A construção social do abuso na infância. In: Magalhães T, (ed). *Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel; 2010, p.8.
2. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child* 1994;4(2):31-53.
3. Nakashima II, Zakus GE. Incest: review and clinical experience. *Pediatrics* 1977;60(5):696-701.
4. 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;16:455-59.
5. Magalhães T, Carneiro de Sousa MJ, Gomes da Silva A, Pinto da Costa D, Grams AC, Ribeiro C, et al. Child sexual abuse: a preliminary study. *J Clin Forensic Med* 1998;5:176-82.
6. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of incest abuse in Finland. *Child Abuse Negl* 1996;20(9):843-50.
7. Nobel M. Incest. *J Med Ethics* 1978;4:64-70.
8. Cole W. Incest perpetrators: Their assessment and treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15(3):689-701.
9. Russell DEH. The incidence and prevalence of intra familial and extra familial sexual abuse of female children. *Child Abuse Negl* 1983;7(2):133-46.
10. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it is normal to be normal. *Pediatrics* 1994;94(3):310-17.

11. Sugue-Castillo M. Legal outcomes of sexually abused children evaluated at the Philippine General Hospital Child Protection Unit. *Child Abuse Negl* 2009;33:193-202.
12. Jardim P, Magalhães T. Indicadores físicos e biológicos de abuso sexual. In: Magalhães T, (ed). *Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel; 2010, p.109-18.
13. Taveira F, Frazão S, Dias R, Matos E, Magalhães T. O abuso sexual intra e extra-familiar. *Acta Med Port* 2009;22(6):759-66.
14. Brand BL, Alexander PC. Coping with incest: the relationship between recollections of childhood coping and adult functioning in female survivors of incest. *J Trauma Stress* 2003;16(3):285–93.
15. Murphy KC, Shelley RK. Father-son incest: case report and review of the literature. *Irish J Psych Med* 1993;10(3):159-62.
16. Williams M. Father-son Incest: A review and analysis of reported incidents. *Clin Soc Work J* 1988; 16(2):165-79.
17. Kaslow F, Haupt D, Arce AA, Werblowsky J. Homosexual Incest. *Psychiatr Q* 1981;53(3):184-93.
18. Gordon M. The family environment of sexual abuse: A comparison of natal and stepfather abuse. *Child Abuse Negl* 1989;13(1):121-30.
19. Greenberg D, Bradford J, Firestone P, Curry S. Recidivism of child molesters: A study of victim relationship with the perpetrator. *Child Abuse Negl* 2000;24(11):1485-94.
20. Cyr M, Wright J, McDuff P, Perron A. Intrafamilial sexual abuse: Brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child Abuse Negl* 2002;26(9):957–73.

21. Beitchman J, Zucker K, Hood J, DaCosta G, et al. A review of the long term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1992; 16(1):101-118.
22. Peixoto C, Ribeiro C. Indicadores psicológicos de abuso. In: Magalhães T, (ed). *Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel; 2010, p.39-49.
23. Green J. Mothers in “incest families”: a critique of blame and its destructive sequels. *Violence Against Women* 1996;2(3):322–48.
24. Herman J. Father-daughter incest. *Prof Psychol Res Pr* 1981;12(1):76-80.
25. Magalhães T, Ribeiro C, Jardim P, Peixoto C, Oliveira R, Abreu C, et al. Da investigação inicial ao diagnóstico de abuso. In: Magalhães T, (ed). *Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel; 2010, p.147-49.