



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

**ANA MARIA SOARES ROLIM**

**O IMPACTO DA CAMPANHA *CHOOSING WISELY* EM UM SERVIÇO DE  
REFERÊNCIA PERICIAL PARA AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

**TESE DE DOUTORADO**

**Salvador – Bahia**  
**2021**

**ANA MARIA SOARES ROLIM**

**O IMPACTO DA CAMPANHA *CHOOSING WISELY* EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA PERICIAL PARA AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

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

Orientador: Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima

Salvador – Bahia  
2021

**ANA MARIA SOARES ROLIM**

**O IMPACTO DA CAMPANHA *CHOOSING WISELY* EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA PERICIAL PARA AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Tese apresentada a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Salvador, de de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. David Greco Varela  
Doutor em Otorrinolaringologia  
Universidade Federal da Bahia, UFBA

---

Prof. Dr. Wellington dos Santos Silva  
Doutor em Medicina e Saúde Humana  
Universidade Federal da Bahia, UFBA

---

Profa. Dra. Daysi Maria de Alcântara Jones  
Doutora em Medicina e Saúde  
Universidade Federal da Bahia, UFBA

---

Prof. Dr. Raul Coelho Barreto Filho  
Doutor em Medicina e Saúde  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

---

Profa. Dra. Ieda Maria Barbosa Aleluia  
Doutora em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Dedico esse trabalho a Marcos, meu esposo, e  
a meus filhos  
Lara e Marcos Paulo, pelo carinho e apoio  
amoroso recebidos.  
Às crianças, futuro da humanidade, que sejam  
tratadas com cuidados, firmeza e carinho. Às  
mulheres, seio acolhedor por essência, que  
sejam valorizadas, respeitadas e tratadas com  
maior dignidade. Aos homens, que por  
séculos esconderam  
fraquezas e medos, gerando inadequações, que  
revejam atitudes. E a todos, que aprendam a  
amar e enxergar no outro:  
“- Cuidado, contem sonhos!”

## **INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

EBMSP - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

IMLNR - Instituto Médico Legal Nina Rodrigues

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por estar sempre presente em minha vida.

Aos meus pais, Antônio de Caldas Rolim e Nadir Soares Rolim (*in memoriam*) por me amarem, me apoiarem nos momentos difíceis, por acreditarem no meu potencial, sendo fonte de inspiração e de incentivo aos meus sonhos e conquistas.

A todos os familiares e amigos que se fizeram presentes e, com muita resiliência, aceitaram as inúmeras ausências durante esses anos de pós-graduação. Em especial a minha sobrinha Beatriz Rolim Lobo, de grande ajuda na coleta e revisão dos dados.

Ao Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima, minha gratidão pela direção recebida, especialmente pelo incentivo, disponibilidade, e confiança em mim depositada.

À Diretoria do Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues (IMLNR), pela autorização para realização desta pesquisa, em especial ao Setor de Ensino e Pesquisa.

Aos Peritos Médicos Legistas, pela valiosa colaboração nas diversas fases da Campanha *Choosing Wisely*, possibilitando que este projeto se concretizasse de fato, em especial ao Dr. Welington Santos Silva, pela afinidade de interesse e atenção voltada ao tema.

Aos funcionários do Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues, em especial a Ana Carmen Silva Garcia, Milene Santos Lima, Ariane Rigaud de Jesus e Maria Valmira Rosa Ferreira, pela colaboração durante a Campanha *Choosing Wisely* e na fase da coleta dos dados.

Aos professores Dr<sup>a</sup>. Marta Silva Menezes, Dr. Dilton Rodrigues Mendonca e Dr<sup>a</sup>. Livia Fonseca Santana, pelo incentivo, apoio e sugestões em várias etapas do projeto.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, aos professores e funcionários da Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana, pelo acolhimento e ensinamentos recebidos.

Aos meus colegas do doutorado, agradeço de forma afetuosa, amigos que levarei para vida toda, com quem tive convivência próxima e carinho fraternal de muitos. Inclusive com contribuições em conversas informais, que me deram uma força adicional para que eu pudesse atender a todas as demandas deste trabalho.

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a elaboração desta Tese e para a conclusão do meu Doutorado.

## RESUMO

**Introdução:** A violência sexual é onipresente; ocorre em todas as culturas, em todos os níveis da sociedade, em todos os países do mundo, em diferentes contextos. As vítimas dessa violência, ao procurar autoridades policiais, são encaminhadas para realização de exame médico-legal. Diante das condutas desnecessárias e dos desperdícios na saúde, preocupação frequente entre os gestores e sociedades médicas no mundo, em 2012 o *American Board of Internal Medicine* iniciou nos Estados Unidos a campanha *Choosing Wisely (CW)*, que hoje se expandiu oficialmente para outros países. **Objetivo:** Avaliar se há lugar para a iniciativa *Choosing Wisely* na Medicina Legal e na Sexologia Forense e seu impacto em um serviço de referência pericial de atendimento das vítimas de violência sexual (VS). **Metodologia:** Estudo intervencionista com médicos especializados em avaliação e atendimento às vítimas de violência sexual, em que foi aplicada a técnica Delphi, por meio de questionários *online*. Os especialistas identificaram três situações desnecessárias que comumente ocorrem nesta prática pericial. Após elaboração da lista, houve a divulgação para os demais médicos da instituição, foram realizadas ações educativas e analisado se houve mudança de comportamento da equipe frente às condutas desnecessárias, antes e após a Campanha *CW*. **Resultados:** as recomendações da lista final abordam reflexões de atualização para o exame físico pericial, para a coleta de exames e para os encaminhamentos para prevenção dos agravos. As ações educativas resultaram em um processo de sensibilização e discussão entre os participantes, refletindo no bom aproveitamento para a prática pericial. **Conclusões:** a campanha *CW* em um serviço de referência pericial para as vítimas de VS possibilitou uma reflexão crítica sobre a adoção de condutas desnecessárias pelos peritos, diminuiu o tempo para liberação dos laudos periciais, tendo um impacto positivo neste serviço público.

**Palavras-chave:** *Choosing Wisely*; Violência sexual; Exame médico-legal.

## ABSTRACT

*Background.* Sexual violence is ubiquitous; it occurs in every culture, in all levels of society and in every country of the world, in different contexts. Victims of this violence, when seeking police authorities, are referred for medicolegal examination. Faced with unnecessary conduct and health-service waste, frequent concern among managers and medical societies worldwide, the American Board of Internal Medicine started the Choosing Wisely campaign (CW), in the United States in 2012, an effort now officially expanded to other countries. The CW campaign informs physicians and the public about safety and quality in medical practice. *Objective.* Assess whether there is a place for the Choosing Wisely initiative in Forensic Medicine and Forensic Sexology and the impact of the implementation of the campaign in an expert reference service for victims of sexual violence. *Methods.* An interventionist study with physicians specialized in evaluation and care of victims of sexual violence in which the Delphi technique was applied, using online questionnaires. Specialists identified three unnecessary situations that commonly occur in this expert practice. After the preparation of the list, the disclosure to the other doctors of the Institution followed, educational actions were carried out and the occurrence of changes in the behavior of the team regarding unnecessary conduct was analyzed. *Results.* the recommendations included in the final list address reflections of updating the physical examination, for the collection of examinations and for referrals for the prevention of injuries. The educational actions resulted in a process of sensitization and discussion among the participants, reflecting in the good use for expert practice. *Conclusions.* the CW campaign in an expert reference service for SV victims allowed a critical reflection on the adoption of unnecessary conduct by experts, reduced the time for the release of expert reports, having a positive impact in this public service.

Keywords: *Choosing Wisely*; Sexual violence; Medicolegal examination.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Municípios Integrantes da Região Metropolitana de Salvador .....	31
<b>Figura 2</b> - Etapas da construção das listas da CCW .....	33
<b>Figura 3</b> - Etapas do estudo .....	36
<b>Figura 4</b> - A lista com oito proposições da CCW (Banners).....	38
<b>Fluxograma 1</b> - Atendimento da Vítimas de Violência Sexual .....	39
<b>Fluxograma 2</b> - Acompanhamento da Vítimas de Violência Sexual .....	39
<b>Quadro 1</b> - Lista CW de recomendações nas Perícias de Vítimas de Violência Sexual com suas evidências .....	43
<b>Gráfico 1</b> - Distribuição dos peritos médicos legistas quanto a sua participação na Campanha Choosing Wisely, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, Salvador-BA .....	46

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características demográficas dos peritos médicos legistas recrutados para o Painel Delphi, formação e atuação, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, Salvador-BA. ....	40
<b>Tabela 2</b> - Recomendações iniciais do Painel Delphi e Score Total (Escala Likert).....	42
<b>Tabela 3</b> - Características demográficas dos peritos médicos legistas que participaram das oficinas, tempo, local de atuação e avaliação da Campanha Choosing Wisely, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, Salvador-BA. ....	45
<b>Tabela 4</b> - Número e distribuição proporcional, mediana e IIQ dos periciandos sob suspeita de violência sexual avaliadas no IMLNR segundo tipo de exames, características biológicas e demográficas. Bahia, 2017.2 e 2019.2. ....	47
<b>Tabela 5</b> - Número e distribuição proporcional das perícias, quanto ao intervalo de tempo entre a VS e a sua realização, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2.....	48
<b>Tabela 6</b> - Número e distribuição proporcional de exames e seus resultados, quando o intervalo de tempo entre a VS e a realização da perícia foi de até 24 horas, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2 .....	49
<b>Tabela 7</b> - Número e distribuição proporcional de exames e seus resultados, quando o intervalo de tempo entre a VS e a realização da perícia foi entre 25-72 horas, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2 .....	50
<b>Tabela 8</b> - Número e distribuição proporcional de exames e seus resultados, quando o intervalo de tempo entre a VS e a realização da perícia foi superior a 72 horas, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2 .....	51
<b>Tabela 9</b> - Número e distribuição proporcional de exames e seus resultados, quando o intervalo de tempo entre a VS e a realização da perícia não foi referido ou ficou indefinido, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2 .....	52
<b>Tabela 10</b> - Comparação da solicitação de exames nas perícias de vítimas de violência sexual antes e depois da CCW, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2 .....	53
<b>Tabela 11</b> - Número, percentual de exames realizados por faixa etária entre as vítimas de violências sexuais, antes e após a campanha Choosing Wisely, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2 .....	54
<b>Tabela 12</b> - Tempo para liberação do laudo pericial das vítimas de violência sexual, antes e depois da campanha Choosing Wisely, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2 .....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AAP</b>	Academia Americana de Pediatria
<b>ABIM</b>	Fundação American Board of Internal Medicine
<b>ABRAPIA</b>	Associação Brasileira Multidisciplinar de Proteção à Criança e ao Adolescente
<b>ACADEPOL</b>	Academia da Polícia Civil da Bahia
<b>b-hCG</b>	Gonadotrofina Coriônica Humana
<b>CCP</b>	Código de Processo Penal
<b>CEDECA</b>	Centros de Defesa da Criança e do Adolescente
<b>CMDCA</b>	Conselhos dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes
<b>CONANDA</b>	Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente
<b>CRPT's</b>	Coordenadorias Regionais de Polícia Técnica
<b>CW</b>	<i>Choosing Wisely</i>
<b>DPT</b>	Departamento de Polícia Técnica
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e Adolescente
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>IMLNR</b>	Instituto Médico Legal Nina Rodrigues
<b>IST</b>	Infecções Sexualmente Transmissíveis
<b>LCPT</b>	Laboratório Central de Polícia Técnica
<b>MBE</b>	Medicina Baseada em Evidências
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PAIR</b>	Programa Ações Integradas e Referências de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro
<b>PML</b>	Perito Médico Legista
<b>PSA</b>	Antígeno Prostático Específico
<b>SGDCA</b>	Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SSP</b>	Secretaria de Segurança Pública
<b>VS</b>	Violência Sexual
<b>WONCA</b>	<i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	15
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	15
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	15
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
<b>3.1</b>	<b>Violência Sexual</b> .....	16
<b>3.2</b>	<b>Violência Sexual Infantil</b> .....	18
<b>3.3</b>	<b>Legislação Brasileira</b> .....	19
<b>3.4</b>	<i>Choosing Wisely</i> .....	23
<b>3.5</b>	<b>A medicina defensiva nos dias atuais</b> .....	24
<b>3.6</b>	<b>Medicina baseada em evidências</b> .....	26
<b>3.7</b>	<b>A prevenção quaternária</b> .....	27
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	29
<b>4.1</b>	<b>Desenho do Estudo</b> .....	29
<b>4.2</b>	<b>População</b> .....	29
4.2.1	População alvo.....	29
4.2.2	População acessível.....	29
<b>4.3</b>	<b>Crítérios de inclusão e exclusão</b> .....	29
4.3.1	Crítérios de inclusão.....	29
4.3.2	Crítérios de exclusão.....	30
<b>4.4</b>	<b>Amostragem</b> .....	30
<b>4.5</b>	<b>Campo do estudo</b> .....	30
<b>4.6</b>	<b>Período do estudo</b> .....	32
<b>4.7</b>	<b>Descrição das etapas do estudo</b> .....	32
4.7.1	Painel Delphi e a criação da lista da CCW.....	32
4.7.2	A campanha CW.....	34
4.7.3	Operacionalização de variáveis nos laudos periciais antes e após a CCW.....	35
<b>4.8</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	36
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	38
<b>5.1</b>	<b>Composição do Painel Delphi para a campanha CW</b> .....	40
<b>5.2</b>	<b>Listas elaboradas pelos especialistas do Painel Delphi</b> .....	42
<b>5.3</b>	<b>Oficinas da campanha CW</b> .....	44
<b>5.4</b>	<b>Comparação entre os laudos periciais pré e pós-intervenção (CCW)</b> .....	46
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	56
<b>7</b>	<b>PONTOS FORTES, LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS</b> .....	73
<b>8</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	74
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	75
	<b>APÊNDICES</b> .....	92
	<b>ANEXOS</b> .....	126

## 1 INTRODUÇÃO

A violência sexual (VS) é um problema de saúde pública global, e ações têm sido implementadas para estimular estudos sobre o tema, a fim de propor intervenções de prevenção e atendimento adequado. Na VS, não há restrição de sexo, idade, etnia ou classe social, embora as mulheres sejam as principais vítimas, em qualquer período de suas vidas. As mulheres jovens e adolescentes apresentam risco mais elevado de sofrer esse tipo de agressão<sup>1-3</sup>.

As vítimas podem ser divididas em dois grupos: as mais jovens, que são agredidas por um conhecido (frequentemente intrafamiliar), sendo menor a taxa de procura por auxílio judiciário e maior recorrência de atos praticados; e aquelas agredidas por um desconhecido, com faixa etária mais velha (idade média de 22 anos), maiores taxas de agressão física, de denúncia, de procura por auxílio e costumam ser vitimadas uma única vez<sup>4-6</sup>.

Dados nacionais indicam uma média diária de 21,9 mulheres procurando atendimento em serviços de saúde por violência sexual e 14,2 mulheres/dia notificadas como vítimas de estupro<sup>7</sup>.

Dada a gravidade do problema devido à violação dos direitos humanos, ao impacto físico, psíquico e social, a violência sexual foi reconhecida como um problema de saúde pública global em 1993, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>8,9</sup>.

Diante da suspeita de VS, em virtude do caráter criminoso, as vítimas são encaminhadas, geralmente, aos Institutos Médico-Legais para exame de corpo de delito, pela possibilidade de detecção de vestígios forenses. É patente a importância do exame médico-legal nos procedimentos policial e judiciário, para o esclarecimento e materialização da VS. Os dados são coletados por peritos médicos legistas (PML), treinados para a realização de tais exames e familiarizados com a literatura médico-legal<sup>10</sup>.

Estudos americanos relacionados a prática assistencial de saúde associa falhas e práticas indesejáveis<sup>11,12</sup>. O mais relevante é que a inadequada prestação desses serviços gera danos substanciais e, muitas vezes, irreversíveis aos pacientes, além do desperdício para a saúde. Como motivos para esse desperdício e cuidado inadequado da pessoa, destacam-se a complexidade administrativa dos recursos destinados a esse fim e questões ligadas ao médico (insegurança, excesso de zelo, prática da medicina defensiva e despreparo técnico, com inobservância de diretrizes clínicas baseadas em evidências)<sup>13,14</sup>.

Em resposta a esse cenário, em 2012, a fundação *American Board of Internal Medicine* (ABIM), dos Estados Unidos, lançou a campanha *Choosing Wisely* (CW)<sup>15</sup>. Diversos países têm abraçado essa iniciativa e, atualmente, mais de 20 deles compõem o CW Internacional<sup>16</sup>. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Cardiologia, em 2015, foi uma das primeiras a divulgar sua lista de procedimentos/práticas consideradas dispensáveis<sup>16</sup>.

A Campanha *Choosing Wisely* (CCW) tem sua base fundamentada nos princípios propostos para o profissional do novo milênio<sup>17</sup>, publicados em 2002, que priorizam como pilares da assistência à saúde o bem-estar e a autonomia do paciente e a justiça social, sendo esse último diretamente relacionado com a preocupação da distribuição adequada de recursos finitos. Para isso, a campanha prevê ações educativas que envolvam médicos e outros profissionais de saúde, estudantes e a sociedade, promovendo o debate e a divulgação ampla de condutas inadequadas, mas ainda praticadas, e oferecendo subsídios de boa fundamentação científica para as mudanças propostas no sentido de alcançar uma atenção de saúde adequadas às necessidades dos indivíduos<sup>18</sup>.

Com o intuito de reduzir as condutas que não se devem fazer na prática clínica, a CCW traz um outro paradigma, pois normalmente os profissionais são treinados a discutir o que devem fazer. Os *guidelines* falam muito mais de condutas comissivas do que vedações. E a recomendação do não fazer normalmente se limita a condutas comprovadamente deletérias. No entanto, além da prova do dano, há outras razões para não serem adotadas, como a desnecessidade. Colocado de outra forma, o simples fato de algo não ser deletério ou ter baixa probabilidade de suscitar questionamentos futuros não é suficiente para justificar sua execução<sup>19</sup>.

Essa campanha busca mudar a prática médica, ao atribuir às organizações de especialistas a tarefa de apontar condutas frequentes não apoiadas pelas evidências científicas, que podem resultar em danos ou não são necessárias e, portanto, não devem ser adotadas. O principal objetivo dessa campanha não é racionalizar recursos, mas melhorar a qualidade da assistência que, baseada em evidências, aumentar a probabilidade de benefício e reduzir o risco de malefício à saúde dos indivíduos<sup>20,21</sup>.

O dano causado pelo excesso de intervenções médicas vem sendo percebido e mensurado. Essa conjuntura proporcionou o crescimento da prevenção quaternária. Além de minimizar os riscos individuais e populacionais com tratamentos desnecessários, a prevenção quaternária é capaz de reduzir custos, otimizando a distribuição de recursos e oferta de saúde para a população<sup>22</sup>.

A cada dia, surgem estudos sobre a medicina defensiva, o distanciamento entre o médico e o paciente, muitas publicações de sobrediagnóstico e sobretratamento. São iniciativas que buscam a identificação de indivíduos em risco de exames e/ou tratamentos excessivos, para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis<sup>23-25</sup>.

A ideia inicial para esse trabalho foi a premissa de que existe um lugar para o estímulo às condutas mais sábias entre os peritos médicos legistas (PML), a fim de que intervenções desnecessárias durante a perícia de VS sejam evitadas, baseado em evidências científicas e conduta ética.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar se há lugar para a iniciativa *Choosing Wisely* na Medicina Legal, na área de Sexologia Forense.

### **2.2 Específicos**

- Implantar a CCW em serviço de referência para o atendimento das vítimas de violência sexual e criação da lista *Choosing Wisely*;
- Avaliar se as estratégias da campanha foram bem implementadas e aceitas pelos peritos médicos do serviço;
- Comparar o tempo para liberação dos laudos das vítimas de VS antes e depois da CCW;
- Avaliar se houve redução na solicitação de exames complementares não indicados nas perícias de vítimas de VS antes e depois da CCW.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Violência Sexual

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência sexual como: “qualquer ato sexual ou tentativa de obter um ato sexual, comentários ou avanços sexuais indesejados, ou atos para traficar a sexualidade de uma pessoa, usando coerção, praticado por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer configuração, incluindo, mas não se limitando a casa e trabalho”<sup>8, 27</sup>.

O autor de uma agressão sexual pode ser um conhecido, um amigo, um membro da família, um parceiro íntimo ou ex-parceiro íntimo, ou um completo estranho, mas na maioria das vezes, é alguém conhecido da vítima. Não há agressor estereotipado; homens sexualmente violentos vêm de todas as origens, ricos e pobres, acadêmicos e sem educação, religiosos e não religiosos. Podem ser pessoas em posições de autoridade que são respeitadas e confiáveis (por exemplo, um médico, professor, guia turístico, padre, policial) e assim menos propensos a serem suspeitos de violência sexual<sup>28</sup>.

Os exames de corpo de delito nos Institutos Médico-Legais estão previstos pelo Código de Processo Penal Brasileiro, Lei 3.689 de 1941, em seu Artigo 158: “Quando a infração deixar vestígios, será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado”<sup>29</sup>.

A perícia médico-legal brasileira é uma atividade oficial exercida nos Institutos médico-legais localizados nas capitais dos estados da federação e na capital da República, além da atividade realizada por peritos médico-legais lotados no interior dos estados. Os institutos médico legais estão vinculados à polícia civil na maioria dos estados. A polícia civil de cada estado tem função de polícia judiciária e são subordinadas aos governadores, integrando as Secretarias de Segurança Pública, juntamente com a polícia militar. A polícia judiciária tem como atribuição principal apurar as infrações penais e sua autoria, por meio dos inquéritos policiais que são presididos de forma independente pelos delegados de polícia, e quando concluídos são encaminhados ao Judiciário. O inquérito policial é, então, um procedimento preparatório ao processo penal que tem como função auxiliar o Poder Judiciário mediante a coleta de provas e esclarecimento da autoria e da materialidade do crime. Nessa etapa, o delegado poderá solicitar as perícias criminais e médico-legais necessárias. Uma vez encaminhado o relatório do inquérito ao Judiciário, o Ministério Público poderá requisitar diligências complementares, para posterior oferecimento da ação penal<sup>30</sup>.

É função do perito verificar o fato de acordo com a sua opinião embasada cientificamente. De acordo com o artigo 160, caput e § 1º, do CPP, os peritos devem descrever minuciosamente o que examinarem e responder aos quesitos formulados, elaborando o laudo pericial no prazo máximo de 10 dias, que pode ser prorrogado, em casos excepcionais, a requerimento deles. Dessa forma, cabe ao perito médico buscar estabelecer a materialidade do delito, e muitas vezes identificar, também, indícios de autoria. Trata-se de elaborar um laudo com qualidade técnica e científica, no qual se possa estabelecer um nexo causal, ou não, com o delito em apuração<sup>31</sup>.

Porém, ao cuidar de vítimas de violência sexual, a prioridade deve ser sempre a saúde e o bem-estar da vítima. A prestação de serviços médico-jurídicos assim, assume importância secundária à dos serviços gerais de saúde (ou seja, o tratamento de lesões, avaliação e gerenciamento da gravidez e infecções sexualmente transmissíveis – ISTs). O perito é negligente se realizar um exame forense sem atender às necessidades básicas de saúde dos pacientes. A preocupação com o bem-estar das vítimas é o mínimo que se deve garantir, para que elas sejam capazes de manter sua dignidade, depois de uma agressão que terá feito com que se sintam humilhadas e degradadas. Além disso, os serviços médicos e forenses devem ser oferecidos de tal forma a minimizar o número de exames físicos invasivos, que podem inclusive remeter a lembranças da VS. O atendimento adequado deve ser objetivo, centrado no paciente, exibindo sensibilidade e compaixão<sup>28</sup>.

Os profissionais de saúde que atendem vítimas de VS devem escolher suas palavras com grande cuidado e não contribuir de qualquer forma para a revitimização do paciente. É imperativo que as vítimas de violência sexual sejam tratadas com respeito e dignidade durante todo o exame, independentemente de seu status social, raça, religião, cultura, orientação sexual, estilo de vida, sexo ou ocupação. Também é imperativo que tenham uma boa compreensão dos principais componentes e requisitos de um exame forense<sup>28</sup>.

A coleta de evidências forenses nas vítimas de violência sexual deve ocorrer o mais rápido possível. A probabilidade de coletar material probatório diminui com o passar das horas. O ideal é que as evidências sejam coletadas dentro de 24 horas após o ataque; depois de 72 horas, a positividade dos exames reduz consideravelmente<sup>28</sup>.

No caso do manejo das vítimas de VS, diretrizes podem ajudar os sistemas nacionais de saúde a melhorar a qualidade do atendimento e do apoio prestado às vítimas; em segundo lugar, os procedimentos padrão podem orientar o processo de coleta de evidências forenses; e em terceiro lugar, podem ser uma ferramenta educacional útil para profissionais de saúde que buscam aumentar sua capacidade de fornecer um nível adequado de cuidado<sup>28</sup>.

### 3.2 Violência Sexual Infantil

Os conceitos de criança e adolescente e seus limites etários são variáveis de país para país. Para a Convenção dos Direitos da Criança, o termo criança se aplica a todo o ser humano menor de 18 anos, exceto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo<sup>32</sup>. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera como criança os menores de 12 anos e como adolescentes aqueles com idade maior ou igual a 12 anos e menor de 18<sup>33</sup>.

Abuso sexual contra a criança pode ser entendido como qualquer contato sexual com ou sem penetração, cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança. Inclui também voyeurismo, exibicionismo e produção de fotos<sup>34</sup>. Pode ser diferenciado de jogos sexuais pela diferença de idade de 5 ou mais anos entre os participantes e ausência de coerção<sup>35</sup>.

Foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2017 como "o envolvimento de uma criança ou um adolescente em atividade sexual que ele ou ela não compreende completamente e é incapaz de dar consentimento para, ou para o qual a criança ou adolescente não está desenvolvida, não está apta e não pode dar o consentimento para, ou que viola as leis ou tabus da sociedade"<sup>36</sup>.

De acordo com a forma do abuso, há três categorias comumente relatadas na literatura: ausência de contato, contato e penetração<sup>37</sup>. Abuso com ausência de contato engloba uma série de atividades que exploram a criança para a gratificação sexual do abusador. Nestes casos, pela própria natureza do abuso não haverá vestígios ao exame físico.

Abuso com contato inclui toques ou carícias. Sabe-se hoje que a maioria dessas crianças terá um exame normal<sup>38</sup>. Tem sido aventado que causar lesões à criança tem um risco alto de descoberta e da perda de acesso à vítima<sup>39</sup> e por isso na ótica do abusador, não causar lesões é um requisito para o acesso continuado do relacionamento abusivo.

Penetração engloba a relação sexual oral, anal ou vaginal. É importante ressaltar que relatos de penetração vaginal em meninas pré-púberes devem ser interpretados com cautela. Tem sido defendido que elas podem descrever como "penetração" a fricção ou o ato de empurrar o pênis contra a sua genitália externa, mesmo quando estas tentativas não ultrapassam o hímen, por lhes faltar um referencial para suas experiências<sup>40</sup>. É necessário também considerar que a vagina de uma criança pré-púbere tem um comprimento de quatro a seis centímetros; um epitélio delgado; a parede mais fina; é mais estreita; e não tem a distensibilidade da vagina de adolescentes ou mulheres adultas<sup>41</sup>.

O termo estupro, no Brasil, pode ser aplicado a ambos os sexos e tanto a formas de violência sexual que envolvem penetração quanto a qualquer outra forma de ato libidinoso. O tipo penal “estupro de vulnerável”, art. 217-A, da Lei 12.015 de 2009 que altera o Código Penal Brasileiro, é definido como “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém menor de 14 anos” ou com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência<sup>42</sup>.

A maioria das crianças que são avaliadas para suspeita de abuso sexual não tem sinais de lesão ou infecção. Ferimentos leves cicatrizam rapidamente e, se a criança não é examinada dentro de dias após a agressão, os achados do exame provavelmente serão normais. Outra razão para a falta de lesão em crianças pré-púbere é que o tipo de abuso (por exemplo, tocar, acariciar, contato oral genital) não causa lesões<sup>43</sup>.

Na avaliação de crianças com suspeita de abuso sexual, é necessário conhecer os achados ano-genitais que possam sinalizar abuso, as variações normais da anatomia ano-genital, e alterações ano-genitais típicas de outras condições médicas que podem ser confundidas com abuso sexual. E ressaltar que apenas uma pequena porcentagem de crianças avaliadas por suspeita de abuso sexual tem sinais de lesão genital ou anal ao exame<sup>44,45</sup>, e em poucos casos o exame físico ou testes laboratoriais poderão fornecer dados confirmatórios<sup>46</sup>.

Em 1992, Adams et al.<sup>47</sup> publicaram uma tabela propondo critérios para a interpretação dos achados ano-genitais no exame de crianças suspeitas de serem vítimas de abuso sexual. Em 2001 e 2007, essa tabela foi revista e ampliada, como resultado da contribuição de vários especialistas, e foi incluída nas diretrizes para avaliação de crianças com suspeita de abuso sexual elaboradas pela Academia Americana de Pediatria (AAP)<sup>48,49</sup>. As duas últimas revisões dessa tabela foram publicadas em 2016 e 2018<sup>50</sup>.

Na falta de uma diretriz nacional validada com dados locais para a interpretação dos diferentes achados ano-genitais quanto à possibilidade de abuso sexual, a tabela de Adams adotada nas diretrizes da AAP e da OMS<sup>50</sup> pode servir como um guia para auxiliar na interpretação desses achados em crianças com suspeita de abuso sexual aqui no Brasil (Apêndice D).

### **3.3 Legislação Brasileira**

O Código Penal Brasileiro, modificado pela Lei nº12.015 de 07.08.2009, define estupro como: “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção

carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”<sup>8</sup>. Trata-se de uma forma de violência considerada um problema de saúde pública e direitos humanos universais que atinge indistintamente todas as classes sociais, etnias, religiões, economias e culturas<sup>52</sup>.

Recentemente vários dispositivos legais foram editados no Brasil com o intuito de proporcionar um progressivo avanço nos direitos da criança e nas políticas públicas de combate à violência infantil<sup>53</sup>. Um marco legal importante foi a criação, em 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>33</sup>. Como desdobramento do ECA, foi criado em 1991 o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)<sup>54</sup>, órgão responsável por estabelecer as diretrizes para a Política Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes.

Em várias cidades do país, foram criados Centros de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA), com a finalidade de desenvolver mecanismos que possam garantir proteção jurídico-social, prevenção e o atendimento direto às crianças, adolescentes e seus familiares em situação de violência sexual. Na Bahia, em Salvador, o CEDECA está localizado na Rua Gregório de Matos, nº 51, Pelourinho<sup>55</sup>.

A partir de 2002, foi iniciado o Programa Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (PAIR), com uma metodologia de fortalecimento de redes municipais de enfrentamento da violência sexual por intermédio do fomento ao planejamento de ações integradas, elaboração de diagnósticos locais monitoramento das ações e capacitação de profissionais do sistema de garantia de direitos nos eixos de análise de situação atendimento, defesa, responsabilização e prevenção<sup>56</sup>.

Em 2003, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, diretamente ligada à Presidência da República, passou a coordenar e executar o “Disque-Denúncia”. Esse serviço foi criado em 1997, por parceria entre o Governo Federal e a Associação Brasileira Multidisciplinar de Proteção à Criança e ao Adolescente (ABRAPIA). O Disque-Denúncia é um serviço de discagem direta e gratuita que originalmente foi criado para receber denúncia de abuso sexual. Atualmente, tem a finalidade de receber denúncias de quaisquer transgressões aos direitos de crianças e adolescentes e encaminhá-las aos órgãos competentes, além de orientar sobre os serviços e redes de atendimento e proteção nos estados e municípios. Desde 2006, o número mudou para Disque 100, e a partir de abril de 2008 recebe denúncias do exterior (55 61 3429.2800), e também denúncias por endereço eletrônico ([disquedenuncia@sedh.gov.br](mailto:disquedenuncia@sedh.gov.br))<sup>57</sup>.

Em 2006, também foi instituído o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), por meio da Resolução 113 do CONANDA, representado pelo conjunto de instâncias que integram a Rede de Promoção, Atendimento e Defesa de Direitos, tendo os Conselhos dos Direitos das Criança e do Adolescente (CMDCA) como principal instância de controle para formulação e deliberação das políticas públicas no âmbito municipal, estadual e federal voltadas ao atendimento de crianças e adolescentes<sup>58</sup>.

No Brasil, semelhante ao que aconteceu em outros países, a frequência de encaminhamento de casos suspeitos de abuso sexual tem aumentado, como resultado das campanhas públicas de conscientização da população, especialmente com o “Disque-denúncia” e cartilhas sobre abuso sexual contra crianças dirigidas a educadores, médicos e à comunidade<sup>59-62</sup>.

Em 2011, a vigilância e a prevenção de violências ganharam mais um reforço com a publicação da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que universalizou a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde, incluindo-a na relação de doenças e agravos de notificação compulsória que são registradas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Para o SINAN são encaminhadas as notificações que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória, que controla o registro e o processamento desses dados em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal<sup>63</sup>.

Em 2013, o Decreto nº 7.958 define diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, e as competências do Ministério da Justiça e da Saúde para sua implementação. A grande novidade deste decreto incluiu a possibilidade de coleta de vestígios de abuso sexual nas vítimas no atendimento pelos profissionais da rede do SUS para posterior encaminhamento à perícia oficial, assegurada a cadeia de custódia, com a cópia do Termo de Consentimento Informado<sup>64</sup>.

Ainda em 2013, a Lei nº 12.845<sup>65</sup> dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual: “Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar”. Ressalta que cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor<sup>66</sup>.

Em 2014, a Portaria nº 485 redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS. Esta portaria define que os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e

Pessoas Idosas em situação de violência sexual poderão ser organizados em hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, unidades de pronto atendimento e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares<sup>67</sup>.

Em 2014, foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014, com a nova lista de doenças e agravos de notificação compulsória. Nessa Portaria, os casos de violência sexual e tentativa de suicídio passam a ser agravos de notificação imediata (em até 24 horas, pelo meio de comunicação mais rápido) para as Secretarias Municipais de Saúde<sup>68</sup>.

E em 2015, a Portaria interministerial nº 288 estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do SUS quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Essa portaria possibilita implementar, em âmbito nacional, o registro de informações e a coleta de vestígios durante o atendimento prestado, em hospitais do SUS, às pessoas em situação de violência sexual, evitando a que a mulher passe duas vezes pelo mesmo processo. Os serviços de saúde não substituem as funções e atribuições da segurança pública, como a medicina legal, já que ambos devem atuar de forma complementar e integrada. O registro de informações e a coleta de vestígios poderão ser encaminhados, quando requisitados, à autoridade policial. Por se tratar de legislação recente, é de se esperar uma mudança gradativa, em todo o país, da antiga visão com foco prioritário médico-legal para uma abordagem centrada nas necessidades das vítimas<sup>69</sup>.

A Portaria de Consolidação nº 4 de 28/09/2017<sup>70</sup> altera a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 para Definir a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional<sup>70</sup>.

Em vigor desde o dia 3 de outubro de 2018, a Lei nº 13.721, que alterou o artigo 158 do Código de Processo Penal, estabeleceu que será dada prioridade à realização do exame de corpo de delito quando se tratar de crime que envolva violência doméstica e familiar contra mulher ou violência contra criança, adolescente, idoso ou pessoa com deficiência<sup>71</sup>.

A Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, estabelece que a criança e o adolescente, vítima ou testemunha de violência, deverá ser ouvido via escuta especializada ou depoimento especial para confirmação<sup>72</sup>. Já a Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019, alterou a Lei nº 10.778 para dispor que constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, em até 24 horas, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados<sup>73</sup>.

### 3.4 *Choosing Wisely*

*Choosing Wisely*® é uma iniciativa desenvolvida pelo *American Board of Internal Medicine* (ABIM) para identificar testes ou procedimentos na saúde que muitas vezes são superutilizados<sup>74</sup>. Se expandiu oficialmente para outros países, como Canadá, Inglaterra, Alemanha, Itália, Holanda, Suíça, Austrália, Nova Zelândia e Japão. Essa iniciativa tem recebido denominações diferentes em outros países: na Suíça, “medicina inteligente”, enquanto na Itália “fazer mais não significa fazer melhor”. Em 2015, mais de doze países já haviam implementado o programa, envolvendo mais de setenta especialidades médicas. Esses países estão agrupados no denominado *Choosing Wisely International*<sup>74,75,76</sup>.

A CCW não questiona os métodos que são realizados, mas propõe uma reflexão sobre o que deve ou não ser feito. Não se trata de uma crítica ao trabalho dos médicos, e sim de um incentivo a repensar se determinada conduta é mesmo indispensável e quais são as ações diagnósticas e terapêuticas que podem – e devem – ser evitadas. Condutas desnecessárias com o paciente e os desperdícios na saúde são uma preocupação frequente entre os gestores e as sociedades médicas no mundo<sup>11,78</sup>.

A ABIM iniciou a estratégia de forma não impositiva contra condutas habitualmente adotadas por especialidades médicas. Sendo assim, ao invés de criticar, envolveu as especialidades, para apontar condutas médicas frequentes que não deveriam estar sendo adotadas e, de certa forma, levou os especialistas a refletirem sobre suas práticas<sup>80,81</sup>. Apontar condutas médicas correntes que não deveriam ser adotadas, ao menos indiscriminadamente, fez com que os próprios especialistas refletissem e contraindicassem ações relacionadas à sua especialidade. O que começou timidamente, hoje já abrange mais de 70 sociedades médicas<sup>19</sup>.

A campanha *Choosing Wisely*, ou “escolhendo sabiamente”, em uma tradução livre, é uma iniciativa alavancada pela percepção de que há em todo o mundo um excesso de solicitações de exames e, conseqüentemente, um sobrediagnóstico, que origina tratamentos e procedimentos desnecessários, que não agregam benefícios aos pacientes<sup>82</sup>.

A proposta da campanha *Choosing Wisely* é a conscientização dos médicos e dos pacientes sobre condutas desnecessárias, orientando escolhas inteligentes e eficazes para garantir alta qualidade na saúde. O objetivo central é garantir o cuidado certo, na hora certa, promovendo reflexão entre os médicos, e informando a população. As recomendações são baseadas em evidências, visando a um atendimento adequado com base na situação individual de cada paciente<sup>83,84</sup>.

A campanha deixa claro que escolher sabiamente não tem o intuito primordial de economia de recursos, outrossim de adequar a assistência, tendo como base evidências científicas que favorecem um melhor cuidado aos assistidos e reduz os males à saúde que possam advir de condutas correntes, porém desnecessárias. Além disso, a campanha também propõe a conscientização dos indivíduos, para que as decisões sejam refletidas e compartilhadas também pela sociedade<sup>21</sup>.

Um painel de especialistas elabora a construção de proposições por intermédio do Painel Delphi. No final cria-se uma lista com cinco a dez recomendações que são divulgadas para a comunidade médica, com o objetivo de estimular uma maior atenção para esses temas e evitar condutas desnecessárias que possam levar a malefícios para o paciente e uso inapropriado de recursos do sistema de saúde<sup>19,85</sup>.

Após a tomada de decisões baseada em evidências, a lista deve ser compartilhada entre os médicos, outros profissionais da saúde e com a população, por intermédio dos meios de comunicação. A participação ativa de médicos e pacientes, assim como o envolvimento de especialidades médicas e instituições de saúde tem papel fundamental nas ações para redução do uso de procedimentos desnecessários, que resultam em pouco ou nenhum benefício ao paciente evitando suas eventuais consequências<sup>86</sup>.

Três pontos importantes envolvem essas ações e iniciativas: o ético, de modo a garantir a segurança do paciente; a qualidade, que envolve melhores práticas clínicas; e a difusão de inovações que tenham custo-benefício favorável<sup>87,88</sup>.

### **3.5 A medicina defensiva nos dias atuais**

Para fazer frente ao elevado número de demandas, envolvendo processos judiciais na área médica, na década de 1990 surgiu nos Estados Unidos a medicina defensiva. O termo define o uso de estratégias para diagnóstico ou terapia com o objetivo primordial de evitar ações em tribunais. Na prática, ela se baseia no uso abusivo de práticas terapêuticas, supostamente consideradas seguras, excessiva utilização de exames para esclarecimento diagnóstico e encaminhamentos recorrentes a especialistas diversos para assegurar cobertura total à possibilidade de falha ou atraso no diagnóstico<sup>14</sup>. A prática corrente da medicina defensiva remonta a algumas análises que poderiam justificar os prováveis motivos para sua utilização, dentre os quais a insegurança profissional, levando a excessiva solicitação de exames complementares, que se justificaria por uma má formação acadêmica, com deficiente formação de base nas áreas de propedêutica e raciocínio clínico. Também fazem parte a

utilização de práticas terapêuticas nem sempre respaldadas pelas evidências, numa tentativa de evitar acusações de erros e negligências, ou até mesmo um excesso de zelo e mais uma vez, insegurança que motiva o encaminhamento de pacientes, especialmente com sintomatologias vagas e recorrentes, a diversos especialistas, antes de proceder uma história clínica detalhada e um minucioso exame físico, muitas vezes denotando ausência de comprometimento do médico com o paciente em questão. A literatura mostra uma série de exemplos de situações clínicas em que esses relatos encontram ressonância, como, a excessiva solicitação de ressonância magnética em pacientes com queixas de cefaleia, sem quaisquer outros sinais de alerta associados, logo numa primeira avaliação, ou a indicação sistemática de endoscopia e até colonoscopia em pacientes jovens com dispepsias sem sinais de agravo. Como resultado da prática da medicina defensiva, Minossi e Silva (2013)<sup>14</sup>, ressaltam alguns pontos que merecem destaque:

1. Onerar excessivamente o paciente;
2. Onerar excessivamente os planos de saúde;
3. Interferir negativamente na relação amistosa que o médico deve ter com seus pacientes e familiares;
4. Recusa no atendimento a pacientes graves, com doenças complexas e com potencial de complicações ou sequelas;
5. Maior sofrimento ao paciente, que não decorre apenas do fato de a medicina tornar-se mais dispendiosa e artificial, mas também da menor resolutividade.

Múltiplos encaminhamentos, excesso de exames, terapêuticas desnecessárias ou não resolutivas são algumas das condutas que distanciam o profissional da possibilidade, muitas vezes simples e eficiente, de resolutividade do problema do seu assistido, da boa relação profissional/paciente, além de gerar ônus pessoal e financeiro ao enfermo e sua família e gastos desnecessários para a saúde pública<sup>90</sup>. Para a prática da boa medicina e menor ocorrência de erros, as medidas protetivas para os atos médicos devem incluir a prática correta dos saberes médicos, o uso adequado das tecnologias, das leves às duras, uma boa relação profissional/paciente e uma conduta profissional baseada nos princípios éticos da medicina e no conhecimento dos deveres da conduta médica, quais sejam: dever de informação, dever de atualização, dever de vigilância e dever de abstenção de abuso<sup>14</sup>.

O médico, para ser condenado por qualquer um dos tribunais, principalmente na justiça civil, em que acontece a maioria das ações por responsabilidade médica, precisa

provocar um dano ao seu paciente, e este dano tem que ser o resultado de um ato culposo, isto é, tem que agir com imperícia, negligência ou imprudência. Por maior que seja o dano, o médico só será condenado, se comprovado culpa. Ao atuar pautado no conhecimento científico e na boa ética profissional, o médico tem a garantia de um julgamento justo em casos de litígios, não sendo necessário, portanto, recorrer à prática da medicina defensiva<sup>14</sup>.

### 3.6 Medicina baseada em evidências

A campanha do *Choosing Wisely* caminha lado a lado com o movimento da medicina baseada em evidências, pois para refletir, criticar e propor mudanças em condutas estabelecidas e reconhecidas como práticas correntes por diversas sociedades médicas, é preciso uma análise crítica e cuidadosamente realizada à luz das evidências. O movimento denominado Medicina Baseada em Evidências (*Evidence-Based Medicine/ EBM* ou *MBE*) tem ajudado a ampliar a discussão sobre a prática da medicina. Embora esse tenha sido introduzido recentemente, os métodos didáticos que lhe servem de alicerce não são totalmente novos<sup>91</sup>.

A MBE traduz-se pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar racionalmente, a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica. As dúvidas que surgem ao resolver problemas de pacientes são os principais estímulos para que se procure atualizar os conhecimentos<sup>91</sup>.

A MBE é definida como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica. Em outras palavras, ela utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica. Quando abordamos o tratamento e falamos em evidências, referimo-nos a efetividade, eficiência, eficácia e segurança. A efetividade diz respeito ao tratamento que funciona em condições do mundo real. A eficiência diz respeito ao tratamento barato e acessível para que os pacientes possam dele usufruir. Referimo-nos à eficácia quando o tratamento funciona em condições de mundo ideal. E, por último, a segurança significa que uma intervenção possui características confiáveis que tornam improvável a ocorrência de algum efeito indesejável para o paciente. Portanto, um estudo com boa validade interna deverá apresentar os componentes descritos acima<sup>92</sup>.

### 3.7 A prevenção quaternária

Segundo a definição do Dicionário Internacional para Prática Geral/Familiar da WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*), a prevenção é a ação de evitar a ocorrência ou o desenvolvimento de um problema de saúde e/ou suas complicações. Está conceitualmente dividida em quatro categorias:

- (i) Prevenção primária: são ações para evitar ou remover uma causa de problema de saúde em um indivíduo ou população antes que este problema apareça, ou seja, ações voltadas para a promoção da saúde e proteção específica cujos exemplos são a vacinação e as práticas educativas;
- (ii) Prevenção secundária: ações tomadas para detectar precocemente problemas de saúde em indivíduos ou na população, facilitando a cura, reduzindo ou prevenindo sua evolução ou efeitos a longo prazo. Como exemplos dessa categoria, citam-se exames de rastreamento (por exemplo: mamografia, preventivo de câncer do colo uterino);
- (iii) Prevenção terciária: são ações com vistas à redução de efeitos crônicos de um problema de saúde em um indivíduo ou em uma população, minimizando suas consequências funcionais decorrentes de eventos agudos ou crônicos, como prevenção de complicações do diabetes ou reabilitação após um acidente vascular encefálico (AVE);
- (iv) Prevenção quaternária: ações tomadas para identificar pacientes em risco de uso de medicalização excessiva, para protegê-los de novos procedimentos médicos invasivos, e para sugerir intervenções eticamente aceitáveis<sup>23</sup>.

A prevenção quaternária (P4) apesar de recente, remete aos primórdios da prática médica e ao princípio da não-maleficência da era hipocrática<sup>24</sup>. Também está inserido no Código de Ética Médica (arts. 1º, 14º, 20º, 24º e 35º) no capítulo da responsabilidade profissional, quando veda ao médico causar dano ao paciente, praticar ou indicar atos desnecessários, permitir que outros interesses interfiram nos seus atos profissionais; no capítulo dos direitos humanos, vedando deixar de garantir ao paciente que este decida sobre sua pessoa ou bem-estar, bem como limitá-lo em caso de necessidade e ao exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicando o tratamento ou excedendo consultas ou procedimentos médicos<sup>25</sup>.

Talvez uma das formas mais importantes de se evitar o excesso de exames complementares, a medicalização excessiva das pessoas e praticar a prevenção quaternária seja o *front* estratégico da educação permanente e na formação dos profissionais de saúde, para que práticas de excelência possam ser desenvolvidas e consolidadas no sentido de diminuir a iatrogenia do cuidado, ainda relativamente pouco percebida no Brasil<sup>93</sup>.

O princípio da não-maleficência, representando pelo brocardo *Primum non nocere* (Primeiro não prejudicar), associado a MBE, instrui a decisão clínica<sup>94</sup>.

Considerando que:

- São frequentes as publicações da campanha CW na literatura científica atual, algumas listadas a seguir: CW para solicitação dos Anticorpos Antinucleares<sup>95</sup>; CW sobre o manejo terapêutico nas Faringites em crianças<sup>87</sup>; CW em doenças infecciosas<sup>88</sup>; CW para redução de transfusões sanguíneas desnecessárias pelo Departamento de Cirurgia no Johns Hopkins Hospital, Baltimore, USA<sup>75</sup>; CW Testes e tratamentos para relacionados a sangue e Transplante de Medula Óssea<sup>76</sup> e CW em Reumatologia Pediátrica<sup>97</sup>, demonstrando a aplicabilidade e aceitação da estratégia em cenários diversos;
- Na literatura científica internacional pesquisada, não encontramos artigos da Campanha *Choosing Wisely* na Medicina Legal, na Sexologia Forense, na Violência Sexual;
- No acervo da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica (*website* e Revista *Perspectiva em Medicina Legal e Perícia Médica*), nos Manuais Técnicos e nos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) faltam dados sobre a utilização do *Choosing Wisely*.

A justificativa deste estudo foi estabelecer lista específica CW na Sexologia Forense, construída pelos próprios peritos médicos legistas, permitindo aos profissionais avaliar sua atuação, analisar escolhas mais corretas e efetivas dentro da sua prática médico-pericial.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Desenho do Estudo**

Foi realizado um estudo avaliativo com três projeções, sendo o observacional ambispectivo, para os dados quantitativos de caracterização da amostra de participantes, das respostas objetivas e revisão dos laudos antes e após a campanha; qualitativo com análise temática de conteúdo para as respostas discursivas; e de intervenção quanto às atividades de educação médica após a consolidação da lista de ações contraindicadas.

### **4.2 População**

#### 4.2.1 População alvo

Médicos que realizam exames em vítimas de violência sexual.

#### 4.2.2 População acessível

Peritos Médicos Legistas do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, Salvador, Bahia. Nas oficinas, PML do interior do estado que participaram das oficinas.

### **4.3 Critérios de inclusão e exclusão**

#### 4.3.1 Critérios de inclusão

- Para participação no Painel Delphi e construção da lista e proposições da CCW, foram recrutados vinte e quatro Peritos Médicos Legistas que realizavam perícias nas vítimas de violência sexual com Residência Médica, Título de especialista, Mestrado e/ou Doutorado e/ou atuavam como docente em Faculdade de Medicina ou na Academia da Polícia Civil da Bahia;

- Em relação às oficinas da CCW realizadas, os quarenta e oito PML da Secretaria de Segurança Pública que se inscreveram no Setor de Ensino e Pesquisa do Departamento de Polícia Técnica (35 PML da capital e 13 PML do interior da Bahia);

- Em relação aos laudos periciais, foram incluídos e analisados 851 dos 874 laudos realizados em vítimas de violência sexual, nos segundos semestres de 2017 e 2019, período antes e após a intervenção da CCW.

#### 4.3.2 Critérios de exclusão

- Peritos Médicos Legistas do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues que se afastaram da atividade pericial durante a CCW (falecimento, aposentadoria ou troca de função dentro da Instituição);

- Laudos periciais dos segundos semestres de 2017 e 2019 confeccionados pelos PML que se afastaram da atividade pericial. Dos 874 laudos periciais, vinte e três laudos foram excluídos, pela impossibilidade de comparação dos laudos antes e após a intervenção da CCW, pois durante a campanha houve o falecimento de um PML, a aposentadoria de outro e a troca de função de três PML dentro da Instituição).

#### 4.4 Amostragem

Estudaram-se amostras de conveniência que incluíram:

- PML que realizam exames em vítimas de violência sexual no IMLNR;
- PML do interior do estado nas oficinas da CCW;
- Laudos consecutivos das perícias de sexologia, realizadas por médicos legistas do IMLNR para comparação do período pré- intervenção (segundo semestre de 2017) e pós-intervenção (segundo semestre de 2019).

#### 4.5 Campo do estudo

O estudo foi realizado no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR), do Departamento de Polícia Técnica (DPT) da Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia (SSP-BA), localizado na Avenida Centenário nº 990, Garcia, Salvador – Bahia.

O IMLNR é o órgão público de referência para as perícias das vítimas de violência sexual da Região Metropolitana de Salvador, responsável pela realização das perícias forenses, com produção de laudos periciais essenciais como prova material para Justiça.

A Região Metropolitana de Salvador (Figura 1)<sup>98</sup>, é constituída por 13 municípios: Camaçari, Candeias, Dias d'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, Salvador, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz e conta com população estimada em 2018 de 3.899.533 de habitantes<sup>99</sup>.

**Figura 1** - Municípios Integrantes da Região Metropolitana de Salvador



As perícias de sexologia são realizadas por médicos legistas de plantão na Instituição e envolvem entrevistas com a vítima e ou familiares, exame físico e coleta de exames laboratoriais: teste de gravidez por pesquisa de beta b-hCG (gonadotrofina coriônica humana), pesquisa de espermatozoides por exame microscópico, pesquisa de antígeno prostático específico (PSA) para identificar sêmen, bacterioscopia, alcoolemia, pesquisa de tóxicos, Anti HIV 1 e 2 de acordo com os achados periciais, uma vez que na doutrina médico-legal prevalece o entendimento de que o objetivo das perícias na esfera penal é descrever o que pode ser observável seguindo o princípio “*Visum et repertum*”, e extrair daí as conclusões<sup>30</sup>.

Válido ressaltar que os exames periciais do resto do estado da Bahia são realizados em Coordenadorias Regionais de Polícia Técnica (CRPT’s), assim distribuídas: CRPT Feira de Santana, Alagoinhas, Santo Antônio de Jesus, Santo Amaro, Serrinha, Irecê, Jacobina, Itaberaba, Seabra, Itabuna, Ilhéus, Valença, Porto Seguro, Teixeira de Freitas, Barreiras, Santa Maria da Vitória, Bom Jesus da Lapa, Juazeiro, Euclides da Cunha, Senhor do Bonfim, Paulo

Afonso, Jequié, Itapetinga, Guanambi, Brumado, Vitória da Conquista, além dos postos avançados nos municípios de Eunápolis, Itamarajú, Barra e Ilha de Vera Cruz.

#### **4.6 Período do estudo**

A CCW foi realizada de outubro de 2018 a setembro de 2019.

#### **4.7 Descrição das etapas do estudo**

##### **4.7.1 Painel Delphi e a criação da lista da CCW**

A construção da lista da CCW teve início a partir da aplicação de um questionário – apêndice C – enviado *online* utilizando a plataforma *SurveyMonkey*® para 24 PML titulados, que realizavam perícias em vítimas de violência sexual no IMLNR, do Departamento de Polícia Técnica (DPT), da Secretaria de Segurança Pública da Bahia (SSP-BA), com perguntas objetivas e subjetivas.

A parte objetiva do questionário constava de dados epidemiológicos e da atuação profissional: idade, sexo, escola onde formou, ano de formatura, tempo de atuação profissional e características da pós-graduação (residência, estágio, mestrado, doutorado), bem como se o PML tinha conhecimento prévio sobre a CCW, sendo variáveis estudadas pelos recursos do próprio *SurveyMonkey*®.

Na parte subjetiva do questionário, foram solicitadas três proposições, sendo utilizada a técnica do Painel Delphi, com o propósito de fazer projeções com base em suposições intuitivas de peritos ou *experts*. Silva e Tanaka (1999) destacam a utilização da técnica na área de educação médica e de enfermagem para selecionar competências, definir objetivos e conteúdos de cursos e disciplinas<sup>100-102</sup>.

A resposta ao questionário estava vinculada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – apêndice D – ficando cada especialista responsável por enviar seus dados epidemiológicos e no mínimo três proposições da atuação pericial nas vítimas de VS, em que ocorra conduta desnecessária ou sem embasamento científico.

As recomendações que foram recebidas dos participantes do painel com muitos itens duplicados, foram avaliadas, seguindo-se critérios utilizados para construção de outras listas CW, quais sejam: 1. Viabilidade, 2. Suporte de evidência, 3. Sem duplicidade, 4. Livre de

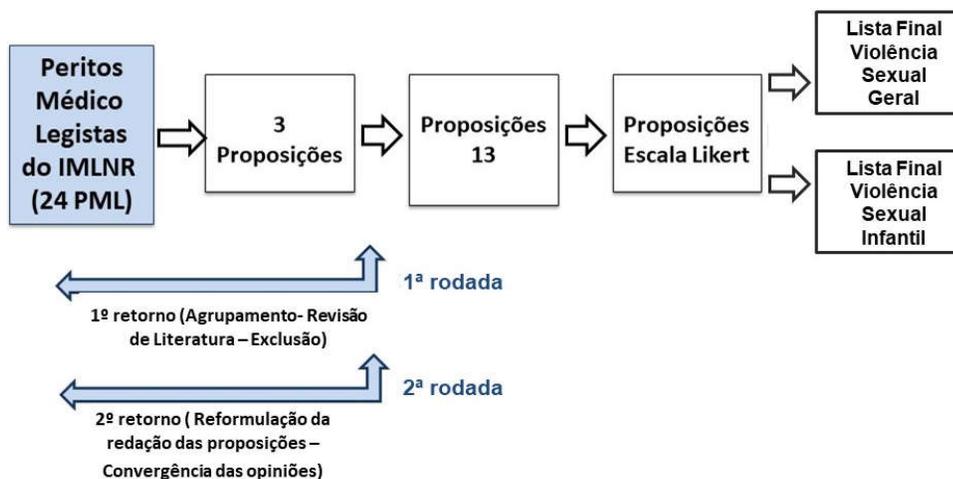
dano, e 5. Verdadeiramente necessário. Foram levadas em conta, ainda, as recomendações do *Choosing Wisely-Brasil*<sup>103</sup>.

A pesquisadora realizou triagem, revisão literária e agrupamento por frequência dos temas enviados pelos PML, excluindo as proposições repetidas, aquelas que não tinham evidências científicas comprovadas na revisão da literatura, além das proposições julgadas como inapropriadas<sup>104,105</sup>.

Visto que o método Delphi é uma técnica que busca obter o consenso de um grupo de especialistas a respeito de um tema, a pesquisadora fez a intermediação até a convergência das opiniões em relação às proposições<sup>100</sup>. Para isso, após cada rodada, as respostas foram tabuladas para refletir o ponto de vista dos painelistas sobre o tema. A tabulação ou o agrupamento das respostas foi adequada à linguagem CW, as proposições foram reenviadas aos PML do PD para acréscimos ou sugestões, buscando a elaboração adequada das proposições, fundamental para o êxito do processo<sup>102</sup>.

Houve divergência na primeira rodada do Painel Delphi, que foi repetida, após a reformulação na redação das proposições. Na segunda rodada, com as modificações propostas para as proposições, obteve-se convergência entre as opiniões dos especialistas (Figura 2).

**Figura 2 - Etapas da construção das listas da CCW**



Fonte: organizado pela autora

A lista com 13 proposições, nos moldes da CCW, foi desenvolvida e reenviada para que os participantes do painel analisassem cada uma, a partir de uma escala tipo Likert de quatro pontos sem a provisão de uma opção neutra - apêndice E - concordo fortemente

(pontuação 4), concordo moderadamente (pontuação 3), discordo moderadamente (pontuação 2) e discordo fortemente (pontuação 1) para a escolha das proposições finais<sup>106,107,108</sup>.

Na computação dos pontos da Escala Likert, poderia ser criada uma lista com cinco a dez proposições. Neste estudo, as oito proposições com as maiores pontuações de concordância foram selecionadas para compor a lista final da CCW, a primeira com 95 pontos; a segunda, com 94 pontos; quatro proposições empatadas com 93 pontos e a sétima e oitava proposições, também empatadas com 92 pontos.

Para confecção dos banners com a lista da CCW, observou-se que existiam 3 proposições que poderiam ser aplicadas a qualquer faixa etária, e cinco que eram exclusivas para faixa etária pediátrica, então optou-se por elaborar dois *banners* com as proposições, uma CW nas Perícias de Vítimas de Violência Sexual (Geral) e a outra CW nas Perícias de Vítimas de Violência Sexual Infantil, ambas enfatizando as condutas desnecessárias na prática médico-pericial alvo da campanha (Figura 3).

#### 4.7.2 A campanha CW

As oito recomendações escolhidas com maior representação foram divulgadas para os Peritos Médicos Legistas do IMLNR e do interior do Estado mediante ações educativas, visando a evitar a adoção de condutas desnecessárias na atuação pericial.

As oficinas da CCW foram uma atividade oficializada, com divulgação e inscrição realizada pelo *site* do Setor de Ensino e Pesquisa do Departamento de Polícia Técnica acessível a todos os PML que realizavam perícias em vítimas de violência sexual do Estado da Bahia. Foram realizadas três oficinas, sendo duas com participação de PML da capital e do interior do Estado, e a última apenas com PML do interior do Estado.

Nas oficinas, a pesquisadora utilizou os seguintes recursos: acolhimento e apresentação das etapas e propostas da oficina; apresentação do conteúdo da campanha *Choosing Wisely* (apêndice F), utilizando recursos audiovisuais; divulgação das proposições da lista que foram selecionadas; discussão coletiva de cada proposição com revisão da literatura; casos clínicos e conclusões pelo grupo das discussões ocorridas durante a oficina. Esses encontros permitiram a construção coletiva do conhecimento, trocas de experiências, atuando como um importante processo educativo de sensibilização, compreensão e reflexão da campanha *Choosing Wisely* e momento de reciclagem profissional. No final de cada oficina, foi respondido um questionário de avaliação – Apêndice G.

Os *banners* (Figura 3) com conteúdo da campanha foram afixados em todos os consultórios da Clínica Médica do IMLNR, e fornecidos aos PML do interior do Estado que participaram das Oficinas, para serem afixados na sua regional.

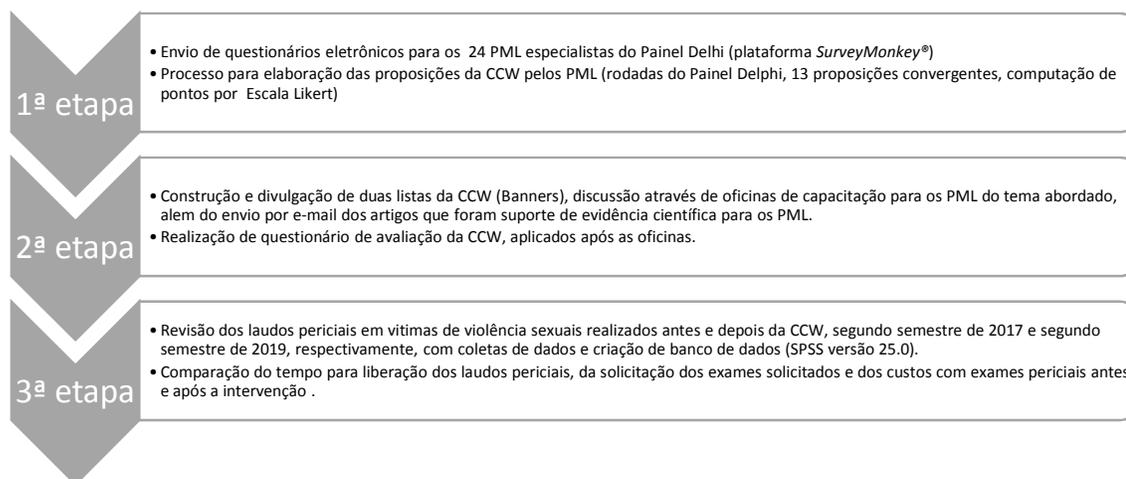
Posteriormente, a pesquisadora divulgou as listas da CCW nos canais de divulgação do DPT, bem como a efetividade da campanha antes e após as intervenções educativas.

#### 4.7.3 Operacionalização de variáveis nos laudos periciais antes e após a CCW

Como a CCW transcorreu de outubro de 2018 a setembro de 2019, optou-se por avaliar o impacto da campanha comparando se houve redução do tempo para liberação das perícias das vítimas de violência sexual realizadas de 2017.2 para 2019.2, e se houve redução na solicitação de exames laboratoriais nesses dois períodos.

Para estruturação do banco de dados e a análise dos dados periciais foi empregado o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 25.0 para Windows<sup>109</sup>. No total 851 laudos periciais foram revisados, sendo 444 laudos realizados no segundo semestre de 2017 e 407 no segundo semestre de 2019. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para avaliar a normalidade das variáveis contínuas. Os testes exatos de qui-quadrado ou Fisher foram utilizados para comparar as variáveis categóricas, e o teste t para amostras independentes. As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas como média e desvio padrão e aquelas com distribuição não paramétrica foram apresentadas com mediana e intervalo interquartil. As variáveis qualitativas categóricas foram apresentadas em valores absolutos e relativos por intermédio do cálculo da distribuição proporcional. Os resultados foram apresentados sob a forma de Tabelas e Gráficos elaboradas no Programa Excel. Para todas as análises, a significância estabelecida foi de  $p < 0,05$ .

Diante das várias etapas apresentadas, a Figura 4 representa um resumo do desenvolvimento desse estudo.

**Figura 3 - Etapas do estudo**

Fonte: organizado pela autora

#### 4.8 Aspectos éticos

O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSp, em 19 de outubro de 2018, sob Parecer número 2.972.706 (Anexo A). Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme exigências da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Na participação por meio eletrônico, eles receberam, junto com o questionário, o TCLE, sendo solicitada a sua leitura previamente à resposta do questionário. Foi considerado como concordância em participar do estudo a resposta ao questionário eletrônico. A pesquisa se iniciou depois da carta de anuência do IMLNR

Quanto as vítimas de violência sexual, os laudos e documentos anexos (guia policiais, relatórios médicos, resultados de exames complementares, fotografias e croquis), não constituíram fontes dos dados diretos desta pesquisa; as informações dos laudos periciais estudadas se resume a dados demográficos, aos exames solicitados e o tempo para liberação do laudo, e a equipe do projeto de pesquisa assumiu o compromisso de salvaguardar a intimidade e a privacidade das vítimas, divulgando os achados apenas de forma consolidada, sem possibilidade de identificação dos sujeitos. Não foi aplicado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os(as) periciandos(as), sendo a dispensa prevista pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>110</sup>. Tal opção decorre do risco de reativação das ocorrências angustiantes da violência sofrida, pelo mero contato para pedir o consentimento, trazendo mais malefício do que autonomia para o participante. Além disso, os

laudos médico-legais são documentos produzidos para integrar autos de processos judiciais que tramitam, em regra, com publicidade, consistindo no *status* de segredo de justiça uma exceção.

## 5 RESULTADOS

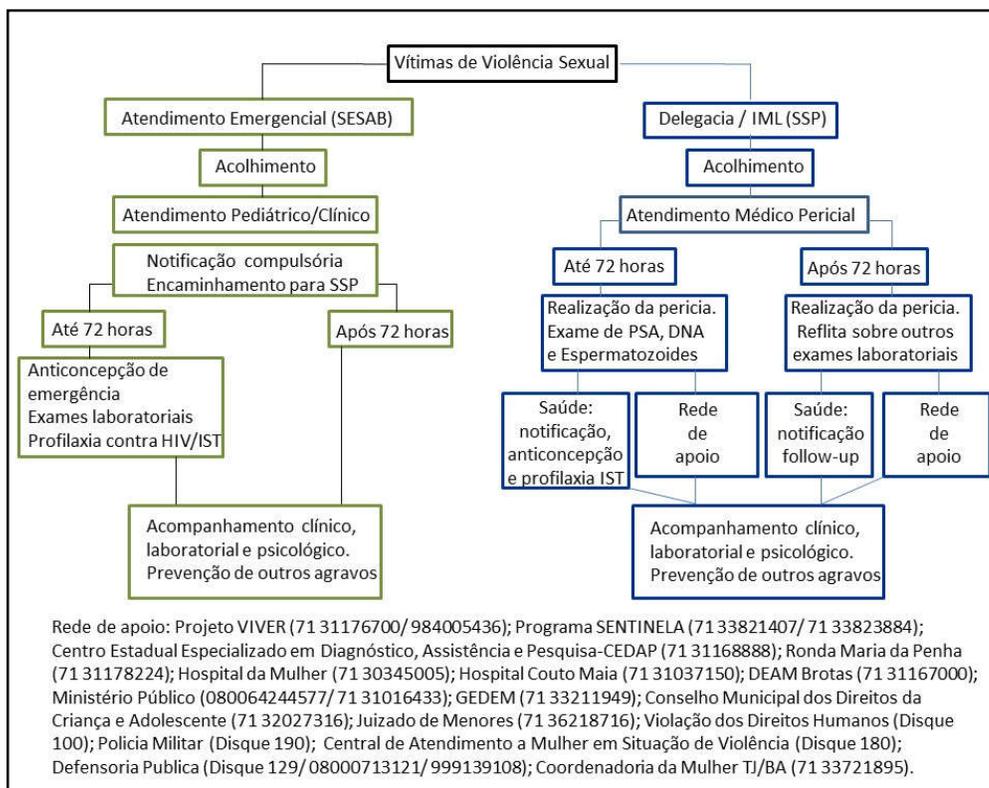
**Figura 4** - A lista com oito proposições da CCW (*Banners*)

Choosing Wisely – Sexologia Forense Perícias de Vítimas de Violência Sexual	BAHIANA FACULDADE DE MEDICINA	Choosing Wisely : Perícias de Vítimas de Violência Sexual Infantil	BAHIANA FACULDADE DE MEDICINA
1 Não solicite exames para pesquisa de espermatozoides, PSA e reserva de DNA em secreções biológicas se tiver transcorrido mais de 72 horas da violência sexual		1 Não solicite teste de gravidez em pacientes do sexo feminino pré-púberes vítimas de violência sexual	
2 Não solicite teste de gravidez em pacientes do sexo feminino pré-púberes vítimas de violência sexual		2 Reflita antes de valorizar como achado físico positivo de abuso sexual, a presença de fendas em quadrantes superiores do hímen de crianças, quando não houver sinais de traumatismo agudo	
3 Não solicite exames toxicológicos rotineiramente nas vítimas de violência sexual		3 Reflita antes de valorizar como achado físico positivo de abuso sexual, a medida ampliada do diâmetro do orifício himenal (óstio) nas crianças	
4 Não indique a utilização emergencial de antibioticoprofilaxia ou o uso de antirretrovirais profiláticos em pacientes com abuso sexual não agudo		4 Reflita antes de valorizar como achado físico positivo de abuso sexual, a presença de dilatação anal em crianças;	
5 Reflita antes de valorizar como achado físico positivo de abuso sexual, a presença de fendas em quadrantes superiores do hímen de crianças, quando não houver sinais de traumatismo agudo		5 Não indique, de forma rotineira a realização de exames para pesquisa de infecções sexualmente transmissíveis em crianças atendidas com suspeita de violência sexual	
 <b>Choosing Wisely</b> <small>An initiative of the ABIM Foundation</small>	 <b>Choosing Wisely</b> <small>An initiative of the ABIM Foundation</small>	 <b>Choosing Wisely</b> <small>An initiative of the ABIM Foundation</small>	 <b>Choosing Wisely</b> <small>An initiative of the ABIM Foundation</small>
<small>"Choosing Wisely"</small> <small>"Escolhendo sabiamente" em Medicina.</small>	<small>American Board of Internal Medicine</small> <small><a href="http://www.choosingwisely.org/">http://www.choosingwisely.org/</a></small>	<small>"Choosing Wisely"</small> <small>"Escolhendo sabiamente" em Medicina.</small>	<small>American Board of Internal Medicine</small> <small><a href="http://www.choosingwisely.org/">http://www.choosingwisely.org/</a></small>

Fonte: organizado pela autora

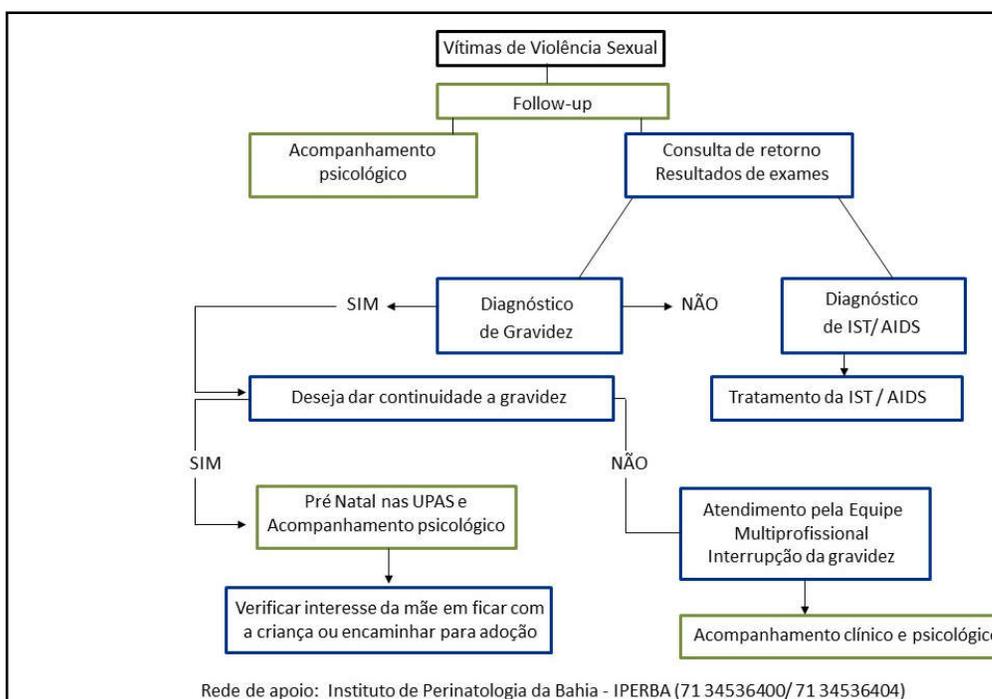
Dois fluxogramas (Apêndice H) foram criados pela autora e utilizados nas oficinas da CCW, com informações para o atendimento inicial das vítimas de violência sexual e o acompanhamento para prevenção de agravos<sup>102</sup>.

## Fluxograma 1 - Atendimento das Vítimas de Violência Sexual



Fonte: resultados da pesquisa

## Fluxograma 2 - Acompanhamento das Vítimas de Violência Sexual



Fonte: resultados da pesquisa

### 5.1 Composição do Painel Delphi para a campanha CW

Dentre os participantes do PD, a mediana de idade foi de 50 anos (IIQ=46-55), discreta predominância do sexo feminino (58%), a maioria tinha mais de dez anos de atuação como PML (92%) e a totalidade atuava na capital (Salvador). A graduação em Medicina dos painelistas ocorreu em 54,2% na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e os demais na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. A maioria tinha Residência Médica ou Título de Especialista (70%); ou Mestrado ou Doutorado (4% e 3% respectivamente). Cerca de 29% atuavam como docentes e a maioria não tinha conhecimento prévio da CCW (78%).

**Tabela 1** - Características demográficas dos peritos médicos legistas recrutados para o Painel Delphi, formação e atuação, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, Salvador-BA.

<b>Variáveis</b>	
<b>Idade, anos (mediana, IIQ)</b>	50 (IIQ=46-55)
<b>Sexo (n, %)</b>	
Masculino	10 (42)
Feminino	14 (58)
<b>Tempo de formado, anos (mediana, IIQ)</b>	26 (IIQ=21-31)
<b>Atuação como PML (n, %)</b>	
Até 10 anos	2 (8)
Mais de 10 anos	22(92)
<b>Local de atuação como PML (n, %)</b>	
Salvador	24 (100)
<b>Graduação (n, %)</b>	
UFBA/FAMEB	13 (54,2)
EBMSP	11 (45,8)
<b>Pós-Graduação (n, %)</b>	
Residência/Título de Especialista	17 (71)
Mestrado	4 (17)
Doutorado	3 (12)
<b>Atuação como docente (n, %)</b>	
Faculdade de Medicina	6 (25)
ACADEPOL	1 (4)
Não	17 (71)
<b>Conhecimento prévio da CCW (n, %)</b>	
Sim	6 (22)
Não	18 (78)

Abreviação: IIQ, Intervalo interquartil; n, número de participantes; PML, Perito Médico Legista; UFBA/FAMEB, Universidade Federal da Bahia; EBMSP, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; ACADEPOL, Academia da Polícia Civil da Bahia; CCW, Campanha Choosing Wisely  
 Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues/DPT/SSP

## 5.2 Listas elaboradas pelos especialistas do Painel Delphi

As 13 recomendações elaboradas e pontuadas pelos PML são apresentadas na Tabela 2.

**Tabela 2** - Recomendações iniciais do Painel Delphi e Score Total (Escala Likert)

Nº	Proposição	Score Total (Likert Type)	Concordo Fortemente n (%)	Concordo Moderadamente n (%)	Discordo Moderadamente n (%)	Discordo Fortemente n (%)
1.	Não solicite exames para pesquisa de espermatozoides, PSA e reserva de DNA em secreções biológicas se tiver transcorrido mais de 72 horas da violência sexual.	95	95,8 (23)	4,2 (1)	0(0)	0 (0)
2.	Não solicite exames para pesquisa de espermatozoides, PSA e reserva de DNA em secreção anorretal se tiver transcorrido mais de 24 horas da violência sexual.	71	25 (6)	54,2 (13)	12,5 (3)	8,3 (2)
3.	Não solicite teste de gravidez em pacientes do sexo feminino pré-púberes vítimas de violência sexual	94	91,7 (22)	8,3 (2)	0 (0)	0 (0)
4.	Evite solicitar teste de gravidez em pacientes sem história compatível com violência sexual	81	54,2 (13)	33,3 (8)	8,3 (2)	4,2 (1)
5.	Não indique, de forma rotineira, a realização de exames para pesquisa de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em todas as crianças atendidas com suspeita de violência sexual.	92	87,5 (21)	8,3 (2)	4,2 (1)	0 (0)
6.	Evite solicitar exames para pesquisa de Infecções	58	20,8 (5)	25 (6)	29,2 (7)	25 (6)

	Sexualmente Transmissíveis (IST), nas perícias de vítimas de violência sexual se o agressor tiver utilizado preservativo sexual masculino.					
7.	Não solicite exames para pesquisa de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) nas perícias de Sexologia Forense quando não houver sintomatologia e evidencia de violência sexual.	68	35,5 (9)	20,8 (5)	29,2 (7)	12,5 (3)
8.	Não solicite exames toxicológicos rotineiramente nas vítimas de violência sexual.	93	91,6 (22)	4,2 (1)	4,2 (1)	0 (0)
9.	Não interprete como achado físico positivo de abuso sexual, a presença de fendas em quadrantes superiores do hímen das crianças, quando não houver sinais de traumatismo agudo	93	91,6 (22)	4,2 (1)	4,2 (1)	0 (0)
10.	Não interprete como achado físico positivo de abuso sexual, a medida ampliada do diâmetro do orifício himenal (óstio) nas crianças.	92	87,5 (21)	8,3 (2)	4,2 (1)	0 (0)
11.	Não interprete como achado físico positivo de abuso sexual, a presença de dilatação anal em crianças.	92	87,5 (21)	8,3 (2)	4,2 (1)	0 (0)
12.	Não indique a utilização emergencial de antibioticoprofilaxia ou uso de antirretrovirais profiláticos em pacientes com abuso sexual não agudo.	93	91,6 (22)	4,2 (1)	4,2 (1)	0 (0)
13.	Não utilize de forma sistemática a mesma rotina de atendimento das vítimas de violência sexual. A coleta de evidências forenses não se aplica nos casos não agudos	75	41,2 (10)	35,5 (9)	12,5 (3)	8,3 (2)

Fonte: resultados da pesquisa

As recomendações escolhidas para as listas da CCW estão no Quadro 1.

**Quadro 1** - Lista CW de recomendações nas Perícias de Vítimas de Violência Sexual com suas evidências

**1. Não solicite exames para pesquisa de espermatozoides, PSA e reserva de DNA em secreções biológicas se tiver transcorrido mais de 72 horas da violência sexual.**

A coleta do material biológico no corpo da vítima deve ser realizada o mais rapidamente possível a partir do momento da agressão sexual. A possibilidade de se coletar vestígios biológicos em quantidade e qualidade suficientes diminui com o passar do tempo, reduzindo significativamente após 72hs da agressão<sup>10,28,111,112,114</sup>.

**2. Não solicite exames toxicológicos rotineiramente nas vítimas de violência sexual.**

O acolhimento e a escuta qualificada são elementos importantes para uma atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual. O perito deve anotar os fatos alegados buscando informações de forma minuciosa. Só existe justificativa de coletar exames toxicológicos nos casos quando for relatado o uso ou a suspeita do uso destes. O uso de álcool e drogas é mais referido na literatura por adolescentes e mulheres adultas, que por crianças<sup>8,28,52,111,117</sup>.

**3. Não indique a utilização emergencial de antirretrovirais profiláticos em pacientes com abuso sexual não agudo.**

O tratamento profilático de rotina de todos os pacientes que foram abusados sexualmente não é recomendado, pois as evidências sobre a eficácia dessa estratégia são escassas. A profilaxia com antirretrovirais contra o HIV deve ser implementada dentro de 72 horas após o crime sexual<sup>119,120</sup>. Pacientes com abuso sexual não agudo, onde ocorre exposição crônica e repetida ao agressor (situação comum em violência sexual intrafamiliar) não devem receber profilaxia antirretroviral. Casos de violência sexual onde preservativos, masculino ou feminino, são utilizados durante todo o crime sexual, não devem receber a profilaxia contra o HIV<sup>121,122</sup>.

**4. Não solicite teste de gravidez em pacientes do sexo feminino pré-púberes vítimas de violência sexual.**

O estagiamento puberal que permite ao médico compreender o momento maturacional do indivíduo. Na fase pré-puberal a adolescente do sexo feminino não consegue reproduzir. Uma gestação só é possível ao chegar na maturação sexual completa<sup>42,43</sup>. Essa prática, na maioria das vezes, não promoverá modificação nas condutas e se caracterizará como uso inadequado dos recursos da saúde<sup>115,116</sup>.

**5. Não interprete como achado físico positivo de abuso sexual, a presença de fendas em quadrantes superiores do hímen das crianças, quando não houver sinais de traumatismo agudo.**

Os achados de irregularidades nas bordas himenais (entelhes/fendas), de qualquer profundidade, se estiverem localizados acima dos meridianos laterais (3 a 9 horas) e sem sinais de traumatismo agudo são considerados variantes da normalidade. São sinais de traumatismo agudo: hematomas, petéquias, abrasões e lacerações agudas do hímen. A presença desses achados é altamente sugestiva de violência sexual em crianças, mesmo na ausência de revelação do abuso<sup>43,44,50,123,125-127</sup>.

**6. Não interprete como achado físico positivo de abuso sexual, a medida ampliada do diâmetro do orifício himenal (óstio) nas crianças.**

Alguns médicos foram ensinados a medir o tamanho e a largura do orifício himenal como parte do exame. Entretanto, em meninas pré-púberes, a mensuração do diâmetro do orifício himenal ou da largura do hímen são de nenhum valor no diagnóstico de abuso sexual devido às dificuldades de obter uma medida, que varia com o exame, posição, técnica, idade da criança, estado de relaxamento da criança e a habilidade do examinador. Além disso, a aparência da borda do hímen pode mudar com a posição de exame ou técnica. Vários especialistas e organizações profissionais, incluindo o Royal College of Pediatric Child Health, e o protocolo nacional dos EUA para abuso médico forense, fazem recomendação contra a medição do orifício himenal ou a largura himenal. A orla posterior do hímen estreita e lisa em todo seu rebordo é uma variante da normalidade, que pode dar a aparência de abertura vaginal "ampliada"<sup>43,44,50,123,125-127</sup>.

**7. Não interprete como achado físico positivo de abuso sexual, a presença de dilatação anal em crianças.**

A dilatação anal é um achado comumente causado por condições médicas que não sejam traumas ou contato sexual. Lembrar de considerar diagnósticos diferenciais como constipação, encoprese, ou outras razões como sedação, anestesia e condições neuromusculares (alteração do tônus post mortem) que podem causar ampliação do diâmetro anal<sup>43,50,123</sup>.

**8. Não indique, de forma rotineira, a realização de exames para pesquisa de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em crianças atendidas com suspeita de violência sexual.**

Em crianças pré-púberes, a prevalência de infecções sexualmente transmitidas (IST) entre meninas examinadas para possível abuso sexual é baixa. A Academia Americana de Pediatria e Negligência sugere que o teste de IST em crianças pré-púberes seja considerado quando: (1) a criança experimentou a penetração da vagina ou do ânus; (2) a criança foi abusada por um desconhecido; (3) a criança foi abusada por um agressor conhecido sabidamente infectado por IST ou fazer parte de grupo de alto risco de estar infectado (usuários de drogas intravenosas, pessoas com múltiplos encontros semanais); (4) a criança tem um irmão ou outro parente no agregado familiar com uma IST; (5) a criança vive em uma área onde a comunidade tem alta taxa de IST; (6) a criança tem sinais ou sintomas de uma IST; (7) a criança já foi diagnosticada com uma IST<sup>50,128,154</sup>.

Fonte: resultados da pesquisa

### 5.3 Oficinas da campanha CW

Quarenta e oito PML participaram das oficinas realizadas no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues. Desses, a metade (24 PML) foram participantes do Painel Delphi e os outros 24 PML participaram apenas das oficinas da campanha CW. A mediana da idade dos PML, nas oficinas, foi de 51 anos (IIQ= 46-57). A maioria tinha mais de 10 anos de atuação como PML realizando perícias na área de Sexologia Forense (73%) e atuava na capital do Estado (73%). Não houve predomínio de sexo entre os PML, sendo 52% do sexo masculino e 48% do sexo

feminino. Após as oficinas, a CCW foi avaliada como excelente (92%) e muito boa (8%) quanto ao conteúdo, apresentação e discussões das oficinas (Tabela 3).

**Tabela 3** - Características demográficas dos peritos médicos legistas que participaram das oficinas, tempo, local de atuação e avaliação da Campanha *Choosing Wisely*, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, Salvador-BA.

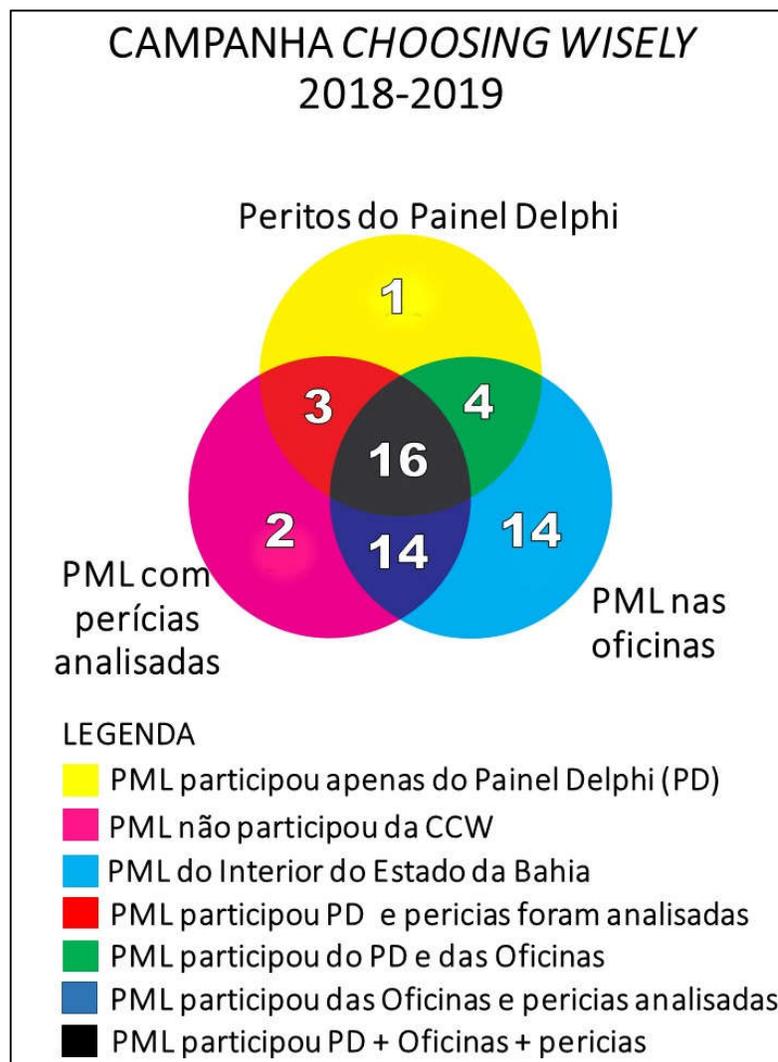
<b>Variáveis</b>	
<b>Idade, anos (mediana, IIQ)</b>	51 (IIQ=46-57)
<b>Sexo (n, %)</b>	
Masculino	25 (52)
Feminino	23 (48)
<b>Tempo de atuação como PML, anos (n, %)</b>	
Até 10 anos	13 (27)
Mais de 10 anos	35 (73)
<b>Local de atuação profissional (n, %)</b>	
Salvador	35 (73)
Outras cidades da Bahia	13 (27)
<b>Participantes do Painel Delphi (n, %)</b>	
Sim	24 (50)
Não	24 (50)
<b>Avaliação da CCW (n, %)</b>	
<b>Qualidade do conteúdo da CCW</b>	
Excelente	45 (94)
Muito boa	3 (6)
<b>Qualidade da apresentação</b>	
Excelente	45 (94)
Muito boa	3 (6)
<b>Qualidade das discussões</b>	
Excelente	45 (94)
Muito boa	3 (6)

Abreviação: IIQ, Intervalo interquartil; n, número de participantes; PML, Perito Médico Legista; CCW, Campanha *Choosing Wisely*

Fonte: resultados da pesquisa

No gráfico a seguir, representamos todos os PML que participaram da CCW, em alguma etapa e de que forma. Válido ressaltar que quatorze PML, que atuam no interior do estado da Bahia, não participaram do PD, participaram apenas das oficinas da CCW, recebendo posteriormente artigos enviados por e-mail. Que dois PML, que atuam na Clínica Médica em Salvador, foram sensibilizados durante a campanha por discussões individuais, pelo envio de artigos por e-mail e visualmente através dos *banners* afixados nos consultórios de atendimento da Clínica Médica do IMLNR. Um PML do IMLNR participou do PD e foi sensibilizado por artigos encaminhados por e-mail. Os demais PML participaram de duas ou todas as etapas da campanha.

**Gráfico 1** - Distribuição dos peritos médicos legistas quanto a sua participação na Campanha *Choosing Wisely*, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, Salvador-BA



Fonte: resultado da pesquisa

#### 5.4 Comparação entre os laudos periciais pré e pós-intervenção (CCW)

No total, 851 periciandos sob a suspeita de violência sexual realizaram perícia no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues nos segundos semestres de 2017 e 2019. Os valores mínimo e máximo encontrados foram, respectivamente, para o sexo feminino: 1 ano e 85 anos e, para o sexo masculino: 1 ano e 90 anos. Comparando duas amostras independentes (2017.2 e 2019.2), a significância foi maior que 0,05, logo esses dois grupos (2017.2 e 2019.2) não diferem significativamente entre si nas idades. Nos dois períodos a Constatação de Conjunção Carnal foi o exame mais solicitado (80,9% e 72%, respectivamente). A mediana da idade dos periciandos foi de 12 anos (IIQ = 7-16), sendo que as crianças foram as mais periciadas (46,4%

e 43,1%, respectivamente), seguidas dos adolescentes (33,1% e 34,6%, respectivamente), conforme a Tabela 4.

**Tabela 4** - Número e distribuição proporcional, mediana e IIQ dos periciandos sob suspeita de violência sexual avaliadas no IMLNR segundo tipo de exames, características biológicas e demográficas. Bahia, 2017.2 e 2019.2.

Perícias (N=851)	Mediana	IIQ	2017.2		2019.2		N	%
			(n)	%	(n)	%		
Constatação de:								
Conjunção Carnal			359	80,9	293	72	652	76,6
Ato Libidinoso			74	16,7	99	24,3	173	20,3
Virgindade			11	2,4	15	3,7	26	3,1
Idade (anos)	12	(7-16)						
<12 anos	6	(3-9)	206	46,4	175	43,1	381	44,8
12 –<18 anos	14	(13-15)	147	33,1	141	34,6	288	33,8
18 e mais	24	(20-34)	91	20,5	91	22,3	182	21,4
Sexo								
Feminino			384	86,5	334	82,1	718	84,4
Masculino			60	13,5	73	17,9	133	15,6
Raca/ Cor da pele								
Faioderma/Parda			212	47,5	204	50,1	416	48,9
Melanoderma/Preta			98	22,2	90	22,1	188	22,1
Leucoderma/Branca			59	13,4	52	12,8	111	13,1
Xandoderma/Amarela			4	0,9	3	0,7	7	0,8
Eritroderma/Indigena			1	0,2	0	0	1	0,1
Não referido			70	15,8	58	14,3	128	15
Naturalidade								
Salvador			290	65,3	271	66,6	561	65,9
Outra cidade			142	32	123	30,2	265	31,2
Não referida			12	2,7	13	3,2	25	2,9
Procedência								
Salvador			319	71,8	310	76,2	629	73,9
Outra cidade			99	22,3	89	21,9	188	22,1
Não referida			26	5,9	8	1,9	34	4

Abreviação: IMLNR, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues; n, número de periciandos; IIQ, Intervalo interquartil.

Fonte: resultados da pesquisa

O intervalo entre o último episódio de abuso sexual e a perícia não foi referido na maioria dos laudos (66%) do segundo semestre de 2017 e 2019. Das perícias que continham essa informação, a maioria registrou o intervalo de tempo inferior ou igual a 72 horas entre a violência sexual e a perícia.

Na análise das perícias realizadas do segundo semestre de 2017 (antes da CCW) e 2019 (depois da CCW), a coleta de secreção biológica para realização de exames quando o tempo registrado entre a violência e a perícia foi inferior ou igual a 72 horas ocorreu em 30,4% e 29,5%, respectivamente. Após a intervenção da CCW, houve redução (3 vezes menos) da coleta de secreção biológica/solicitação de exames nos casos em que o tempo registrado entre a violência e a perícia foi superior a 72 horas (6,5% e 2,2%, respectivamente).

**Tabela 5** - Número e distribuição proporcional das perícias, quanto ao intervalo de tempo entre a VS e a sua realização, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2

<b>Intervalo de tempo entre perícia e VS</b>	<b>2017.2</b>	<b>%</b>	<b>2019.2</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
≤ 24 horas	94	21,2	80	19,7	174	20,4
25 a 72 horas	41	9,2	40	9,8	81	9,5
>72 horas	29	6,5	6	1,5	35	4,1
Não relatado ou indefinido	280	63,1	281	69	561	66
Total	444	100	407	100	851	100

Abreviação: IMLNR, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues.

Fonte: resultados da pesquisa

Mesmo quando a perícia foi realizada em tempo inferior ou igual a 72 horas da VS, a positividade da pesquisa de espermatozoides nas secreções biológicas ocorreu em 15,6 % (2017.2) e 15,8 % (2019.2) dos casos, e a positividade da pesquisa de PSA nas secreções biológicas ocorreu em 25,2% (2017.2) e de 37,5 % (2019.2) dos casos. Nos casos em que o tempo entre a agressão e a realização da perícia foi superior a 72 horas, não foram detectados espermatozoides e PSA nas secreções biológicas na totalidade dos casos.

A ausência de diplococos Gram-negativos ocorreu na totalidade das bacterioscopias realizadas, e isto ocorreu independentemente do tempo entre a perícia e a VS, como descrito nas Tabelas 6, 7, 8 e 9. Observada redução de 47,6% na solicitação desse exame, antes e após a CCW (105 perícias solicitaram esse exame em 2017.2 e, 55 perícias solicitaram em 2019.2).

O estudo do perfil genético, na busca do DNA do agressor, foi realizado em 2 casos em 2017.2 e em 2 casos em 2019.2. Nesses quatro casos, a coleta de secreção biológica para realização deste exame, teve o tempo registrado entre a VS e a perícia inferior ou igual a 24 horas.

A pesquisa de b-hCG foi solicitada em 67,2% das perícias realizadas em até 24 horas após a VS. Na maioria dos casos não foi solicitado a Triagem para HIV (85,5%), Pesquisa de Alcoolémia e Pesquisa toxicológica (96,6%).

**Tabela 6** - Número e distribuição proporcional de exames e seus resultados, quando o intervalo de tempo entre a VS e a realização da perícia foi de até 24 horas, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2

<b>Perícias</b>	<b>2017.2</b>	<b>%</b>	<b>2019.2</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Intervalo de tempo entre perícia e VS</b>						
≤24 horas	94	21,2	80	19,7	174	20,4
Pesquisa de espermatozoide						
Sim, positivo	19	20,2	17	21,2	36	20,7
Sim, negativo	75	79,8	63	78,8	138	79,3
Pesquisa de PSA						
Sim, positivo	31	33	28	35	59	33,9
Sim, negativo	63	67	52	65	115	66,1
Estudo do Perfil Genético						
Realizado	2	2,1	2	2,5	4	2,3
Não realizado	92	97,9	78	97,5	170	97,7
Bacterioscopia para diplococos Gram-negativos						
Presença	0	0	0	0	0	0
Ausência	71	100	37	100	108	100
Exame não solicitado	23		43		68	
Pesquisa de b-hCG						
Não solicitada	34	36,2	23	28,7	57	32,8
Solicitada	60	63,8	57	71,3	117	67,2
Triagem para HIV 1 e 2						
Não solicitada	75	79,8	74	92,5	149	85,6
Solicitada	19	20,2	6	7,5	25	14,4
Pesquisa de Alcoolemia						
Não solicitada	92	97,9	76	95	168	96,6
Solicitada	2	2,1	4	5	6	3,4
Triagem Toxicológica						
Não solicitada	92	97,9	76	95	168	96,6
Solicitada	2	2,1	4	5	6	3,4

Abreviação: IMLNR, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues; VS, Violência Sexual; hs, horas; PSA, Antígeno Prostático Específico; n, número de perícias; b-hCG, Gonadotrofina Coriônica Humana; HIV, vírus da imunodeficiência humana.

Fonte: resultados da pesquisa

Nas Tabelas 7 e 8, evidencia-se uma progressiva diminuição da positividade dos exames solicitados das secreções biológicas, inversamente proporcional ao aumento do intervalo de tempo entre a VS e a realização da perícia.

**Tabela 7** - Número e distribuição proporcional de exames e seus resultados, quando o intervalo de tempo entre a VS e a realização da perícia foi entre 25-72 horas, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2

<b>Perícias</b>	<b>2017.2</b>	<b>%</b>	<b>2019.2</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Intervalo de tempo entre perícia e VS</b>						
≤ 25 a 72 horas	41	9,2	40	9,8	81	9,5
Pesquisa de espermatozoide						
Sim, positivo	2	4,9	2	5	4	4,9
Sim, negativo	39	95,1	38	95	77	95,1
Pesquisa de PSA						
Sim, positivo	3	7,3	4	10	7	8,6
Sim, negativo	38	92,7	36	90	74	91,4
Estudo do Perfil Genético						
Realizado	0	0	0	0	0	0
Não realizado	41	100	40	100	81	100
Bacterioscopia para diplococos Gram-negativos						
Presença	0	0	0	0	0	0
Ausência	34	100	22	100	56	100
Exame não solicitado	7		18		25	
Pesquisa de b-hCG						
Não solicitada	17	41,5	30	75	47	58
Solicitada	24	58,5	10	25	34	42
Triagem para HIV 1 e 2						
Não solicitada	32	78,1	39	97,5	71	87,7
Solicitada	9	21,9	1	2,5	10	12,3
Pesquisa de Alcoolemia						
Não solicitada	40	97,6	35	87,5	75	92,6
Solicitada	1	2,4	5	12,5	6	7,4
Triagem Toxicológica						
Não solicitada	40	97,6	35	87,5	75	92,6
Solicitada	1	2,4	5	12,5	6	7,4

Abreviação: VS, Violência Sexual; IMLNR, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues/SSP; PSA, Antígeno Prostático Específico; hs, horas; n, número de perícias; b-hCG, Gonadotrofina Coriônica Humana; HIV, vírus da imunodeficiência humana.

Fonte: resultados da pesquisa

**Tabela 8** - Número e distribuição proporcional de exames e seus resultados, quando o intervalo de tempo entre a VS e a realização da perícia foi superior a 72 horas, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2

<b>Perícias</b>	<b>2017.2</b>	<b>%</b>	<b>2019.2</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Intervalo de tempo entre perícia e VS</b>						
>72 horas	29	6,5	6	1,5	35	4,1
Pesquisa de espermatozoide						
Sim, positivo	0	0	0	0	0	0
Sim, negativo	29	100	6	100	35	100
Pesquisa de PSA						
Sim, positivo	0	0	0	0	0	0
Sim, negativo	29	100	6	100	35	100
Estudo do Perfil Genético						
Realizado	0	0	0	0	0	0
Não realizado	29	100	6	100	35	100
Bacterioscopia para diplococos Gram-negativos						
Presença	0	0	0	0	0	0
Ausência	25	100	5	100	30	100
Exame não solicitado	4		1		5	
Pesquisa de b-hCG						
Não solicitada	17	58,6	2	33,3	19	54,3
Solicitada	12	41,4	4	66,7	16	45,7
Triagem para HIV 1 e 2						
Não solicitada	23	79,3	5	83,3	28	80
Solicitada	6	20,7	1	16,7	7	20
Pesquisa de Alcoolemia						
Não solicitada	29	100	6	100	35	100
Solicitada	0	0	0	0	0	0
Triagem Toxicológica						
Não solicitada	29	100	6	100	35	100
Solicitada	0	0	0	0	0	0

Abreviação: VS, Violência Sexual; IMLNR, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues/SSP; hs, horas; PSA, Antígeno Prostático Específico; n, número de pericias; b-hCG, Gonadotrofina Coriônica Humana; HIV, vírus da imunodeficiência humana.

Fonte: resultados da pesquisa

Nos casos em que não foi possível definir o tempo transcorrido entre a possível VS e a perícia ou tal informação não foi relatada no laudo pelo perito, os exames solicitados foram proporcionalmente em menor quantidade e com tendência de queda após a intervenção da CCW.

Valido ressaltar que em 2017.2 foi solicitada Pesquisa de b-hCG em duas crianças impúberes, o mesmo não aconteceu após a CCW (em 2019.2).

**Tabela 9** - Número e distribuição proporcional de exames e seus resultados, quando o intervalo de tempo entre a VS e a realização da perícia não foi referido ou ficou indefinido, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2

<b>Perícias (n=561)</b>	<b>2017.2</b>	<b>%</b>	<b>2019.2</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Intervalo de tempo entre perícia e VS</b>						
Não relatado ou indefinido	280	63,1	281	69	561	66
Pesquisa de espermatozoide						
Sim, negativo	29	10,4	20	7,1	49	8,7
Não solicitado	251	89,6	261	92,9	512	91,2
Pesquisa de PSA						
Sim, negativo	29	10,4	20	7,1	49	8,7
Não solicitado	251	89,6	261	92,9	512	91,2
Estudo do Perfil Genético						
Solicitado	0	0	0	0	0	0
Não solicitado	280	100	281	100	561	100
Bacterioscopia para diplococos Gram-negativos						
Presença	0	0	0	0	0	0
Ausência	97	100	68	100	165	100
Exame não solicitado	183		213		396	
Pesquisa de b-hCG						
Não solicitada	263	94	281	100	544	97
Solicitada	17	6	0	0	17	3
Triagem para HIV 1 e 2						
Não solicitada	266	95	270	96,1	536	95,5
Solicitada	14	5	11	3,9	25	4,5
Pesquisa de Alcoolemia						
Não solicitada	279	99,6	280	99,6	559	99,6
Solicitada	1	0,4	1	0,4	2	0,4
Triagem Toxicológica						
Não solicitada	279	99,6	280	99,6	559	99,6
Solicitada	1	0,4	1	0,4	2	0,4

Abreviação: VS, Violência Sexual; IMLNR, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues/SSP; PSA, n, número de perícias; hs, horas; PSA, Antígeno Prostático Específico; b-hCG, Gonadotrofina Coriônica Humana; HIV, vírus da imunodeficiência humana.

Fonte: resultados da pesquisa

Houve redução significativa das solicitações de exames laboratoriais de 2017.2 para 2019.2 ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 10** - Comparação da solicitação de exames nas perícias de vítimas de violência sexual antes e depois da CCW, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2

Perícias (n= 851)	Exames				RP	X <sup>2</sup>	p
	2017.2		2019.2				
	SIM	NÃO	SIM	NÃO			
Pesquisa de Espermatozoides	192	252	146	261	1,36	4,82	0,028
Pesquisa de PSA	192	252	146	261	1,36	4,82	0,028
Bacterioscopia	228	216	132	274	2,17	30,31	0,000
Pesquisa de b-hCG	113	331	71	336	1,61	8,03	0,005

Abreviação: IMLNR, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues; RR = risco relativo; CI (95%) = 95% de intervalo de confiança; p\* < 0,05; PSA, Antígeno Prostático Específico; b-hCG, Gonadotrofina Coriônica Humana.

Fonte: resultados da pesquisa

Em relação a idade, o percentual de vítimas em cada faixa etária diminuiu com o aumento da idade, com 44,8% em crianças, 33,8% em adolescentes e 21,4% em adultos. A mediana da idade das crianças desse estudo foi de 6 anos (IIQ 3-9), dos adolescentes foi de 14 anos (IIQ 13-15) e dos adultos de 24 anos (IIQ 20-34). A predominância de vítimas do sexo feminino foi consistente para todas as faixas etárias (crianças 74,8%, adolescentes 89,6% e adultos 96,2%).

Seguindo o relato da vítima de violência sexual, a amostragem biológica foi coletada em uma região (vaginal ou anal), em duas regiões (oral e vaginal; oral e anal ou vaginal e anal) ou em três regiões (oral, vaginal e anal) 73,5%, 23,8% e 2,7%, respectivamente. Nas crianças foi mais comum a coleta de secreção biológica em uma única região corporal. A coleta em mais regiões foi mais comum nas vítimas adolescentes e adultas.

Os percentuais de resultados positivos para pesquisa de espermatozoides foram de 2,5% (1 de 40) para crianças, 27,5% (11 de 40) para adolescentes e 70% (28 de 40) para adultos. O mesmo para os resultados positivos para o PSA que foram 1,5% (1 de 67) para crianças, 29,9% (20 de 67) para adolescentes e 68,6% (46 de 67) para adultos.

Todas as bacterioscopias realizadas nas secreções biológicas não evidenciaram diplococos Gram-negativos. O perfil genético foi realizado em 4 casos (2 casos em adolescentes e 2 casos em adultos).

Em 2017.2 a pesquisa de b-HCG foi solicitada em 5 crianças, sendo que duas delas não haviam apresentado a menarca. Em 2019.2 esse exame foi solicitado em 4 crianças e todas já tinham tido menarca. Em todas as faixas etárias a pesquisa de b-hCG foi negativa.

A triagem para HIV foi negativa em todos os casos em que o exame foi solicitado, o que ocorreu com maior frequência entre adolescentes (46,3%) e adultos (40,3%).

A dosagem da alcoolemia e a triagem toxicológica no sangue foi realizada na minoria dos casos (1,7% e 1,8% respectivamente) e em todos eles o resultado foi negativo. Os percentuais de solicitação por faixa etária foram: exame não solicitado entre as crianças; 42,9% e 40% dos adolescentes e 57,1% a 60% dos adultos, respectivamente.

**Tabela 11** - Número, percentual de exames realizados por faixa etária entre as vítimas de violências sexuais, antes e após a campanha *Choosing Wisely*, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2

Variáveis	N	%	2017.2	%	2019.2	%
Coleta de secreção biológica (1 região)						
≤11 anos	86	34,8	52	35,6	34	33,6
12-17 anos	76	30,8	51	34,9	25	24,8
≥18 anos	85	34,4	43	29,5	42	41,6
Coleta de secreção biológica (2 regiões)						
≤11 anos	17	21,3	10	25	7	17,5
12-17 anos	22	27,5	10	25	12	30
≥18 anos	41	51,25	20	50	21	52,5
Coleta de secreção biológica (3 regiões)						
≤11 anos	0	0	0	0	0	0
12-17 anos	4	44,4	3	50	1	33,3
≥18 anos	5	55,6	3	50	2	66,7
Presença de Espermatozoides						
≤11 anos	1	2,5	0	0	1	5,3
12-17 anos	11	27,5	6	28,6	5	26,3
≥18 anos	28	70	15	71,4	13	68,4
Presença de PSA						
≤11 anos	1	1,5	0	0	1	3,1
12-17 anos	20	29,9	9	25,7	11	34,4
≥18 anos	46	68,6	26	74,3	20	62,5
Realizado do Perfil Genético						
≤11 anos	0	0	0	0	0	0
12-17 anos	2	50	0	0	2	100
≥18 anos	2	50	2	100	0	0
Solicitação de Bacterioscopia						
≤11 anos	114	31,8	68	30	46	34,9
12-17 anos	147	40,9	96	42,3	51	38,6
≥18 anos	98	27,3	63	27,7	35	26,5
Pesquisa de b-hCG						
≤11 anos	9	4,9	5	4,4	4	5,6
12-17 anos	105	57,1	69	61,1	36	50,7
≥18 anos	70	38	39	34,5	31	43,7
Triagem para HIV						

**Tabela 11** - Número, percentual de exames realizados por faixa etária entre as vítimas de violências sexuais, antes e após a campanha *Choosing Wisely*, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2(Continuação)

Variáveis	N	%	2017.2	%	2019.2	%
≤11 anos	9	13,4	5	10,4	4	21,1
12-17 anos	31	46,3	23	47,9	8	42,1
≥18 anos	27	40,3	20	41,7	7	36,8
<b>Pesquisa de Alcoolemia</b>						
≤11 anos	0	0	0	0	0	0
12-17 anos	6	42,9	3	75	3	30
≥18 anos	8	57,1	1	25	7	70
<b>Triagem Toxicológica</b>						
≤11 anos	0	0	0	0	0	0
12-17 anos	6	40	3	75	3	27,3
≥18 anos	9	60	1	25	8	72,7

Abreviação: IMLNR, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues/SSP; PSA, PSA, Antígeno Prostático Específico; b-hCG, Gonadotrofina Coriônica Humana; HIV, vírus da imunodeficiência humana.

Fonte: resultados da pesquisa

Houve redução significativa do tempo para liberação do laudo com a intervenção, comparando os laudos de 2017.2 e 2019.2 ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 12** - Tempo para liberação do laudo pericial das vítimas de violência sexual, antes e depois da campanha *Choosing Wisely*, IMLNR, Salvador-BA, 2017.2 e 2019.2

	n	Média	DP	Mediana	IIQ	p*	t
Total	851					0,001	4,188
2017.2	444	55,6	92,8	34	1-63		
2019.2	407	34,9	38,3	27	1-56		

Abreviação: IMLNR, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues/SSP; n, número de perícias; DP, desvio padrão; IIQ, Intervalo interquartil;  $p^* < 0,05$

Fonte: resultados da pesquisa

## 6 DISCUSSÃO

O atendimento às vítimas que vivenciaram ou vivenciam experiências de violência sexual requer a configuração de uma rede com assistência multidisciplinar. Embora se reconheça a necessidade de adoção de técnicas instrumentais, elas precisam caminhar em consonância com o uso de modos solidários a serem apropriados por profissionais de saúde, no intuito de resignificar o cuidado à pessoa em situação de violência sexual em qualquer idade. Para tanto, urge a necessidade de garantir que abordagens sobre violência integrem a matriz curricular dos cursos de graduação em saúde<sup>129</sup>.

Médicos de diversas áreas de atuação podem ter de avaliar uma vítima de VS. É preciso ter cautela, realizar uma boa entrevista com a provável vítima, para conhecer criteriosamente tudo que ocorreu com ela, e assim ter todos os elementos para realizar uma avaliação tecnicamente correta. Uma avaliação médica e uma inspeção genito-anal detalhada deverão ser realizadas, e a próxima tarefa do médico examinador é entender o que o exame revela. Muito importante também saber que, se os vestígios estiverem presentes, deverão ser colhidos e bem preservados. Os vestígios são perecíveis, podem ser removidos por higienização, duchas, banhos e podem ser eliminados com o passar do tempo<sup>147</sup>.

Médicos que raramente examinam pessoas por suspeita de VS muitas vezes terão dificuldades e inseguranças. Esperam encontrar sinais de trauma em região genital e anal, mas é importante entender que a falta de achados físicos da relação sexual nunca deve ser usada para desconsiderar a divulgação de uma vítima de ter sido abusada sexualmente. Sinais de trauma agudo, como hematomas, escoriações e lacerações foram raros em crianças que foram examinadas 72 horas após o abuso. Os autores descobriram que os achados genitais anormais foram significativamente mais comuns em adolescentes (13,9%) do que entre meninas menores de 12 anos (2,2%). O tempo do exame também foi um fator, e entre as vítimas que foram examinadas dentro de 72 horas após o último episódio de VS, foram observadas lesões genitais agudas em 14,2% das crianças, em comparação com 4,5% das crianças examinadas em tempo superior a 72 horas após o abuso<sup>154</sup>.

Neste estudo, houve a criação de dois fluxogramas para o atendimento das vítimas de VS, com a intenção de uma abordagem prática e acesso rápido à informação, que pode ajudar na qualidade da assistência às vítimas de VS pelo profissional da saúde. Esses fluxogramas, inclusive, foram utilizados nas oficinas da CCW. Mas, além disso, a discussão crítica entre médicos sobre as condutas adotadas, a leitura dos artigos enviados e as trocas de saberes nas oficinas foram o ápice do estudo.

Normalmente, os médicos são treinados durante a sua formação para o que devem fazer, e as recomendações do que não fazer (recomendação grau III) normalmente se limitam a condutas comprovadamente deletérias. No entanto, há muitas razões para não adotar condutas, além da prova do dano. Em outras palavras, não necessariamente temos que fazer algo só porque não é deletério. O ônus da prova está no desempenho (eficácia) e utilidade (relevância) de uma conduta<sup>86</sup>. No cuidado médico, é importante aliar a medicina baseada em evidências e a abordagem centrada na pessoa. Cada conduta deve ser escolhida por sua eficácia e relevância. Muitas vezes, existem motivos que podem justificar a não adoção de certas condutas existentes em diretrizes e *guidelines*<sup>94</sup>.

A campanha CW surgiu com o intuito primordial de contribuir para a excelência da prática médica centrada no cuidado da pessoa. Através das reflexões baseadas nas melhores evidências científicas, pretende mudar paradigmas do pensamento de profissionais e pacientes no sentido de reduzir a sobreutilização, diminuindo a violência dos sobretestes, sobrediagnósticos e sobretratamentos. Desse modo, propõe mudanças para uma atitude custo-consciente em saúde, melhoria da assistência aliada a boas evidências científicas e conduta ética<sup>21</sup>.

A Medicina Legal e Perícia Médica é especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Em 1 de abril de 2011, foi fundada a Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas - ABMLPM, reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Diferentemente do processo desenvolvido pela ABIM, que envolveu sociedades médicas e gerenciadoras de cuidados<sup>132</sup>, neste trabalho optou-se por compor o painel com profissionais médicos de um serviço de referência pericial, por existir nesse local profissionais com vivência e experiência em VS, e por algumas experiências anteriores de CCW já publicadas nas quais listas foram criadas em hospital, órgão de enfermagem, liga de estudantes, dentre outros<sup>133-136</sup>.

A lista de recomendações aqui apresentada foi um dos resultados deste trabalho, por isso, assim como em outras publicações que apresentam listas CW<sup>137,138,139, 140</sup>, o passo a passo da construção foi descrito com detalhes, com o intuito de sensibilizar e fomentar uma discussão oportuna sobre o tema e posteriormente servir de instrumento para estimular outras iniciativas nesta área. O seu processo de construção envolveu profissionais dotados de conhecimento e com atuação prática ao longo de anos dedicados à Medicina Forense, bem como ao ensino, pois o IMLNR é uma instituição que recebe alunos da ACADEPOL, das faculdades de medicina, de enfermagem e de cursos técnicos profissionalizantes.

Considerando-se que essa instituição é o único serviço pericial para as vítimas de VS na Região Metropolitana de Salvador, os PML que preenchiam os pré-requisitos definidos na metodologia foram convidados para o Painel Delphi. Esses profissionais, na sua grande parte, não conheciam a campanha CW, e apenas 22% deles tinham algum conhecimento do assunto antes do processo inicial de construção da lista. Colla et al. (2016) também demonstraram conhecimento limitado dos profissionais, especialmente os da atenção básica, no que se refere a essa campanha, sugerindo que apesar do tempo desde o início da campanha pela ABIM, essa iniciativa ainda é pouco conhecida<sup>141</sup>.

O fato de um grupo de PML ter concordado em rever suas próprias atitudes e aceitar o desafio da implantação da campanha foi de grande relevância na facilitação de todas as etapas. Friedman (2017) também apontou como ponto positivo a grande participação e o empenho na criação da sua lista, que envolveu diversos profissionais atuantes na pediatria de um hospital terciário no Canadá<sup>133</sup>.

No processo de construção da lista na Clínica Médica do Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues, não houve participação de outras categorias profissionais. O processo de implantação da campanha ficou restrito aos médicos, por ser esse o profissional com atuação predominante neste serviço de referência. Quinonez et al (2013) apontaram a não participação de outros profissionais como uma limitação do seu trabalho, na implantação da campanha CW<sup>20</sup>, sendo considerada uma etapa futura relevante a ser estabelecida. De modo geral, assim como neste trabalho, não se tem observado tão ampla participação de outros profissionais, assim como da sociedade, no processo de criação da lista, sendo isso considerado, por alguns, como justificativa para que o nível de conscientização, aceitação e adoção das recomendações seja incerto<sup>142</sup>. Neste trabalho, foi considerado que a expertise dos painelistas, a maioria com mais de 10 anos de atuação no atendimento na área de Sexologia Forense, promoveu uma boa contribuição científica, adequada às demandas e necessidades de um cenário específico: CCW no atendimento pericial em vítimas de violência sexual. Devido ao pioneirismo na divulgação dessa lista, o trabalho de discussão e debates relativos a esse tema teria de partir de profissionais com foco em atenção a esse tipo de violência. A proximidade entre o conteúdo da lista construída neste estudo e os conhecimentos atuais do tema é muito positiva, evidencia que a assistência pericial do Instituto se aproxima da medicina de alta qualidade e eficiência desenvolvida nos EUA e outros países<sup>144,154</sup>.

Uma vez definidas as recomendações para a lista, é de grande importância verificar a confiabilidade das evidências de sustentação para cada uma. A campanha CW vem sendo alvo de questionamentos acerca da validade e confiabilidade das suas recomendações<sup>145</sup>, e a

cuidadosa seleção das evidências, executada neste trabalho, foi um ponto relevante para o aprimoramento do processo de construção da lista, assim como referido em outros trabalhos<sup>14,146</sup>.

A avaliação médico-legal é um dos componentes da avaliação multidisciplinar da VS sexual, cuja finalidade, segundo a doutrina médico-legal, é a pesquisa de provas materiais do crime<sup>30</sup>. Considerando-se que a instituição do estudo é uma unidade de referência forense, todas as recomendações da lista CW contemplaram fundamentos importantes, ferramentas necessárias para orientação e padronização das perícias em vítimas de violência sexual. Leme (2019)<sup>147</sup> afirma: “Infelizmente, apesar de mais de dois séculos da perícia no Brasil, ainda não existe uma padronização do trabalho pericial nas vítimas de VS no país. Esta lacuna é simplesmente inexplicável. Não houve empenho da Associação Brasileira de Medicina Legal, depois da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas, nem foi tema dos mais de 25 Congressos Brasileiros de Medicina Legal, ocorridos, fora os Congressos Regionais, para estabelecer uma padronização. Não houve empenho de cada um dos médicos legistas para lutar por esta causa de extrema relevância. Por quê? Cabe a cada um encontrar a resposta. Mas uma das linhas mestras que integra os fundamentos da sexologia forense é a padronização da atividade pericial. O eixo do trabalho pericial é, minimamente, a estrutura do laudo técnico”.

As dificuldades na área da Sexologia Forense perpassam a necessidade do profissional de saúde de romper preconceitos para a aceitação e condução do problema. Essa dificuldade está relacionada com os valores culturais e morais que a maioria dos profissionais de saúde têm, repercutindo na sua conduta na assistência. Difícil lidar com um tema que os coloca cotidianamente em face de seus valores, com repercussões no seu envolvimento, na sua adesão, no seu acolhimento, no seu compromisso e responsabilidade com o usuário<sup>155</sup>.

Na lista CW construída, três recomendações se aplicam a vítimas de violência sexual de qualquer faixa etária (1. Não solicite exames para pesquisa de espermatozoides, PSA e reserva de DNA em secreções biológicas se tiver transcorrido mais de 72 horas da violência sexual; 2. Não solicite exames toxicológicos rotineiramente nas vítimas de violência sexual e 3. Não indique a utilização emergencial de antibioticoprofilaxia ou o uso de antirretrovirais profiláticos em pacientes com abuso sexual não agudo). Porém, é válido ressaltar que todas as proposições contemplam a VS Infantil. As recomendações tiveram uma boa abrangência de situações que envolvem a prática da Sexologia Forense, havendo um predomínio de proposições voltadas para crianças, possivelmente por ser a faixa etária mais atendida no serviço com suspeita de abuso sexual, ser esse grupo o de maior dificuldade para o exame

pericial, além de ser nesse grupo que ocorreram as maiores modificações do saber nos últimos anos.

A primeira recomendação “Não solicite exames para pesquisa de espermatozoides, PSA e reserva de DNA em secreções biológicas se tiver transcorrido mais de 72 horas da violência sexual”, justifica-se por ser o tempo entre o abuso sexual e a perícia essencial para a preservação de vestígios biológicos do agressor na vítima, em quantidades suficientes para a sua identificação. A coleta deste material deve ser realizada com o menor tempo possível entre o ato sexual e o exame, de preferência dentro das primeiras 24h, sendo que a possibilidade de encontrar vestígios reduz drasticamente após 72h da VS<sup>10,28,111,112,114,153</sup>. Nas perícias analisadas nesse estudo, não foram detectadas a presença de espermatozoide e de PSA em nenhum caso que as secreções biológicas foram colhidas após 72 horas da VS.

A importância da indicação desnecessária de teste de gravidez em meninas pré-púberes vítimas de VS não está somente no uso inadequado dos recursos do sistema de saúde, mas nas consequências emocionais que a solicitação do exame pode acarretar para a vítima e seus familiares, além do tempo para liberação do laudo, que poderá aumentar, a depender da realização e da liberação do resultado pelo LCPT. Segundo a Norma Técnica do Ministério da Saúde – MS que versa sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, o risco de gravidez decorrente do estupro varia entre 0,5 e 5%, depende de alguns fatores, como: idade da vítima, coincidência com o período fértil, se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada, e se a vítima estava utilizando métodos anticoncepcionais<sup>156</sup>. A idade da vítima e o exame físico detalhado, com estadiamento puberal, permite ao médico compreender o momento maturacional do indivíduo (*estágios de maturação sexual* ou *estágios de Tanner*). O estadiamento de Tanner é instrumento da prática diária do profissional que lida com adolescentes, sendo muito útil na determinação do estágio puberal em que se encontra o paciente, e permitindo relacionar tal informação com a clínica. Na fase pré-puberal a vítima do sexo feminino não consegue reproduzir<sup>44,115</sup>.

A terceira recomendação, "Não solicite exames toxicológicos rotineiramente nas vítimas de violência sexual", deve ser ressaltada, pois não existem exames rotineiros ou obrigatórios a serem solicitados em uma perícia, mesmo se a autoridade requerente solicitar. O médico, guiado por sua entrevista, é que deve decidir que exames solicitar e relatar no seu laudo o porquê de não ter solicitado exames que considerou desnecessários.

Embora qualquer pessoa possa ser vitimada sexualmente, existem alguns indivíduos ou grupos de indivíduos que podem ser mais vulneráveis a violência interpessoal, e de

violência sexual em particular. Dentre eles, temos os indivíduos com problemas com drogas ou álcool<sup>28</sup>. Parkhill et al. (2016) sugerem que o consumo de álcool e o contexto de estupro podem estar conectados<sup>117</sup>. A exposição à violência, seja ela física, sexual ou psicológica, associada ao uso de álcool e outras drogas, é documentada em vários países, tanto em relação aos agressores como às vítimas. Sabe-se que mulheres em tratamento por uso de álcool e outras drogas relatam altos índices de vitimização. Esse ciclo se estabelece quando o consumo excessivo de álcool reduz as habilidades de tomada de decisão, aumentando assim as chances de envolvimento em episódios de violência sexual<sup>118</sup>. O consumo de álcool ou drogas faz com que seja mais difícil as mulheres se protegerem, interpretando os indícios e efetivamente agindo diante deles. A ingestão de álcool também pode colocar a mulher em locais onde suas chances de encontrar um potencial agressor são maiores<sup>8</sup>.

A violência sexual, em razão da própria situação e das chantagens e ameaças, que humilham e intimidam quem a sofreu, pode comumente vir acompanhada de sentimento de culpa, vergonha e medo, sendo necessário tempo, cuidado e respeito no atendimento e na escuta ofertada nos serviços de saúde e em toda a rede. Isso significa garantir atendimento e atenção humanizada e uma escuta qualificada a todos (as) aqueles(as) que acessarem esses serviços. Com base nos fatos disponíveis e informações fornecidas pela vítima de VS, o profissional da saúde deve decidir quais exames coletar dos indivíduos envolvidos. Quando confrontado com tais decisões, é importante estar atento a que propósito o espécime servirá, se ainda há tempo para a coleta, qual é o elo potencialmente vai ser estabelecido e se tal resultado pode ajudar na investigação do caso<sup>28</sup>.

Na quarta recomendação, "Não indique a utilização emergencial de antibioticoprofilaxia ou o uso de antirretrovirais profiláticos em pacientes com abuso sexual não agudo", é válido ressaltar que o PML não prescreve medicações, mas encaminha para serviços onde profilaxias de IST podem ser feitas. Os casos não agudos, violência crônica, acometem mais frequentemente as crianças; o agressor é próximo (em geral do convívio familiar); é mais frequente a associação com sedução, gerando sentimento de culpa na criança; os atos sexuais aumentam de intensidade com o passar do tempo e raramente demandam atendimento emergencial<sup>130</sup>.

As situações de violência sexual crônica são situações que ocorrem por períodos mais extensos, de maneira progressiva, cometidas principalmente contra crianças de ambos os sexos, por pessoas próximas, que contam com a confiança das vítimas e de suas famílias. As ameaças são geralmente mais veladas, e o uso de violência física nem sempre está presente. Existe a possibilidade de contaminação por ISTs ou de gestação, mas lacerações e lesões

físicas graves são pouco frequentes. O atendimento inicial a esse tipo de situação pode ser feito em serviço com atendimento multidisciplinar. A complexidade das situações de abuso sexual demanda o atendimento por profissionais de diversas áreas de atuação, cada qual com seu papel, foco de intervenção, linguagem e metodologia próprios. A comunicação entre esses diversos especialistas é fundamental para que sejam compreendidas as peculiaridades de cada caso, evitando-se redundância ou contradição entre os múltiplos procedimentos<sup>26</sup>.

Já a VS aguda acomete mais frequentemente adolescentes e mulheres adultas; o agressor geralmente é desconhecido; frequentemente associa-se com ameaças ou violência física e demanda atendimento em serviço médico de urgência. Nesses casos, o exame ginecológico e a coleta de evidências forenses são obrigatórios. Entre os procedimentos realizados, incluem-se as diversas profilaxias, indicadas apenas nas primeiras 72 horas após o coito suspeito, que devem ser adotadas o mais precocemente possível, sendo consideradas ineficientes após esse período, ou em casos de abusos repetidos. O Ministério da Saúde atualiza periodicamente os procedimentos profiláticos relacionados a agravos consequentes à violência sexual. O documento mais recente foi publicado na norma técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: profilaxias das IST não virais (Penicilina Benzatina ou Azitromicina, Ceftriaxone e Metronidazol); profilaxia da Hepatite B (imunoglobulina específica anti-Hepatite B) e a quimioprofilaxia antirretrovirais (indicada a depender da forma de exposição- penetração anal ou vaginal; do intervalo de tempo entre a exposição e o início da tomada das medicações ser inferior a 72 horas; e quando conhecido o *status* sorológico do agressor)<sup>122</sup>.

As três próximas recomendações são relacionadas a achados de exame físico e não diretamente relacionadas a solicitação de exames ou orientação terapêutica. Mas são de suma importância, pois à luz das mais recentes evidências científicas, são atualizações para o atendimento de vítimas de VS infantil: "Não interprete como achado físico positivo de abuso sexual, a presença de fendas em quadrantes superiores do hímen das crianças, quando não houver sinais de traumatismo agudo"; "Não interprete como achado físico positivo de abuso sexual, a medida ampliada do diâmetro do orifício himenal (óstio) nas crianças" e "Não interprete como achado físico positivo de abuso sexual, a presença de dilatação anal em crianças". O médico precisa refletir antes de afirmar que esses achados são de violência sexual, lembrar das variantes da normalidade e outras condições médicas para o diagnóstico diferencial. Se interpretar erroneamente esses achados, a consequência será mais coleta de exames laboratoriais, mais encaminhamentos para serviços de saúde para uso de medicações,

sobrecarga na rede de apoio, além de conclusões periciais inadequadas, com prejuízos gerados para a criança, sua família e para o próprio acusado.

O abuso sexual infantil difere bastante da violência sexual envolvendo adolescentes e adultos, pois muitos casos não incluem penetração<sup>150</sup> e mesmo quando ocorre, a revelação costuma ser tardia, tornando improvável a obtenção de vestígios no corpo da vítima<sup>24</sup>. No geral, é difícil encontrar provas, devido à demora na denúncia, levando à perda de evidências e ausência de vestígios médico-legais<sup>151</sup>.

A avaliação médica de uma criança que pode ter sido abusada sexualmente pode ser um desafio para médicos que não estão familiarizados com genitália externa e região anal dessa faixa etária. Distinguir o anormal dos achados normais pode ser difícil. Esses profissionais esperam encontrar lesões quando uma criança relata penetração na vagina ou ânus. No entanto, a maioria das crianças avaliadas por suspeita de abuso sexual não terá sinais de lesão ou infecção. Lesões menores cicatrizam rapidamente, e se a criança não for examinada poucos dias após a agressão, os resultados do exame provavelmente serão normais. Outra razão para a falta de lesão em crianças pré-púberes é que os tipos mais comuns de abuso (toque, acariciamento, contato oral-genital) não causam lesões<sup>154</sup>.

Pesquisas em crianças com suspeita de abuso sexual envolvem várias dificuldades práticas, e a investigação nesse campo com metodologia bem controlada é um desafio<sup>39,148</sup>. É reconhecido que os casos de crianças encaminhadas à investigação policial ou às agências de proteção à criança são uma pequena parcela do total de casos de abuso sexual. Há estimativas de que a frequência real é cerca de 10 vezes maior<sup>145</sup>. Assim, apesar da relevância do problema da violência sexual infantil pelas sequelas de curto e longo prazo, e o esforço realizado nas últimas décadas ter proporcionado uma melhor compreensão sobre vários aspectos, ainda há muitas lacunas, e a base de evidência ainda é pequena, comparada a muitos outros campos da área de saúde<sup>152</sup>.

Em áreas importantes, como a anatomia genital normal nas meninas pré-púberes, achados do exame físico com aspectos diferentes dos livros textos se apresentaram em artigos, alguns muito recentes, e este conhecimento ainda não foi incorporado na prática dos profissionais de saúde e médicos legistas<sup>43,49,50,123</sup>. O mesmo em relação à região anal, suas variantes da normalidade, achados ainda sem consenso entre os especialistas e as alterações típicas de outras condições médicas que podem ser confundidas com abuso sexual<sup>43,49,50,123</sup>.

Em 2005, um grupo de médicos especialistas em avaliação de abuso infantil trabalhou para incorporar os dados de estudos e recomendações da Academia Americana de Pediatria em um conjunto de diretrizes para a avaliação médica de suspeitas de abuso sexual e

interpretação de achados de exames físicos. As diretrizes foram atualizadas em 2015<sup>49</sup> e 2017<sup>50</sup>.

Com a atualização das diretrizes, uma tabela listando os achados de exames médicos e os resultados dos exames laboratoriais, categorizados quanto à sua possível correlação com o abuso sexual infantil, foi publicada (APÊNDICE F). As seções da tabela estão sob os seguintes títulos: (1) achados documentados em recém-nascidos ou comumente vistos em crianças não abusadas, (2) achados comumente causados por condições médicas que não sejam traumas ou contato sexual, (3) condições confundidas com abuso, (4) achados sem consenso entre os especialistas quanto ao grau de significância em relação ao abuso e (5) achados causados por trauma e/ou contato sexual<sup>154</sup>.

A presença de entalhe ou fenda no hímen, localizado em ou abaixo das 3 horas ou 9 horas, que não se estenda até a base do hímen (borda de inserção), sem sinais de traumatismo agudo (hematomas, petéquias, abrasões e/ou lacerações aguda do hímen) são achados normais e não relacionados com abuso sexual infantil (recomendação 5). Também pode ser variante da normalidade a presença de orla himenal posterior íntegra, porém estreita ao longo de toda sua extensão, que pode dar a aparência de abertura vaginal “ampliada” (recomendação 6). Não existe consenso entre os especialistas sobre o grau de significância para o achado de dilatação anal completa (recomendação 7), pois outras condições clínicas devem ser afastadas (constipação, encoprese, sedação, anestesia, condições neuromusculares, alteração do tônus *post mortem*)<sup>123</sup>.

Médicos de diversas áreas podem ser chamados para avaliar uma criança por possíveis abusos. Uma criança e uma família podem procurar um serviço de saúde devido a preocupação com o abuso levantado pelos pais, um relato divulgado de abuso pela criança, um exame incomum ou um resultado laboratorial inesperado. É importante que qualquer médico que examine as crianças entenda como acolher e abordar a vítima, como reconhecer variações normais da anatomia genitoanal e como interpretar quaisquer achados durante a avaliação<sup>154</sup>. Uma inspeção minuciosa da genitália externa é importante, faz parte do exame físico, mas infelizmente, os médicos geralmente não são ensinados na faculdade de medicina ou residência médica para reconhecer variações da aparência dos pequenos lábios, hímen, fossa e fúrcula posterior em meninas antes da puberdade.

Os profissionais da área de saúde têm um importante papel a desempenhar no tocante ao apoio às vítimas de agressão sexual – em termos médicos e psicológicos – e na coleta de evidências para auxiliar nos julgamentos. O setor de saúde é muito mais eficaz em países

onde há protocolos e diretrizes para administrar os casos e coletar as evidências, onde os funcionários são bem treinados e onde há uma boa cooperação com o sistema judiciário<sup>8</sup>.

Em relação à última recomendação: "Não indique, de forma rotineira, a realização de exames para pesquisa de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em crianças atendidas com suspeita de violência sexual", importante ressaltar que o contato genital não é condição obrigatória para que uma situação seja considerada abusiva. Carícias não genitais, beijos, exibicionismo, voyeurismo, exposição à pornografia ou situações sexualizadas podem ser tão danosos quanto as situações que envolvam o contato genital.

As ISTs são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, transmitidos principalmente por contato sexual (vaginal, anal e/ou oral) sem o uso de preservativo masculino ou feminino, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão pode ainda acontecer de mãe para filho durante a gestação, o parto ou a amamentação (transmissão vertical), e pela utilização de seringas, agulhas ou outro material perfurocortante partilhado<sup>157</sup>.

A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), para destacar a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. Observamos ainda, nos textos científicos, a utilização dos dois termos, possivelmente pelo momento de transição da nomenclatura.

A Academia Americana de Pediatria, Comitê de Abuso Infantil e Negligência sugere que o teste de IST em crianças pré-púberes seja considerado se a criança experimentou a penetração na vagina ou no ânus; se a criança foi abusada por um desconhecido; se a criança foi abusada por um agressor conhecido sabidamente infectado com uma IST ou fizer parte de grupo de alto risco de estar infectado (usuários de drogas intravenosas, pessoas com múltiplos encontros sexuais); se a criança tem um irmão ou outro parente no agregado familiar com um IST; se a criança vive em uma área onde a comunidade tem alta taxa de IST; se a criança tem sinais ou sintomas de uma IST e se a criança já foi diagnosticada com uma IST<sup>50,123,128,154</sup>.

Dados nacionais revelam que crianças que sofrem violência sexual apresentam maior vulnerabilidade para ISTs, justificada pela imaturidade anatômica e fisiológica do trato genital inferior<sup>122</sup>. A infecção por *Neisseria gonorrhoeae* pode ocorrer entre 2,8% e 28% dos casos, por *Chlamydia trachomatis* entre 1,2% e 8%, por *Trichomonas vaginalis* entre 1% e 6%, por *Treponema pallidum* entre 0,1% e 1,5% e por herpes vírus entre 0,1% e 0,5%. Cerca de 60% dessas crianças têm exame anogenital normal ou com achados inespecíficos<sup>113</sup>.

Em Manaus, quase 60% das meninas portadoras de IST atendidas em serviço especializado tinham história suspeita ou confirmada de abuso sexual. O condiloma

anogenital foi o achado mais frequente (47%), seguido da infecção pelo gonococo (5,3%), pelo herpes genital (5,3%) e pela tricomonas (3,8%)<sup>119</sup>.

A ocorrência de IST entre adolescentes brasileiras em situação de violência sexual é menos conhecida. Estudo no Rio de Janeiro feito em serviço de saúde para jovens em condição de pobreza e risco social verificou prevalência de 22% de IST. Quase 13% das meninas de 11 a 14 anos tinham antecedente de abuso sexual e 6% se encontravam em situação de exploração sexual comercial<sup>79</sup>. Outro estudo na Região Metropolitana de São Paulo com 135 adolescentes de 10 a 20 anos que sofreram episódio único de violência sexual encontrou incidência de 31,1% de IST<sup>89</sup>.

A recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, responsável por elaborar Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, estabelece como mecanismo de controle clínico solicitar sorologia para HIV, VDRL, teste treponêmico, hepatite B (HBsAg, Anti-HBc e Anti-HBs) e hepatite C (Anti-HCV) para posterior seguimento sorológico. Realizar sorologia para HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis após 30 e 90 dias da exposição, além de repetir hepatite B e hepatite C 180 dias após a exposição. Paciente com Anti-HBs reagente (> 10 UI/ml) dispensa posteriores coletas de hepatite B<sup>158,159</sup>.

Válido rever a solicitação da Bacterioscopia nas perícias das vítimas de VS, quando o resultado liberado for presença ou ausência de diplococos Gram-negativos. Esse resultado não afirma ou nega a presença de gonorreia, principalmente no sexo feminino. A gonorreia é provocada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*. Infecta tipicamente o epitélio da uretra, a cérvix, o reto, a faringe ou conjuntiva, provocando irritação e eliminação de secreção purulenta, podendo ser oligoassintomática principalmente nas mulheres. A *Neisseria gonorrhoeae* é um diplococo Gram-negativo que ocorre em seres humanos e quase sempre é transmitida por meio de contato sexual. Essa IST pode ser suspeitada quando diplococos Gram-negativos são detectados via exame microscópico com utilização de coloração de Gram, mas é necessária a realização de cultura para confirmação diagnóstica em mulheres. A coloração Gram é sensível e específica para gonorreia em amostras colhidas de homens com secreção uretral; quando são vistos diplococos intracelulares Gram-negativos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica a bacterioscopia como método diagnóstico da gonorreia no homem, em função de sua sensibilidade e especificidade. A presença de diplococos Gram-negativos (intracelulares) permite o diagnóstico no sexo masculino, mas, nas mulheres, em função da presença de um ecossistema vaginal com outras bactérias diplococos gram negativas, é necessário o cultivo em meios especiais. Em pacientes do sexo feminino é

recomendado coletar amostras do canal endocervical para cultura como rotina diagnóstica para gonorreia. O material obtido do *swab* precisa ser rapidamente semeado em meio apropriado (por exemplo, o meio de Thayer-Martin modificado)<sup>171</sup>. Para pacientes assintomáticos, o diagnóstico pode ser feito pelos testes de amplificação de ácido nucleico (NAATs) em *swabs* colhidos da secreção oral genital e retal. A maioria dos testes detecta, simultaneamente, gonorreia e infecção por clamídia, e depois os diferencia em um teste subsequente específico. Os NAAT aumentam ainda mais a sensibilidade de forma adequada, de modo a permitir o teste na urina em ambos os sexos<sup>50,172</sup>. Refletir sobre a solicitação de bacterioscopia durante uma perícia de vítima de violência sexual do sexo feminino é importante, pois não é um exame que permitirá o diagnóstico de gonorreia e ainda poderá aumentar a média de tempo para conclusão do laudo pelo PML.

As oficinas realizadas no Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues foram atividades divulgadas no site do DPT, pelo Setor de Ensino e Pesquisa, com inscrições abertas para todos os peritos da Bahia. Houve a participação de PML do interior do Estado, mas a maioria atuava na Região Metropolitana de Salvador. No final de oficina, foi distribuída uma ficha de avaliação, sendo a CCW avaliada como excelente (92%) e muito boa (8%) quanto ao conteúdo, apresentação e discussões das oficinas. Os artigos científicos estudados durante a construção da lista foram encaminhados por e-mail para todos os PML que participaram das oficinas.

Depois da elaboração dessa lista de recomendações e divulgação com os PML, foram desenvolvidas as ações educativas que resultaram em momentos de discussão, gerando não só o conhecimento da CCW, mas também o estímulo de um processo reflexivo quanto às atitudes custo-conscientes em saúde. Na oficina, foi observada a participação ativa dos peritos. A divulgação da campanha por intermédio dos meios de comunicação, dos *banners* e das atividades teóricas e práticas manteve presente a temática em todo o período da pesquisa, facilitando a manutenção do conhecimento. Portanto, essas ações desenvolvidas podem estimular uma prática médica baseada em evidências, com menor possibilidade de adoção de condutas desnecessárias que possam gerar malefícios para o paciente (como a demora na liberação dos laudos) e prejuízo ao sistema de saúde.

Nos dois períodos em que os laudos periciais foram revisados, a Constatação de Conjunção Carnal foi o exame mais solicitado, e a maioria das vítimas, do sexo feminino. Existe uma correlação direta, compreendendo que a conjunção carnal ocorre exclusivamente no sexo feminino. Estudos nacionais e internacionais apontam ser o sexo feminino o mais suscetível à violência sexual, e os homens os principais autores de agressão. Isso explica-se

principalmente pela relação desigual de poder, em razão da opressão de gênero existente entre o binômio homem-mulher. Trata-se de práticas discriminatórias construídas ao longo do tempo e que se apresentam de diversas formas, sendo uma delas através da dominação dos corpos das mulheres, que as tornam mais suscetíveis a vivenciarem relações violentas<sup>96</sup>. A maioria entre as vítimas de VS encontradas serem do sexo feminino está de acordo com dados da literatura, porém tem sido relatado também que o sexo masculino é menos propenso a revelar abuso sexual<sup>152</sup>. Tal problemática ainda é pouco notificada, e uma minoria dos casos chega aos serviços de saúde, por questões relacionadas a medo, vergonha e estereótipos associados<sup>118</sup>. O constrangimento e estigmatização da vítima, devido a padrões de masculinidade baseados na independência e no estoicismo de homens, também podem interferir na revelação da violência sexual<sup>124</sup>.

De acordo com análise produzida a partir dos microdados dos registros policiais e das Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social, elaborada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, os registros de estupro e estupro de vulnerável no Brasil dos anos de 2017 e 2018, 81,8% das vítimas eram do sexo feminino, o que evidencia a desigualdade de gênero como uma das raízes da violência sexual. A informação acrescida de uma análise de gênero revela a amplitude da vulnerabilidade de mulheres como principais vítimas de violências sexuais no país<sup>139</sup>.

A proporção encontrada nesse estudo de 86,5% para o sexo feminino entre as vítimas examinadas por suspeita de abuso sexual está de acordo com dados da literatura. Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2014, acerca do estupro no Brasil, constatou que, em relação ao total das notificações ocorridas em 2011, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 12.087 casos de estupro, sendo 88,5% das vítimas do sexo feminino<sup>160</sup>.

Silva et al (2018) evidenciaram em estudo realizado no mesmo Instituto, com levantamento de dados entre janeiro de 2008 e dezembro de 2009, que a maioria das crianças vítimas de abuso sexual era do sexo feminino (78,4%)<sup>152</sup>.

A nomenclatura adotada para a identificação da raça/cor da pele no IMLNR é baseada em caracteres fenotípicos e foi introduzida por Edgar Roquette-Pinto, em 1933, levando em conta, sobretudo, a cor da pele e alguns dados biométricos, cujas denominações ele teria adaptado do grego: melanoderma (*melanodermos*) para pretos; leucoderma (*leucodermos*) para brancos; faioderma (*phaiodermos*) para pardos; xantoderma (*xanthodermos*) para amarelos<sup>161</sup>. O termo “eritroderma” foi acrescentado posteriormente para indígenas. Já as opções utilizadas nas Guias para Exame Médico-Legal, na Declaração de Óbito, pelo Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são: preto, branco, pardo, amarelo e indígena. Em relação ao recorte racial da vitimização nesse estudo, os pardos e pretos predominaram (47,5% e 22,2%, respectivamente), condição que pode estar relacionada à predominância na população do estado da Bahia, com predomínio de pardos (59%) e pretos (17%) de acordo com o último censo demográfico de 2010<sup>162</sup>.

As variáveis demográficas como naturalidade e cidade de domicílio coincidiu com o resultado de estudo realizado no mesmo Instituto, sobre abuso sexual infantil, demonstrando que a maioria dos casos atendidos eram de vítimas nascidas e residentes em Salvador (71,6% e 75%, respectivamente)<sup>152</sup>.

O intervalo de tempo entre a violência sexual e o exame pericial só foi relatado em 34% dos laudos revisados. Esse foi de até 24 horas em 60% e ampliando a análise para até 72 horas de 88% dos casos. É possível que o PML não tenha registrado o intervalo de tempo nos casos de abuso sexual crônico, ou que não tenha conseguido definir esse tempo em outros casos, mas seria importante ter registrado o motivo da ausência dessa informação no corpo do laudo, já que na literatura relaciona-se a constatação de indícios de violência sexual com o intervalo de tempo entre a violência e o exame pericial. A falta dessas informações pode ser explicada pela distância na relação médico-paciente. Para Clavreul, o profissional é seu porta-voz e, como tal, não só deveria se anular como sujeito perante a objetividade científica que lhe é exigida, como também invalidaria a subjetividade do paciente. Diz Clavreul (1983:211): “O que ordena a relação médico-paciente é o distanciamento do médico em relação ao seu doente”. Mediante essa postura de despersonalização, o médico se institui no poder e saber que lhe são outorgados, aumentando ainda mais seu capital de poder. Suas impressões são corroboradas por Helman (1994), que acredita que o médico, por sua formação profissional e sociocultural, frequentemente se acha no direito de impor o modelo de atendimento ao paciente, raramente permitindo que este expresse livremente sua perspectiva do sofrimento que o acomete. Carapinheiro (1993), seguindo a tradição foucaultiana, discute o saber e poder do médico, analisando a construção da competência técnica ao longo de sua formação profissional. Segundo a autora, esse capital, quando relacionado à atuação relacionada aos pacientes, traduz-se numa autoridade moral e social, de certo modo inquestionável. Ao renegar os saberes dos pacientes e ao fazer crer que são inadequados, o saber-poder médico acaba por operar uma violência simbólica<sup>173</sup>

A avaliação do médico legista de casos de agressão sexual (com ou sem relação sexual) é uma responsabilidade importante que tem implicações significativas no sistema legal. O médico legista tem de acolher, entrevistar a vítima e realizar um exame físico geral e

ginecológico a fim de identificar possível lesão, avaliar o estado psicológico agudo da vítima, e coletar evidências forenses toxicológicas e biológicas<sup>111</sup>.

A coleta do material biológico no corpo da vítima deve ser realizada o mais rapidamente possível a partir do momento da agressão sexual. O ideal é que a coleta ocorra dentro das primeiras 24 horas. A possibilidade de se coletar vestígios biológicos em quantidade e qualidade suficientes diminui com o passar do tempo, reduzindo significativamente após 72h da agressão<sup>28,111</sup>. Alguns autores definem que o tempo máximo para a coleta de amostra biológica em secreção oral é de 24 horas<sup>97</sup>.

Concordante com outras pesquisas da área<sup>139,163</sup>, o principal grupo de vitimização são meninas jovens. Nesse estudo 50% das vítimas tinham no máximo 12 anos e ampliando a análise até 17 anos, temos 78,6% dos registros de violência sexual. Avaliando por faixa etária, as crianças tiveram mediana de idade de 6 anos (IIQ 3-9); adolescente de 14 anos (IIQ 13-15) e adultos de 24 anos (IIQ 20-34).

Sudupe Moreno (2013) avaliou 224 vítimas de agressão sexual, com idades entre 2 e 80 anos e encontrou dados próximos ao desse estudo. A média de idade das crianças vítimas de abuso sexual foi de 7,22 anos, adolescentes 14,89 anos, e adultos 33,04 anos. Observou que agressão sexual com penetração pênis em vagina aumentam com a idade das vítimas: 27,8% nas vítimas com 12 anos ou menos; 48,0% em vítimas adolescentes (13 e 17 anos) e 77,7% em adultos, o que reflete no maior número de encontro de espermatozoides e PSA entre vítimas adolescente e adultas. A análise toxicológica foi realizada em 71 casos, encontrado resultados positivos para álcool ou droga em 39 casos (54,9 %). Os percentuais de resultados positivos aumentaram com idade: sem casos positivos em crianças; 7,7% (3 em 39) em adolescentes, e 92,3% (36 em 39) em adultos. Concluiu que há diferenças significativas nas características dos casos de agressão sexual não apenas entre adultos e menores, mas entre os casos que ocorrem durante a infância e a adolescência. Este estudo constatou que os fatores de risco são diferentes entre as crianças e adolescentes, por ser um grupo heterogêneo na forma como são abusados, avaliados e como lidam com essas situações<sup>150</sup>.

Raramente crianças que sofrem abusos sexuais intrafamiliares serão avaliadas por um abuso sexual agudo. Diferente das crianças vítimas de trauma genital acidental em que a maioria é examinada antes de 24h, as vítimas de abuso sexual costumam revelar mais tardiamente, diminuindo a chance de constatação de eventuais lesões e coleta de vestígios forenses que possam ter existido<sup>152</sup>.

Koçtürk e Yüksel (2019), quando analisaram apenas casos de abusos intrafamiliares, a penetração do pênis na vagina ocorreu em menor número de casos (28,7%), aumentando os

valores referentes a outras formas de abusos sexuais, como atos libidinosos. Isso pode ser explicado porque este tipo de abuso facilita a manutenção por um período maior, sem deixar tantos vestígios na vítima, sendo muito utilizado nos casos de abusos por conhecidos, principalmente intrafamiliar<sup>164</sup>. Avaliando crianças, adolescentes e adultos, foi identificado que a penetração ocorreu mais nos adultos e foi percebido que a frequência deste ato, dentre os casos, aumentava com a idade, que pode ser explicado pela maturação progressiva relacionada a faixa etária, por isso adolescentes denunciaram mais casos de penetração do que as crianças<sup>150</sup>. A penetração aumenta a chance do encontro de espermatozoides e PSA nas secreções biológicas.

Gilles et al (2019) implementaram sessões educativas para os funcionários de um hospital universitário público com atendimento de vítimas de violência sexual. O cuidado médico definido como ideal foi definido como investigações sistemáticas para infecções sexualmente transmitidas, o fornecimento de antibióticos profiláticos, um teste de gravidez, contracepção de emergência, e acompanhamento psicológico e médico. Como resultado observaram que todos os procedimentos necessários foram concluídos para 337 pacientes (93%) e as medidas preventivas necessárias foram fornecidas para 325 pacientes (90%). Concluiu que após sessões educativas, a proporção de vítimas de violência sexual que receberam cuidados médicos ideais aumentou de 10% para 90%<sup>165</sup>.

A aquisição de conhecimentos das principais recomendações da lista da CCW, pode ser demonstrada com a comparação dos laudos periciais antes da intervenção (segundo semestre de 2017) e após a intervenção (segundo semestre de 2019), pois ocorreram escolhas mais corretas e efetivas na prática médico-pericial, resultando na liberação mais rápida dos laudos periciais à Justiça e a diminuição na solicitação de exames laboratoriais desnecessários. A análise da pesquisa sugere uma promessa real para essa abordagem. Médicos que relataram ter exposição à campanha *Choosing Wisely* são significativamente mais propensos a ter reduzido a quantidade de cuidados desnecessários que eles forneceram no último ano em comparação com aqueles que não ter visto ou ouvido falar da campanha<sup>143</sup>.

Considerando os quatro níveis do Modelo Kirkpatrick (reação, aprendizagem, comportamento e resultados); avaliando retrospectivamente e à luz dos resultados obtidos, o primeiro nível dessa taxonomia foi alcançado com a CCW, pois no questionário de avaliação, os participantes reagiram positivamente à intervenção, avaliando-a como excelente e muito boa. O nível 2 da taxonomia de Kirkpatrick, que avalia a aprendizagem, também parece ter sido atingido, já que os PML aproveitaram o conteúdo, tanto que houve redução da solicitação de exames laboratoriais desnecessários e do tempo para liberação dos laudos. Não foi possível

avaliar efetivamente os outros níveis deste modelo, como mudança de comportamentos no contexto real de trabalho (identificar se as pessoas treinadas estão transferindo os novos conhecimentos e habilidades para seu comportamento no trabalho: a intervenção impactou na rotina dos participantes? Os participantes trabalharam melhor depois da intervenção?) ou nos resultados (determinar se o treinamento afetou positivamente os resultados dos negócios ou contribuiu para os objetivos da Instituição)<sup>174</sup>.

Estudo realizado por Fuentes et al (2016), a fim de determinar atitudes, percepções e preocupações com a prevenção quaternária e a prática de escolher recomendações do *Choosing Wisely* observou que há percepções positivas de prevenção quaternária e recomendações de escolha sábia entre médicos de família da Previdência Social no Peru<sup>166</sup>.

A compreensão dos fundamentos da Medicina Baseada em Evidências, do *Choosing Wisely*<sup>167,168</sup> e da Prevenção Quaternária, e suas interconexões é essencial para o desenvolvimento de intervenções eficazes no enfrentamento de procedimentos médicos desnecessários, relatando discrepâncias entre o excesso de procedimentos médicos, o custo-efetividade, e os princípios de não-maleficência.

A necessidade de expertise exaustiva, com perspectiva ética, considerando o risco e benefícios de cada decisão médica; integrando reflexões críticas sobre beneficência e princípio não maleficência; bem como a análise crítica das evidências científicas disponíveis e uma compreensão global de cada caso clínico são necessárias para mudanças na prática vigente<sup>169</sup>.

Como estratégia, a abordagem médica necessita além de conhecimentos científicos, a empatia, a relação confiável, a exploração da queixa, a identificação dos fatores de estresse do paciente, além de compartilhamento da tomada de decisão, que muitas vezes é fortemente impactada por diretrizes das especialidades. Testes, tratamentos e procedimentos desnecessários não agregam valor ao cuidado. Na verdade, eles se afastam do atendimento ao paciente, expondo-os a algum dano, levando a mais testes para investigar falsos positivos, contribuindo para o estresse e custos evitáveis para os pacientes. Esses exames, tratamentos e procedimentos desnecessários têm pressionado mais os recursos do sistema de saúde<sup>170</sup>.

## 7 PONTOS FORTES, LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Na revisão da literatura, não encontramos estudos semelhantes da CCW em serviço de referência médico-pericial. É a primeira vez que PML no Brasil participam como um grupo de uma pesquisa que determina análise crítica das suas atitudes e percepções em relação a um tema importante em sua prática cotidiana, não há estudos prévios relacionados a esse tema na América Latina.

As limitações desse estudo devem-se ao fato de ter sido realizado integralmente com PML da Bahia, podendo não refletir as experiências dos PML de todo Brasil. Outro aspecto deve ser considerado na interpretação dos resultados do presente estudo, em especial quanto ao desenho retrospectivo que foi utilizado. Os aspectos avaliados foram limitados à informação contida nos laudos de exame de corpo de delito e os autores não tiveram controle sobre a qualidade original destes dados.

O processo de sensibilização e reflexão observado neste estudo, durante toda a implantação da campanha CW, despertou para uma necessidade de manter esta mobilização através de desdobramentos futuros tais como: 1) Incluir essa temática em cursos de atualização para PML da Capital e interior do Estado, com conteúdo teórico e prático; 2) Estimular os PML a elaborar construção de lista de recomendações, que possam agregar benefícios para os pacientes em outras áreas de atuação da Medicina Legal; 3) Ampliar a estratégia da campanha incluindo a participação de outros profissionais que atuam no atendimento das vítimas de violência sexual, de estudantes de Medicina, de pacientes e outros membros da sociedade, iniciando por divulgação de material informativo e, posteriormente, envolvendo os mesmos na avaliação da lista, visto que a *CCW* é *physician-led*, mas não restrita a médicos; 4) Realizar estudos futuros para avaliar o impacto da campanha na sua atividade pericial a longo prazo.

Este estudo pode ser visto como um primeiro passo para identificar a aplicabilidade e relevância das recomendações da campanha CW no atendimento a vítimas de VS no Brasil. Além de reforçar a ideia da necessidade de desenvolvimento contínuo dos PML em relação a essa temática, que pode ser normatizada nos Cursos de Formação da ACADEPOL, possibilitando novas gerações de PML mais preparadas para tomar decisões conscientes com os pacientes e com os recursos do sistema de saúde.

## 8 CONCLUSÕES

- A CCW se aplica à Medicina Legal no atendimento das vítimas de violência sexual. Há uma percepção positiva entre os PML sobre a implantação da campanha;

- A construção da lista, sua divulgação, as ações educativas, geraram novos conhecimentos e capacidades bastante enriquecedores na atuação médico-pericial com vítimas de violência sexual;

- As estratégias da implantação da campanha e as proposições formuladas da lista CW levaram a redução de tempo para liberação dos laudos das vítimas de violência sexual;

- A redução da solicitação de exames laboratoriais, antes e depois da campanha *Choosing Wisely*, foi observada;

- A manutenção da solicitação da Bacterioscopia, principalmente no sexo feminino vítima de VS, demonstra que mudança comportamental entre médicos, com longo tempo de atuação, pode demandar um tempo maior de campanha, com sensibilização e educação continuada.

## REFERÊNCIAS

1. 1. Brasil. Ministério da Saúde. Temático: Prevenção de Violência e Cultura de Paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 2008 [acesso em: 15 abr. 2019]; 3 (5). 60 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel\\_indicadores\\_sus\\_n5\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf).
2. Smith SG, Chen J, Basile KC, Gilbert LK, Merrick MT, Patel N, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010-2012, State Report. Atlanta, GA: Natl Cent Inj Prev Control Centers Dis Control Prev. [Internet]. 2017 [acesso em: 10 fev. 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/NISVS-StateReportBook.pdf>.
3. Basile KC, Smith SG. Sexual Violence Victimization of Women: Prevalence, Characteristics, and the Role of Public Health and Prevention. *Am J Lifestyle Med*. [Internet]. 2011 [acesso em: 18 mar. 2018]; 5(5):407-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1559827611409512>.
4. Grossin C, Sibille I, De La Grandmaison GL, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int* [Internet]. 2003 [acesso em: 15 abr. 2019]; 131(2):125-30. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0379-0738\(02\)00427-9](https://doi.org/10.1016/S0379-0738(02)00427-9).
5. Favarelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2004 [acesso em: 15 abr. 2019]; 161:1483-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1483>.
6. Campbell L, Keegan A, Cybulska B, Forster G. Prevalence of mental health problems and deliberate self-harm in complainants of sexual violence. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2007 [acesso em: 01 jun. 2017]; 14(2): 75-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcfm.2006.02.026>.
7. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso em: 01 jun. 2017]; 29(5): 889-898. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>.
8. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, Switzerland, World Health Organization. [Internet] 2002. [acesso em: 01 jun. 2017]; Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;sequence=1).
9. The United Nations General Assembly. Declaration on the Elimination of Violence Against Women. United Nations Gen Assem. [Internet] 1993 [acesso em: 01 jun. 2017]. Disponível em: [https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocities-crimes/Doc.21\\_declaration%20elimination%20vaw.pdf](https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocities-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf).

10. Christian CW. Timing of the medical examination. *J Child Sex Abus.* [Internet] 2011; [acesso em: 01 jun. 2017]; (20):505–520. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10538712.2011.607424>.
11. Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. *Arch Intern Med.* [Internet] 2012 [acesso em: 01 jun. 2017]; 172(2):171-178. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.772>.
12. Yong PL, Saunders RS, Olsen L. The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary. The National Academy of Sciences, Engineering and Medicine [Internet] 2010 [acesso em: 01 jun. 2017]. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/12750.html>.
13. Mansini ARG. Fontes de desperdício de recursos no sistema de saúde americano. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, [Internet] 2013 [acesso em: 01 jun. 2017]. Disponível em: <https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/derperdicio.pdf>.
14. Minossi JG, da Silva AL. Medicina defensiva: Uma prática necessária? *Rev Col Bras Cir.* 2013;40(6):494–501.
15. *Choosing Wisely* Internacional.[Homepage] [acesso em: 01 jun. 2017]. Disponível em: <http://www.choosingwisely.org/resources/updates-from-the-field/going-global-with-choosing-wisely/>.
16. *Choosing Wisely* SBC Brasil. [Internet] 2015 [acesso em: 01 jun. 2017]. Disponível em: <http://educacao.cardiol.br/choosing/processo.html>.
17. Blank L. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Annals of Internal Medicine.* 2002. p. 243–246.
18. Volpp KG, Loewenstein G, Asch DA. Choosing wisely: Low-value services, utilization, and patient cost sharing. *JAMA - Journal of the American Medical Association.* 2012; 308(16):1635-36.
19. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. Choosing Wisely’: a Growing International Campaign. *BMJ Qual Saf.* 2015; 24:167–174.
20. Quinonez RA, Garber MD, Schroeder AR, Alverson BK, Nickel W, Goldstein J, et al. Choosing Wisely in Pediatric Hospital Medicine: Five Opportunities for Improved Healthcare Value *Journal of Hospital Medicine.* 2013; 8 (9): 479-85.
21. Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: A short history of the choosing wisely campaign. *Acad Med.* 2014; 89(7):990-95.
22. Almenas M, Hidalgo EC, Pineda CA, Muñoz E, Armadillo M de LR, Salvatierra E, et al. Prevención cuaternaria: como hacer, como enseñar TT - Quaternary prevention: how to do, how to teach TT - Prevenção quaternária: como fazer, como ensinar. *Rev*

bras med fam comunidade. 2018; 13(40):69-83.

23. Pellin PP, Rosa SR. Prevenção Quaternária – Conceito, Importância e seu papel na Educação Profissional. Saberes Plurais: Educação na Saúde [Internet]. 2018 [acesso em: 01 set. 2020]; 2 (3): 09-22. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/issue/download/3559/632>.
24. Goldim JR. Princípio da não-maleficência. [Internet]. 1997. [Acesso em 1 set. 2018] Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/naomalef.htm>.
25. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. [Internet]. [acesso em 1 dez. 2018]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>.
26. Pfeiffer L, Waksman RD. Diagnóstico das apresentações da violência na infância e adolescência. In: Burns DAR, Campos Jr D, Silva LR, Borges WG, organizadores. Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2017. P. 92-9.
27. World Health Organization. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. [Internet]. London. 2013 [acesso em: 18 mar. 2018]. 51p. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>.
28. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. [Internet]. Geneva. 2003 [acesso em: 18 mar. 2018]. 144 p. Disponível em: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/med\\_leg\\_guide\\_lines/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guide_lines/en/).
29. Brasil. Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 de outubro de 1941.
30. França GV. Medicina Legal. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
31. Bittar N. Medicina Legal e noções de criminalísticas. 7ª Ed. Salvador: JusPodivm; 2018.
32. Organização Mundial da Saúde. Convenção sobre os Direitos da Criança. [Internet]. 1989. Disponível em: [http://www.fd.uc.pt/igc/manual/pdfs/10\\_manual\\_dhcrianca\\_CDC.pdf](http://www.fd.uc.pt/igc/manual/pdfs/10_manual_dhcrianca_CDC.pdf).
33. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, DF. [acesso em 16 jul 2015]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm).
34. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde. [Internet]. [acesso em 1 mai. 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao\\_maustratos\\_crianças\\_adolescentes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf).

35. Finkelhor D, Hotelling GT. Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect: An appraisal. *Child Abuse Negl.* 1984; 8(1):23–32.
36. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: Clinical guidelines, 2017. [Internet]. [acesso 15 out. 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/>.
37. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet.* 2009; 373(9657):68-81.
38. Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: An update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008; 20(5):435-441.
39. Pillai M. Genital Findings in Prepubertal Girls: What Can Be Concluded from an Examination? *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2008; 21(4):177-185.
40. Strickland J, Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004;17(3):191–7.
41. Katz VL, Lentz MG, Lobo RA DA. *Comprehensive Gynecology.* 5th ed. Philadelphia: Mosby; 2007.
42. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 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. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 de agosto. 2009.*
43. Smith TD, Raman SR, Madigan S, Waldman J, Shouldice M. Anogenital Findings in 3569 Pediatric Examinations for Sexual Abuse/Assault. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018; 31(2):79-83. doi:10.1016/j.jpag.2017.10.006.
44. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of nonhymenal genital injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics.* 2007;120(5):1000-1011.
45. McCann J, Voris J. Perianal injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics.* 1993;91(2):390-397.
46. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, et al. Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007; 20(3):163-172.
47. Adams JA, Harper K, Knudson S. A proposed system for the classification of anogenital findings in children with suspected sexual abuse. *Adolesc Pediatr Gynecol.* 1992; 5:73-75.

48. Adams JA. Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreat*. 2001; 6(1):31-36.
49. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, 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):81-87.
50. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018; 31(3):225-31.
51. Drezett J, Junqueira L, Tardelli R, Antonio IP, Jr HM, Vertamatti MAF, Pimentel RM, Abreu LC. Influência do exame médico-legal na responsabilização do autor da violência sexual contra adolescentes. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum* [Internet]. 2011 [acesso em: 01 mar. 2020]; 21(2): 189–97. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822011000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000200002).
52. Massaro, LT dos S, Adesse L, Laranjeira R, Caetano R, Madruga CS. Estupros no Brasil e relações com o consumo de álcool: estimativas baseadas em autorrelato sigiloso. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acesso em 21 jan. 2020]; 35(2): e00022118. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3111x00022118>.
53. Paixão ACW da, Deslandes SF. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. *Saúde e Soc*. 2010; 19:114-126.
54. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Governo do Brasil - Secretaria de Direitos Humanos. [Internet]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/>.
55. Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Yves de Roussan/ CEDECA-Ba. [Internet]. Disponível em: <http://www.cedeca.org.br/pagina.cfm?pagina=1>.
56. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro. [Internet]. [acesso em 3 set. 2017]. Disponível em: <http://pair.ledes.net/>.
57. Ministério da Justiça - Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Cartilha - Disque Denúncia Nacional. [Internet]. Disponível em: [http://portal.mj.gov.br/sedh/spdca/T/cartilha\\_disque\\_100\\_21x21\\_1512.pdf](http://portal.mj.gov.br/sedh/spdca/T/cartilha_disque_100_21x21_1512.pdf).
58. Brasil. Resolução 113, de 19 de abril de 2006. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

59. Ministério Público Federal. Turminha. Guia-Escolar-parte4. Cartilhas Educativas. [Internet]. 2011. Disponível em: <http://www.turminha.mpf.gov.br/para-o-professor/publicacoes/Guia-Escolar-parte4.pdf>.
60. Amapá MP. Manual de orientação para educadores - sobre o abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. [Internet]. Disponível em: [http://www.mp.ap.gov.br/portal/gerenciador/arquivos/File/manual\\_de\\_orientacao\\_para\\_educadores.pdf](http://www.mp.ap.gov.br/portal/gerenciador/arquivos/File/manual_de_orientacao_para_educadores.pdf).
61. Amapá MP. Abuso sexual de crianças e adolescentes - Quebrando Tabus. [Internet]. Disponível em: [http://www.mp.ap.gov.br/portal/gerenciador/arquivos/File/abuso\\_quebrando\\_tabus.pdf](http://www.mp.ap.gov.br/portal/gerenciador/arquivos/File/abuso_quebrando_tabus.pdf).
62. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais da saúde. [Internet]. Rio de Janeiro; 2001. [acesso em: 18 mar. 2020]. Disponível em: [http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/MausTratos\\_SBP.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/MausTratos_SBP.pdf).
63. Brasil. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Ministério da Saúde. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. [acesso em 7 ago. 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html).
64. Brasil. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 [acesso em: 7 ago. 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html).
65. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013. [acesso em: 2 set. 2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm).
66. Araújo TLL de. O(s) novo(s) crime(s) de estupro: Apontamentos sobre as modificações implementadas pela Lei 12.015/2009. [Internet]. Teresina: Jus Navigandi, 2009 [acesso em: 7 ago. 2018]; 14 (2232). Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/13307>.
67. Brasil. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 2013 [acesso em: 7 ago. 2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm).

68. Brasil. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. [Internet]. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 [acesso em: 7 ago. 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html).
69. Brasil. Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2015. [acesso em: 2 ago. 2019]. Disponível em: <http://acervo.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/interministerial/2648-288>.
70. Brasil. Portaria de nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Altera a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 para Definir a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. [Internet]. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 [acesso em: 30 ago. 2019]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html).
71. Brasil. Lei nº 13.721, de 02 de dezembro de 2018. Altera o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal) para estabelecer que será dada prioridade à realização do exame de corpo de delito quando se tratar de crime que envolva violência doméstica e familiar contra mulher ou violência contra criança, adolescente, idoso ou pessoa com deficiência. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 [acesso em: 30 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.jornaljurid.com.br/legislacao/leis/lei-no-13721-de-2-de-outubro-de-2018>.
72. Brasil. Lei 13431/19, de 04 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 [acesso em: 30 jan. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm).
73. Brasil. Lei 13931/19, de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019. [acesso em: 30 jan. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm).
74. Prescott LS, Taylor JS, Enbaya A, Marten CA, Myers KN, Meyer LA, et al. *Choosing Wisely*: Decreasing the incidence of perioperative blood transfusions in gynecologic oncology. *Gynecol Oncol*. [Internet]. 2019 [acesso em: 30 jan. 2020]; 153(3): 597–603. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.03.008>.
75. Hicks CW, Liu J, Yang WW, DiBrito SR, Johnson DJ, Brito A et al. A comprehensive Choosing Wisely quality improvement initiative reduces unnecessary

- transfusions in an Academic Department of Surgery. *Am J Surg*. [Internet]. 2017[acesso em: 30 jan. 2020]; (214) 571-576. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.06.020>.
76. Bhella S, Majhail NS, Betcher J, Costa LJ, Daly A, Christopher E, Dandoy CE. *Choosing Wisely BMT: American Society for Blood and Marrow Transplantation and Canadian Blood and Marrow Transplant Group's List of 5 Tests and Treatments to Question in Blood and Marrow Transplantation*. [Internet]. 2018 [acesso em: 30 jan. 2020]; 24(5): 909–913. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2018.01.017>.
  77. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde - O caminho para a cobertura universal [Internet]. 2010 [Acesso em 11 Jan. 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>.
  78. Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, J McGinnis JM. *Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America*. National Academies Press; 2013 [acesso fev. 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/13444>.
  79. Teixeira SAM, Taquette SR. Violence and unsafe sexual practices in adolescents under 15 years of age. *Rev Assoc Med Bras*. . [Internet] 2010 [acesso em 11 jan. 2019]; 56:440–446. doi:10.1590/s0104-42302010000400017.
  80. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. [Internet]. *Annals of Internal Medicine*. 2002 [acesso em 16 jan. 2017]. 136(3), 243. Disponível em: doi:10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012.
  81. *Choosing Wisely: Promoting conversations between patients and clinicians* [Internet]. An initiative of the ABIM Foundation. [Acesso em 13 mar. 2018]. Disponível em: <http://www.choosingwisely.org/>.
  82. Leverenz D, Iams W, Heck J, Brady D. Who Is Going to Make the Wise Choice? *Choosing Wisely: Next steps in improving Healthcare value*. *Journal of Hospital Medicine*. [Internet] 2015 [acesso em 11 jan. 2019]; 10 (8): 544-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhm.2377>.
  83. Laguardia J, Martins MS, De Castro IRS, Barcellos GB. Qualidade do cuidado em saúde e a iniciativa “Choosing Wisely.” *Rev Eletrônica Comun Informação e Inovação em Saúde*. 2016; 10:1981-6278.
  84. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* [Internet]. Institute of Medicine. 2001. [acesso em 16 jan. 2017]. Disponível em <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2001/Crossing-the-Quality-Chasm-A-New-Health-System-for-the-21st-Century.asp>.
  85. Rouster-Stevens KA, Ardoin SP, Cooper AM, Becker ML, Dragone LL, Huttenlocher A, et al. *Choosing Wisely: The American College of Rheumatology's Top 5 for Pediatric Rheumatology*. *Arthritis Care & Research*. [Internet]. 2014 [acesso em: 30 jun. 2019]; (66) 5: 649-657. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/acr.22238>.

86. Proqualis será canal de divulgação da iniciativa Choosing Wisely no Brasil. Proqualis. [acesso em 9 out. 2017]. Disponível em: <https://proqualis.net/choosing-wisely-brasil>.
87. Chiappini E, Bortone B, Di Mauro G, Esposito S, Galli L, Landi M, Novelli A, Marchisio P, Marseglia GL, Principi N, de Martino M. Choosing Wisely: The Top-5 Recommendations from the Italian Panel of the National Guidelines for the Management of Acute Pharyngitis in Children. *Clin Ther.* [Internet]. 2017 [acesso em: 18 mar. 2019]; 39(3):646-649. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2017.01.021>.
88. Lehmann C, Berner R, Bogner JR, Cornely OA, de With K, Herold S, et al. The “Choosing Wisely” initiative in infectious diseases. *Infection.* 2017. 45:263–268.
89. Drezett J, Blake MT, Lirab KSF de, Pimentel RM, Adami F, Bessab MMM e Abreu LC. Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que sofrem crimes sexuais. *Reprod Clim.*[Internet]. 2013 [acesso em: 18 mar. 2019]; 27(3):109-116. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.recli.2013.03.004>.
90. Thomas JW, Ziller EC, Thayer DA. Low costs of defensive medicine, small savings from tort reform. *Health Aff.* 2010.
91. Lopes AA. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. *Rev Assoc Med Bras.* 2000; 46(3):285-8.
92. El Dib RP. Como praticar a medicina baseada em evidências. *J Vasc Bras.* 2007; 6(1):1-4.
93. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica.* 2009; 25(9):2012-2020.
94. Tesser CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Rev. Saúde Pública (Internet).* 2017[acesso em: 01 dez. 2018]; 51:116. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/141548>.
95. Fritzler MJ. Choosing wisely: Review and commentary on anti-nuclear antibody (ANA) testing. *Autoimmunity Reviews* 2016; (15): 272–280.
96. Narvaz MG, Koller SH. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. *Psicol. estud.* [Internet]. 2006 [acesso em: 30 ago. 2019]. 2006;11(3):647-654. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000300021>.
97. Goiás SSP. Portaria nº 126-2018-SPTC- Coletas de Amostras Biológicas– 201800016022560, de 07 de novembro de 2018, [Internet].
98. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Municípios integrantes da Região Metropolitana de Salvador. [Internet]. 2013 [acesso em: 30 ago. 2019]. Disponível em:

[https://www.ipea.gov.br/redeipea/images/pdfs/governanca\\_metropolitana/re11\\_1\\_rms.pdf](https://www.ipea.gov.br/redeipea/images/pdfs/governanca_metropolitana/re11_1_rms.pdf).

99. Brasil. Lei Complementar nº 41 de 13 de junho de 2014. Cria a Entidade Metropolitana da Região Metropolitana de Salvador, dispendo sobre sua estrutura de governança e sobre o sistema de planejamento metropolitano, institui o Fundo de Mobilidade e de Modicidade Tarifária do Transporte Coletivo da Região Metropolitana de Salvador – FMTC-RMS, atende o art. 13 da Lei Federal nº 11.445, de 05 de janeiro de 2007, no âmbito da Região Metropolitana de Salvador, autoriza a instituição do Fundo de Desenvolvimento Metropolitano da Região Metropolitana de Salvador – FRMS, e dá outras providências. [Internet]. 2014 [acesso em: 30 ago. 2019]. Disponível em: <http://fnembrasil.org/regiao-metropolitana-de-salvador-ba/>.
100. Linstone HA, Turoff M. The Delphi Method; techniques and applications. New Jersey [Internet]. 2002 [acesso em 08 de abril de 2018]; 613p. Disponível em: <https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/delphibook.pdf>.
101. Almeida MHM de, Spínola AW de P, Lancman S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. [Internet] 2009 [acesso em 08 de abr.de 2018]; 20(1): 49-58. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14056/15874>.
102. Araújo JS de, Cedro M, Queiroz C, Botelho V, Ribeiro L, Valcáter F. Yellowbook Fluxos e Condutas Pediátricas. 1ª ed . Editora Sanar. 2020. 624p.
103. Princípios básicos para elaboração da Lista - *Choosing Wisely* Brasil. [Internet]. 2016 [acesso em 08 de nov. de 2017]; Disponível em: <https://proqualis.net/guideline/princ%C3%ADpios-b%C3%A1sicos-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-da-lista-choosing-wisely-brasil>.
104. Nguyen GC, Boland K, Afif W, Bressler B, Jones JL, Weizman AV, et al. Modified Delphi Process for the Development of Choosing Wisely for Inflammatory Bowel Disease. Inflamm Bowel Dis. [Internet] 2017 [acesso em 18 de mar.de 2019]; 23(6):858–865. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000001152>.
105. Action Manual. Integrating *Choosing Wisely* Recommendations into Practice. Developed by Washington State Choosing Wisely Task Force. ABIM Foundadtion. [Internet] 2015. [acesso em: 6 de dezembro de 2018]; 20p. Disponível em: <https://wsma.org/Choosing-Wisely>.
106. Clason DL, Dormody TJ. Analyzing Data Measured by Individual Likert-Type Items. J Agric Educ. [Internet] 1994 [acesso em: 6 de dezembro de 2018]; 35(4): 54-71. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e2ad/36059a7894c89ea566811eb82ad92acd88a7.pdf>.
107. Cunha LMA da. Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes. [Dissertação]. Lisboa (Portugal): Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa; 2007. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10451/1229>.

108. Likert R, Roslow S, Murphy, G. A simple and reliable method of scoring the Thurstone attitude scales. *Pers Psychol.* [Internet] 1993 . [acesso em: 6 de abril de 2018]; 46:689-690. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1993.tb00893.x>.
109. IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
110. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
111. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR. Norma Técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília-DF [Internet]. 2015 [acesso em: 28 fev. 2019]. 43 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-39598>.
112. Brasil. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Maternidade Dr. Moura Tapajós. Protocolos do Serviço de Atendimento à Vítima de Violência Sexual - SAVVIS. Manaus. [Internet]. 2018 e 2019 Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/estruturacao-dos-servicos-de-atendimento-as-mulheres-vitimas-de-violencia-sexual/>.
113. Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, Fajman NN, Sawyer MK, Driebe EM, et al. The epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics.* [Internet]. 2009 [acesso em: 28 fev. 2019]; 124:79–86. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2947>.
114. Floyed RL, Hirsh DA, Greenbaum VJ, Simon HK. Development of a screening tool for pediatric sexual assault may reduce emergency-department visits. *Pediatrics.* [Internet]. 2011 [acesso em: 28 fev. 2019]; 128(2):221-226. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3288>
115. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls.. *Archives of Disease in Childhood.*1969; 44(235), 291–303. doi:10.1136/adc.44.235.291.
116. Meneses C, Ocampos DL, Toledo TB de. Estagiamento de Tanner: um estudo de confiabilidade entre o referido e o observado. *Adolesc Saude.* [Internet].2008 [acesso em: 20 jan. 2019]; 5 (3): 54-56. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/adolescenciaesaude.com/pdf/v5n3a10.pdf>.
117. Parkhill RP, Norris J, Gilmore AK, Hessler DM, George WH, Davis K, Zawacki T. The effects of sexual victimization history, acute alcohol intoxication, and level of consensual sex on responses to sexual assault in a hypothetical scenario. *Violence Vict* [Internet]. 2016. [acesso em: 20 jan. 2020]; 31 (5):938-956. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00042>.
118. Justino LCL, Nunes CB, Gerk MAS, Fonseca SSO, Ribeiro AA, Filho ACP. Violência sexual contra adolescentes em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Revista Gaúcha*

- de Enfermagem. [Internet]. 2015 [acesso em: 18 mar. 2020]; 36:239-246. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56820>.
119. Ribas CB, Cunha MG, Schettini AP, Ribas J, Santos JE. Perfil clínico-epidemiológico das Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças atendidas em um centro de referência na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2011[acesso em: 20 fev. 2019]; 86 (1):80–86. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a10.pdf>.
  120. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. [Internet]. 2005[acesso em: 20 fev. 2019]; 81(5) supl:197–204. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572005000700010>.
  121. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids Brasília / DF. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª ed. Série Manuais n. 68. Brasília [Internet]. 2006 [acesso em: 25 fev. 2020]. 140p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_controle\\_das\\_dst.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf).
  122. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 3ª ed. Brasília [Internet]. 2012 [acesso em: 29 fev. 2020]. 124p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf).
  123. Adams JA. Understanding Medical Findings in Child Sexual Abuse: An Update For 2018. *Acad Forensic Pathol*. [Internet]. 2018 [acesso em: 25 fev. 2020]; 8(4):924-937. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1925362118821491>.
  124. Weiss KG. Male Sexual Victimization: Examining men’s experiences of rape and sexual assault. *Men and Masculinities*. [Internet]. 2010 [acesso em: 30 jul. 2019]. 12(3): 275-298. Disponível em: doi:10.1177/1097184X08322632.
  125. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA*. [Internet]. 2008 [acesso em: 30 jul. 2019]; 300(23):2779-2792. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2008.827>.
  126. Mishori R, Ferdowsian H, Naimer K, Volpellier M, McHale T. The little tissue that couldn’t – dispelling myths about the Hymen’s role in determining sexual history and assault. *Reproductive Health* [Internet]. 2019 [acesso em: 30 jul. 2019]; 16(1):74. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0731-8>.
  127. A National Protocol for Sexual Assault medical Forensic Examinations. Adults/Adolescents. [Internet]. US Department of Justice. Washington, DC. [Internet]. 2013. 135p. [acesso em: 01 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ovw/241903.pdf>.

128. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected.. *Pediatrics*. 2013 [acesso em: 30 jul. 2019]; 132 (2): 558-567. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1741>.
129. e Lira MO de SC, Rodrigues VP, Rodrigues AD, Couto TM, Gomes NP, Diniz NMF. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. *Texto e Context Enferm*. 2017; 26(3).
130. Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2.ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018. 328p. ISBN 978-85-87077-58 [Internet]. 2018 [acesso em: 01 mar. 2020]. Disponível em: [https://www.spsp.org.br/downloads/Manual\\_Atendimento\\_Crian%C3%A7as\\_Adolescentes\\_V%C3%ADtimas\\_Viol%C3%A4ncia\\_2018.pdf](https://www.spsp.org.br/downloads/Manual_Atendimento_Crian%C3%A7as_Adolescentes_V%C3%ADtimas_Viol%C3%A4ncia_2018.pdf).
131. Estatuto da Associação Brasileira de Medicina Legal e Pericias Medicas. [Internet]. 20XX [acesso em: 01 mar. 2020]. Disponível em: [https://abmlpm.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Estaturo\\_Registrado\\_em\\_2018\\_2.pdf](https://abmlpm.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Estaturo_Registrado_em_2018_2.pdf).
132. ABIMF. [Internet]. Disponível em: <http://abimfoundation.org/what-we-do/choosing-wisely>.
133. Friedman JN, Mahant S. Commentary. Making it easier to 'choose wisely'. *Paediatr Child Health*. 2017; 22(2):66-67. doi: 10.1093/pch/pxx027.
134. Reyes MA, Etinger V, Hall M, Salyakina D, Wang W, Garcia L, et al. Impact of the choosing wisely® campaign recommendations for hospitalized children on clinical practice: Trends from 2008 to 2017. *J Hosp Med*. 2020; 2:68-74.
135. Eskes AM, Chaboyer W, Nieuwenhoven P, Vermeulen H. What not to do: Choosing wisely in nursing care. *Int J Nurs Stud*. 2020;101:103420. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103420.
136. New Zealand Medical Students Association: Tests, Treatments and Procedures Medical Students and Trainee Interns Should Question. Choosing Wisely New Zealand. [Internet]. New Zealand. [acesso em 28 ago. 2019]. Disponível em: <https://choosingwisely.org.nz/wp-content/uploads/2017/08/CMC0003-NZ-Medical-Students-Association-1.pdf>.
137. Society of Hospital Medicine. Pediatric Hospital Medicine. Five things physicians and patients should question. [Internet]. 2013 Disponível em: <http://www.choosingwisely.org/societies/society-of-hospital-medicine-pediatric/>.
138. Becke K, Eich C, Höhne C, Jöhr M, Machotta A, Schreiber M, et al.. Choosing Wisely in pediatric anesthesia: An interpretation from the German Scientific Working Group of Paediatric Anaesthesia (WAKKA). *Pediatr Anesth*. 2018; 28: 588– 596. <https://doi.org/10.1111/pan.13383>.
139. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019. ISSN 1983-7364. [Internet]. 2019 [acesso em: 7 jun. 2020]. 217p. Disponível

em: [https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL\\_21.10.19.pdf](https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf).

140. Recommendations from the Australasian Chapter of Sexual Health Medicine On Herpes, Chlamydia, Candidiasis, Ureaplasma & Gonorrhoea. [Internet]. [acesso em: 30 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.choosingwisely.org.au/recommendations/achshsm>.
141. Colla CH, Kinsella EA, Morden NE, Meyers DJ, Rosenthal MB, Sequist TD. Physician perceptions of *Choosing Wisely* and drivers of overuse. *Am J Manag Care*. 2016; 22(5):337-43.
142. Harris R, Barclay C, Brewer N, Sheridan S, Vu M, DeFrank J. The *Choosing Wisely* top 5 lists: evidence-based and sustainable? In: Preventing Overdiagnosis Conference; 2013; Hanover, NH. Disponível em: [http://www.preventingoverdiagnosis.net/?page\\_id=665](http://www.preventingoverdiagnosis.net/?page_id=665).
143. PerryUndem Research/Communication. Unnecessary Tests and Procedures In the Health Care System [Internet]. 2014. [acesso em: 20 jan. 2020]: 13p. Disponível em: <https://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/04/Final-Choosing-Wisely-Survey-Report.pdf>.
144. Kjærulff MLBG, Bonde U, Astrup BS. The significance of the forensic clinical examination on the judicial assessment of rape complaints – developments and trends. *Forensic Sci Int*. 2019; 297:90-99.
145. Horvath K, Semlitsch T, Jeitler K, Abuzahra ME, Posch N, Domke A, et al. Choosing Wisely: assessment of current US top five list recommendations' trustworthiness using a pragmatic approach. *BMJ Open*. 2016.
146. Ho T, Dukhovny D, Zupancic JAF, Goldmann DA, Horbar JD, Pursley DM. Choosing wisely in newborn medicine: Five opportunities to increase value. *Pediatrics*. 2015; 136:482–489.
147. Leme CP. Fundamentos da Sexologia Forense. Perspectivas. *Medicina Legal e Perícias Médicas*. [Internet]. 2019; 8 sup: Artigos Doutrinários. [acesso em: 13 de janeiro 2020]. Disponível em: <https://perspectivas.med.br/2019/02/fundamentos-da-sexologia-forense/>.
148. Watkeys JM, Price LD, Upton PM, Maddocks A. The timing of medical examination following an allegation of sexual abuse: Is this an emergency? *Arch Dis Child*. 2008; 93(10):851-856.
149. MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse Negl*. 2003;27(12):1397-1408. [Internet]. 2018 [acesso em: 01 mar. 2020]; 23(5): 1591–9. Disponível em: [https://www.academia.edu/15334510/Reported\\_contact\\_with\\_child\\_protection\\_services\\_among\\_those\\_reporting\\_child\\_physical\\_and\\_sexual\\_abuse\\_results\\_from\\_a\\_community\\_survey?auto=download&ssrv=ss](https://www.academia.edu/15334510/Reported_contact_with_child_protection_services_among_those_reporting_child_physical_and_sexual_abuse_results_from_a_community_survey?auto=download&ssrv=ss).

150. Sudupe Moreno A. Age differences among victims of sexual assault: A comparison between children, adolescents and adults. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2013 [acesso em: 13 jan. 2020]; 20(5):465-470. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2013.02.008>.
151. Sena CA, Silva MA, Neto GHF. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012-2013. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 [acesso em: 01 mar. 2020]; 23(5): 1591–9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1591.pdf>.
152. Silva WS, Ribeiro FM, Guimarães GK, dos Santos MS, Almeida VPS, Barroso-Junior UO. Factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 [acesso em: 29 fev. 2020]; 23(2): 599–606. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.04932016>.
153. Kirk C, Logie L, Mok JYQ. Diagnosing sexual abuse (excluding forensics). *Paediatr and Child Health (Oxford)* [Internet]. 2010 [acesso em: 17 mar. 2018]; 20 (12): 556–60. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.paed.2010.08.002>.
154. Adams JA. MD Sexual Abuse in Children: What the General Practice Ob/Gyn Needs to Know, *Clinical Obstetrics and Gynecology*: [Internet]. 2020 [acesso em: 24 agosto. 2020]; 63(3): 486–490. Disponível em [https://journals.lww.com/clinicalobgyn/Fulltext/2020/09000/Sexual\\_Abuse\\_in\\_Children\\_What\\_the\\_General.4.aspx](https://journals.lww.com/clinicalobgyn/Fulltext/2020/09000/Sexual_Abuse_in_Children_What_the_General.4.aspx).
155. Oliveira EM de, Barbosa RM, Moura AA, Valverde M de, von Kossel K, Morelli K, Botelho LFF et al . Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2005 [acesso em 01 mar 2020]; 39(3): 376-382. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300007).
156. Nunes MCA, Morais NA. Gravidez decorrente de violência sexual: revisão sistemática da literatura. *Arq. bras. psicol.* [Internet]. 2017 [acesso em: 29 fev.2020]; 69(2): 88-103. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672017000200007&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200007&lng=pt).
157. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. CONITEC. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília [Internet]. 2015a [acesso em: 29 fev. 2020]. 121p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeutica\\_atencao\\_integral\\_pessoas\\_infecoes\\_sexualmente\\_transmissiveis.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf).
158. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília [Internet]. 2015a [acesso em: 29 fev. 2020]. 216p. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>.

159. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Brasília [Internet]. 2017b [acesso em: 29 fev. 2020]. 218p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>.
160. Cerqueira D, Coelho DSC. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. Brasília, DF: IPEA. Brasília [Internet] 2014 [acesso em: 29 fev. 2020]. Norma Técnica. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/140327\\_notatecnica\\_diest11.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnica_diest11.pdf).
161. Ramos JS. Ciência e racismo: uma leitura crítica em raça e assimilação em Oliveira Viana. *Hist Cienc Saúde – Manguinhos* [Internet] 2003 [acesso em: 29 fev. 2020]; 10 (2): 573-601. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hesm/v10n2/17751.pdf>.
162. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Populacional 2010. [Internet] 2010. [acesso em: 29 fev. 2020]. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).
163. Delziovo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EBS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [acesso em: 14 mar. 2020]; 33(6): 1–13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00002716>.
164. Koçtürk N, Yüksel F. Characteristics of victims and perpetrators of intrafamilial sexual abuse. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2019 [acesso em: 27 fev 2020]; 96: 1–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104122>.
165. Gilles C, Manigart Y, Rousseau C, Libois A, Gennotte AF, Rozenberg, S Implementation of a protocol and staff educational sessions improves the care of survivors of sexual assault. *Maturitas*. [Internet]. 2019 [acesso em 20 de jun, de 2020]; 124: 39–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.03.004>.
166. Cuba Fuentes MS, Zegarra Zamalloa CO, Reichert S, Gill D. Attitudes, perceptions, and awareness concerning quaternary prevention among family doctors working in the Social Security System, Peru: a cross-sectional descriptive study. *Medwave* 2016; 16:e6433. doi: 10.5867/medwave.2016.03.6433.
167. Choosing Wisely. History. Disponível em: <https://www.choosingwisely.org/our-mission/history/> (acesso em 26 nov. 2019).
168. Choosing Wisely. Does Choosing Wisely work? Disponível em: <https://www.choosingwisely.org/getting-started/resource-library/does-choosingwisely-work/> (acesso em 10 nov. 2019).

169. Depallens MA, Guimarães JMM, Almeida Filho N. Quaternary Prevention: Is this Concept Relevant to Public Health? A Bibliometric and Descriptive Content Analysis. *Cad. Saúde Pública* 2020 (acesso em 26 ago. 2020).; 36(7):e00231819 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00231819>.
170. Kuehlin T, Sghedoni D, Visentin G, Gêrvas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task for general practitioner. *Primary Care*. 2010;10(18):350-354.
171. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Cultura, isolamento e identificação da *Neisseria gonorrhoeae*. – Brasília [Internet]. 1997 [acesso em: 29 fev. 2020]. 72p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/115\\_02cultura.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/115_02cultura.pdf).
172. Penna GO, Hajjar LA, Braz TM. Gonorreia. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [Internet]. 2000 [acesso em 10 de jun, de 2019]; 33(5): 451-464. doi:10.1590/s0037-86822000000500007.
173. Paixão ACW. A relação médico-paciente diante do abuso sexual infantil, 2003. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.
174. Du, J. Research and Practice of Training Effect Evaluation System Based on Kirkpatrick Model—Taking Teacher Training System of Zhejiang Open University as an Example. *Chinese Studies*, [Internet]. 2021 [acesso em 20 de jun de 2021]; 10 (2): 123-146. doi: 10.4236/chnstd.2021.102009.

## APÊNDICES

## Apêndice A - Plano de Trabalho e Cronograma de Execução

2018	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Desenvolvimento do Projeto de Pesquisa	X	X										
Submissão do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética							X					
Apresentação do projeto em seminários							X					
Seminário de apresentação de dados preliminares		X					X				X	
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2019	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Campanha CW e Coleta de dados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Finalização dos dados												X
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análise estatística e versão em português							X	X	X	X	X	X
2020	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Finalização dos dados	X	X	X	X	X	X	X					
Versão em inglês e submissão									X	X		
Qualificação										X		
2021	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Defesa									X			

## Apêndice B - Orçamento do Projeto de Pesquisa

**Título do Projeto: O IMPACTO DA CAMPANHA *CHOOSING WISELY* EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA PERICIAL PARA AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

**Pesquisador Responsável:** Ana Maria Soares Rolim e Bruno Gil de Carvalho Lima

<b>COMPONENTES DAS DESPESAS</b>	<b>REF.</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Papel	Resma	02	R\$ 12,00	R\$ 24,00
Caneta	Unid.	10	R\$ 1,00	R\$ 10,00
Lápis	Unid.	10	R\$ 0,50	R\$ 5,00
Borracha	Unid.	02	R\$ 0,80	R\$ 1,60
Livros	Unid.	05	R\$ 80,00	R\$ 400,00
Notebook–dell Inspiron 15 Gaming	Unid.	01	R\$ 5221,01	R\$ 5.221,01
Participação em congressos	Unid.	02	R\$ 400,00	R\$ 800,00
Cartucho	Unid.	02	R\$ 80,00	R\$ 160,00
Fotocópias	Unid.	400	R\$ 0,10	R\$ 40,00
Encadernação em capa dura	Unid.	01	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Encadernação em espiral	Unid.	02	R\$ 8,00	R\$ 8,00
Website SurveyMonkey®	Unid.	01	R\$ 1056,00	R\$ 1.056,00
IBM® SPSS® Statistics Base GradPack 25 for Windows	Unid.	01	R\$ 284,00	R\$ 284,00
<b>TOTAL</b>	-	-	-	<b>R\$ 8.049,61</b>

Fonte de financiamento: Financiamento próprio

**Apêndice C – Questionário *Choosing Wisely*****Questionário *Choosing Wisely* – PAINEL DE ESPECIALISTAS**

1. Nome
2. Idade
3. Escola onde se formou
4. Ano de formatura

5. Assinale sua atividade atual:

- Docente (1 Escola Médica)
- Docente (mais de 1 Escola Médica)
- Em consultório (particular ou convênio)
- Em consultório (serviço público)
- Assistindo pacientes internados (hospital particular ou convênio)
- Assistindo pacientes internados (hospital público)
- Cumprindo plantão (serviço privado)
- Cumprindo plantão (serviço público)
- Outro (especifique)

6. Quantas horas você trabalha por semana?

7. Se você atua em hospital, qual a sua área de atuação?

- Unidade de internação (enfermaria/apartamento)
- Emergência
- Ambulatório
- UTI
- Não trabalho em hospital

Outro (especifique)

8. Qual a sua formação após a graduação?

- Residência
- Estágio
- Especialista (através de prova de título Sociedade de Especialidade)
- Mestrado
- Doutorado
- Pós - Doutorado
- Nenhuma
- Especifique a sua especialização

9. Você tinha conhecimento da campanha "Choosing Wisely"?

Sim

Não

**Pense em seu cotidiano com Perito Médico Legista e identifique 3 situações envolvendo procedimentos ou conduta em vítimas de violência sexual que, embora frequente, você julga desnecessária ou, possivelmente, danosa para o periciando. Suas proposições serão as respostas 10, 11 e 12. Justifique cada uma delas de forma breve, não precisa bibliografia**

10. Proposição 1

11. Proposição 2

12. Proposição 3

13. Há quantos anos você atua como Perito Médico Legista?

## Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “**A CAMPANHA CHOOSING WISELY EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA PERICIAL PARA AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**”. Os pesquisadores serão os pesquisadores Ana Maria Soares Rolim (aluna do Doutorado Acadêmico em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública) e Bruno Gil de Carvalho Lima (professor orientador do doutorado).

O objetivo da pesquisa será aplicar, descrever e analisar o impacto das ações envolvidas com a implantação da campanha “Choosing Wisely” para prática pericial em vítimas de abuso sexual. Esta iniciativa, que está sendo implantada em várias partes do mundo, visa alertar para a falta de sabedoria e utilização exagerada, ou inapropriada, de recursos em saúde. Além de fortalecer o paradigma *Less is More*, propondo ações educativas que envolvam médicos, gerando reflexão sobre o que não se deve fazer e estimulando às sociedades médicas que discutam sobre práticas frequentes desnecessárias.

Você está sendo convidado como participante. Caso aceite fazer parte do estudo será solicitado o preenchimento de breve questionário on-line com identificação, sexo, idade e nível de instrução. Será ainda questionado suas atividades profissionais e o seu conhecimento sobre esta campanha. Em seguida você deve listar 3 recomendações para evitar condutas desnecessárias com o (a) periciando (a) vítima de violência sexual durante a prática pericial. Os questionários serão enviados por via eletrônica, o tempo estimado de preenchimento será de 15 minutos.

Embora considerado de risco mínimo, existe a possibilidade constrangimento e identificação de suas respostas. Para minimizar este risco o material resultante da pesquisa será analisado exclusivamente pelos pesquisadores e arquivado em espaço específico do programa da proponente por cinco anos. Quando por registro virtual serão arquivadas em HD externo do programa, sob-responsabilidade do pesquisador principal. Os dados serão tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Não é prevista nenhuma remuneração para participação nesta pesquisa. Sua participação é voluntária e mesmo tendo assinado o termo de consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo, se assim o desejar.

Após leitura, caso aceite participar, deve assinar este termo em duas vias, uma das quais ficará em seu poder, caso aplicado de forma on-line, a sua resposta é sinal do seu consentimento em participar.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode entrar em contato com a pesquisadora: Ana Maria Soares Rolim, telefone 71-996380858, email [anarolim.pos@bahiana.edu.br](mailto:anarolim.pos@bahiana.edu.br), ou endereço: Av. Centenário,s/nº, Vale dos Barris, CEP 40100-180, Salvador-Ba ou procurar o Comitê de Ética e Pesquisa- Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública Av. Don João VI Brotas, n 275. CEP: 40290-000. Tel do CEP (71) 3276-8225.

Salvador, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

Pesquisador responsável

---

Ana Maria Soares Rolim RG:2487732-83

**DECLARAÇÃO**

\_\_\_\_\_ (nome por extenso do participante pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**Apêndice E – Escala Likert****ESCALA LIKERT**

Pontuação	Quantificação
4	concordo fortemente
3	concordo moderadamente
2	discordo moderadamente
1	discordo fortemente

## Apêndice F – Tabela de ADAMS Adaptada

### TABELA DE ADAMS ADAPTADA

#### Abordagem Atualizada para Interpretação dos Achados Médicos nas Crianças com Suspeita de Abuso Sexual – 2018

##### SECÇÃO 1. ACHADOS FÍSICOS

##### **A. achados documentados em recém-nascidos ou comumente observados em crianças não abusadas. Achados normais e não estão relacionados com abuso sexual na criança, são variantes da normalidade**

1. variações normais na aparência do hímen
  - a. anular: tecido himenal presente em toda a abertura vaginal incluindo no local das 12 horas
  - b. hímen em crescente: o tecido himenal está ausente em algum ponto acima do 3-9 horas locais
  - c. hímen imperfurado: hímen sem abertura
  - d. hímen cribiforme: hímen com 1 ou mais aberturas pequenas
  - e. hímen septado: hímen com 1 ou mais septos em toda a abertura
  - f. hímen redundante: hímen com abas múltiplas, dobrando-se sobre si
  - g. hímen com apêndice do tecido na borda
  - h. hímen com montes ou saliências na borda em qualquer quadrante
  - i. qualquer entalhe ou fenda do hímen (independentemente da profundidade) na localização acima das 3 e 9 horas
  - j. um entalhe ou fenda no hímen, localizado em ou abaixo das 3 horas ou 9 horas, que não se estenda até a base do hímen (borda de inserção)
  - k. orla posterior do hímen íntegra, porém relativamente estreita ao longo de toda a extensão; pode dar a aparência de abertura vaginal "ampliada"
2. banda (s) periuretral ou vestibular
3. cume (s) intravaginal ou coluna (s)
4. cume externo no hímen
5. diástase Ani (área lisa por diástase dos músculos que circundam o anus)
6. cicatriz (s) da pele perianal
7. hiperpigmentação da pele de pequenos lábios ou tecidos perianais em crianças de cor
8. dilatação da abertura uretral
9. características anatômicas normais na linha média
  - a. sulco na fossa, observado no início da adolescência
  - b. falha da fusão da linha média (igualmente chamada sulco perineal)
  - c. Rafe mediano (pode ser confundido com uma cicatriz)
  - d. Linha vestibular (área avascular da linha média)
10. visualização da linha pectínea (região de demarcação anatômica entre pele e mucosa anal), transição ano dérmica e mucosa retal, observada quando o ânus está completamente dilatado
11. dilatação parcial do esfíncter anal externo, com o esfíncter interno fechado, causando a visualização da mucosa anal além da linha pectínea, que pode ser confundido com a laceração anal

**B. achados comumente causados por condições médicas que não sejam trauma ou contato sexual. Estes achados exigem que diagnósticos diferenciais sejam considerados, porque cada um pode ter várias causas diferentes**

12. eritema dos tecidos anais ou genitais
13. aumento da vascularização do vestibulo e hímen
14. aderência labial
15. friabilidade da fúrcula posterior
16. corrimento vaginal que não está associado a uma infecção sexualmente transmissível
17. as fissuras anais
18. congestão venosa ou agrupamento venoso na área perianal
19. dilatação anal em crianças com condições predisponentes, com sintomas ou antecedentes de constipação e/ou encoprese ou crianças que são sedadas, anestesia, ou com comprometimento do tônus neuromuscular por outras razões, como o pós-morte

**C. achados devidos a outras condições, que podem ser confundidas com abuso**

20. prolapso uretral
21. Líquen escleroso e escleroso e atrófico
22. úlcera vulvar (s), tais como úlceras aftosas ou observadas na doença de Behcet
23. eritema, inflamação e fissuração dos tecidos perianais ou vulvar, causadas devido à Infecção por bactérias, fungos, vírus, parasitas ou outras infecções que não são transmitidas sexualmente (úlceras de Lipschutz)
24. prolapso retal
25. descoloração das estruturas genitais (incluindo o hímen) pela lividez pós morte, se confirmada por análise histológica

**D. Não há consenso entre os peritos em relação ao grau de significância. Estes achados físicos têm sido associados a uma história de abuso sexual em alguns estudos, mas até a presente data, não há consenso entre os especialistas quanto ao peso que devem ser dado, no que diz respeito ao abuso.**

**Os achados 27 e 28 devem ser confirmados por meio de exame adicional posições e/ou técnicas, para garantir que não são variantes normais (achados 1. i, 1. j) ou achado de lesão traumática residual (encontrando 37).**

26. Dilatação anal completa (com relaxamento do esfíncter anal interno, bem como do externo) na ausência de outros fatores de predisposição como constipação, encoprese, sedação, anestesia e condições neuromusculares.
27. entalhe ou fenda na borda hímen, localizadas abaixo das 3 horas ou 9 horas, que se estende quase até a base do hímen, mas não é uma transecção completa. Este é um achado muito raro que deve ser interpretado com precaução, exceto se uma lesão aguda for documentada no mesmo local.
28. fissura completa/suspeita de transecção para a base do hímen localizados em 3 e 9 horas

**E. achados causados por trauma. Estes achados são altamente sugestivos de abuso, mesmo na ausência de uma revelação da criança, a menos que a criança e/ou o cuidador forneça uma descrição oportuna e plausível de um acidente anogenital**

**de esmagamento ou de empalamento, ou intervenções cirúrgicas passadas que são confirmado da revisão de registros médicos. Achados que podem representar lesões residuais/cicatrizantes devem ser confirmados por meio de exame adicional posições e/ou técnicas.**

*1) traumatismo agudo aos tecidos genitais/anais*

- 29. laceração aguda (s) ou hematomas em grandes ou pequenos lábios, pênis, escroto ou períneo
- 30. laceração aguda da fúrcula posterior ou vestíbulo, não envolvendo o hímen
- 31. hematomas, petéquias ou abrasões no hímen
- 32. laceração aguda do hímen, de qualquer profundidade; parcial ou completa
- 33. laceração vaginal
- 34. laceração perianal com exposição de tecidos abaixo da derme

*2) lesões residuais (cicatrização) dos tecidos genitais/anais*

- 35. cicatriz perianal (um achado muito raro que é difícil de diagnosticar a menos que se o ferimento agudo foi documentado previamente na mesma posição)
- 36. cicatriz de fúrcula ou fossa posterior (um achado muito raro que é difícil diagnosticar, a menos que uma lesão aguda tenha sido previamente documentada na mesma localização)
- 37. Transecção completa do hímen cicatrizada/fissura completa cicatrizada localizada abaixo das 3-9 horas que se estende para ou através da base do hímen, sem tecido himenal discernível naquele local
- 38. sinais de MGF (mutilação genital feminina) ou de corte, tais como perda de parte ou de todo o prepúcio (capuz do clitóris), clitóris, pequenos lábios ou grandes lábios, ou cicatriz linear vertical adjacente para o clitóris (tipo 4 FGM)

## SECÇÃO 2. INFECÇÕES

### **A. infecções não relacionadas com o contato sexual**

- 39. vaginite causada por infecções fúngicas como *Candida albicans* ou infecções transmitidas por bactérias por meios não sexuais, tais como *Streptococcus* tipo A ou tipo B, *Staphylococcus* SP, *Escherichia coli*, *Shigella* ou outros organismos gram negativos
- 40. úlceras genitais causadas por infecções virais como o vírus Epstein-Barr ou outros vírus respiratórios

### **B. infecções que podem ser espalhadas por não sexual, bem como a transmissão sexual.**

**A interpretação destas infecções poderá necessitar de informações adicionais, história ginecológica da mãe (HPV) ou história da criança de lesões orais (HSV), ou presença de lesões em outras partes do corpo (molusco) que possam esclarecer probabilidade de transmissão sexual. Após a avaliação completa, um relatório sobre a criança deve ser encaminhado para os serviços de proteção em alguns casos. Fotografias ou vídeo desses achados devem ser feitas, para serem avaliadas e confirmadas por um perito experiente na avaliação do abuso sexual, para assegurar o diagnóstico exato**

- 41. Molusco contagioso na área genital ou anal. Em crianças pequenas, a transmissão mais provável é a não sexual. Transmissão pelo contato íntimo pele-pele na população adolescente foi descrita
- 42. Condiloma acuminado (HPV) na área genital ou anal. Verrugas aparecendo pela primeira vez após 5 anos de idade pode ser mais provável ter sido transmitida por contato sexual

43. infecções por HSV Tipo 1 ou 2 na área oral, genital ou anal

**C. infecções causadas por contacto sexual, se confirmadas utilizando testes adequados, e transmissão perinatal foi descartada**

44. infeção genital, retal ou faríngea por *Neisseria gonorrhéa*

45. sífilis

46. infeção genital ou retal por *Chlamydia trachomatis*

47. infeção por *Trichomonas vaginalis*

48. HIV, se a transmissão por sangue ou agulhas contaminadas tiver sido descartada

**SECÇÃO 3. DIAGNÓSTICOS DE ACHADO SEXUAL**

49. gravidez

50. sêmen identificado em espécimes forenses tomados diretamente do corpo de uma criança

FGM, Mutilação Sexual Feminina; HPV, Papilomavirus Humano; HSV, Virus da Herpes Simplex. Esta tabela lista os achados médicos e laboratoriais; no entanto, a maioria das crianças que são avaliados por suspeita de abuso sexual não terão sinais físicos de lesão ou infeção. A descrição da criança do que aconteceu e o relato de sintomas específicos, em relação aos eventos descritos, são partes essenciais de uma avaliação médica completa.

## Apêndice G – Avaliação da Campanha *Choosing Wisely*

### AVALIAÇÃO PERITOS MÉDICOS IMLNR

#### 1. Identificação

Nome

Idade

Sexo

PML há quanto tempo?

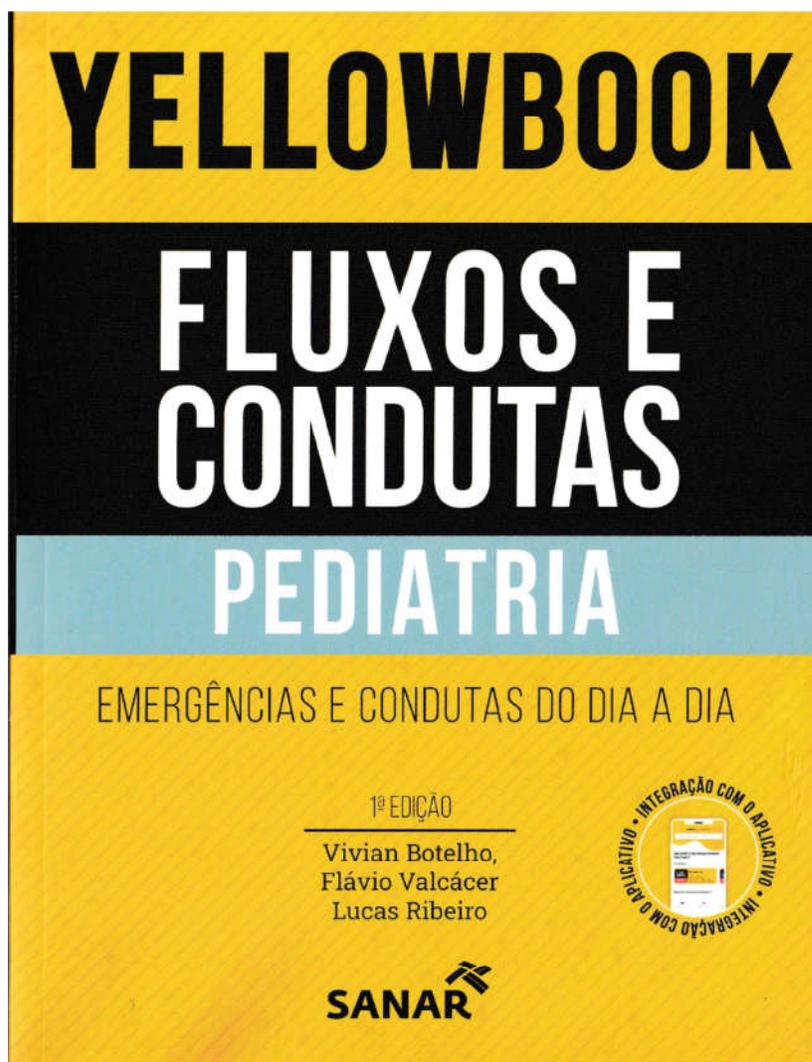
#### 2. Queremos saber a sua opinião sobre a capacitação da Campanha *Choosing Wisely*

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Péssimo
Informações sobre a Campanha <i>Choosing Wisely</i> (Conteúdo da apresentação).	<input type="radio"/>				
Qualidade da apresentação.	<input type="radio"/>				
Qualidade da discussão feita pelos professores.	<input type="radio"/>				

#### 3. Reflita sobre a campanha e traduza em uma palavra ou frase o que julga importante

#### 4. Deseja fazer algum comentário construtivo?

## Apêndice H – Capítulo de Livro publicado



## SUMÁRIO

A relação de temas do Yellowbook Pediatria não se limitou às doenças respiratórias, cardiovasculares, gastrointestinais, urinárias e neurológicas, causas comuns de atendimento da criança na emergência, mas destacou também tópicos importantes da prática pediátrica, pouco abordados, como os acidentes por intoxicações agudas, afogamento, queimaduras, mordeduras de animais, ingestão de corpo estranho e violência sexual.

Os 61 coautores que escreveram os 42 capítulos, na sua grande maioria, são profissionais que pude compartilhar na minha vida acadêmica e profissional, o que me respalda em referenciá-los pela qualidade e competência com que abordaram temas importantes da pediatria. Os autores fizeram um magnífico trabalho na produção de capítulos precisos e confiáveis, embasados por literatura atualizada, com abordagem prática, didática e de fácil entendimento pelo leitor.

Por fim, convido os leitores, médicos pediatras e outros profissionais para a leitura deste livro que, sem dúvida, pelo seu conteúdo, pela forma sábia da abordagem prática, cumprirá os seus principais objetivos: promover o acesso rápido à informação e melhorar a qualidade da assistência à criança.

Dilton Rodrigues Mendonça

Prof. Adjunto de Pediatria da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Coordenador da Residência Médica em Pediatria do Hospital Geral Roberto Santos - Salvador (Bahia)

AUTORES	5
AGRADECIMENTOS	9
O QUE É O YELLOWBOOK PEDIATRIA	17
A PRESCRIÇÃO MÉDICA	21
<b>EMERGÊNCIAS</b>	
AVALIAÇÃO INICIAL DE GRAVIDADE	33
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)	41
INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	51
SEQÜÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO	65
VENTILAÇÃO MECÂNICA	79
ABORDAGEM AO POLITRAUMATIZADO	83
CHOQUE: AVALIAÇÃO E MANEJO INICIAIS	93
ANAFILAXIA	105
INTOXICAÇÕES EXÓGENAS	115
AFOGAMENTO	134
QUEIMADURAS	137
MORDEDURAS	147
INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO	167
ATENDIMENTO INICIAL À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	175
SEDAÇÃO E ANALGESIA	189

## AUTORES

- **AValiação INICIAL DE GRAVIDADE**  
Dr. Flávio Valcácer, Dr. Lucas Ribeiro, Dra. Vivian Botelho
- **PARADA CARDIORESPIRATÓRIA (PCR)**  
Dra. Manuela Borges, Dra. Paula Argolo
- **INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL**  
Dr. Cristiano Brito, Dra. Danielly Varjão, Dr. Flávio Valcácer, Dra. Laís Lucrécia, Dra. Marina Vieira, Dr. Allomar Dourado Júnior
- **SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO**  
Dr. Cristiano Brito, Dr. Flávio Valcácer, Dr. Lucas Ribeiro, Dr. João Henrique Silveira
- **VENTILAÇÃO MECÂNICA**  
Dr. André Soledade, Dr. Tássio Campos, Dra. Vivian Botelho
- **ABORDAGEM AO POLITRAUMATISMO**  
Dra. Barbara Kraychete, Dr. Flávio Valcácer, Dra. Vivian Botelho
- **CHOQUE: AVALIAÇÃO E MANEJO INICIAIS**  
Dr. Flávio Valcácer, Dra. Inaiá Nascimento
- **ANAFILAXIA**  
Dr. Flávio Valcácer, Dr. Lucas Ribeiro, Dra. Vivian Botelho, Dra. Mariana Cruz
- **INTOXICAÇÕES EXÓGENAS**  
Dra. Fabiana Gouvêa, Dr. Flávio Valcácer, Dra. Gabriela Bagano

## AUTORES

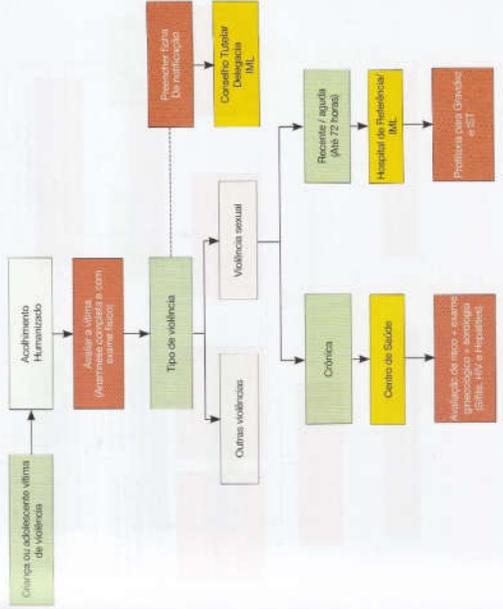
- **AFOGAMENTO**  
Dr. Flávio Valcácer, Dr. Lucas Ribeiro, Dra. Vivian Botelho
- **QUEIMADURAS**  
Dr. Flávio Valcácer, Dr. Ivan Ferraz Valente, Dr. Lucas Ribeiro, Gabriela Saife
- **MORDEDURAS**  
Dr. Flávio Valcácer, Dr. Lucas Ribeiro, Dr. Vivian Botelho, Dra. Bruna Pontes
- **INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO**  
Dr. Flávio Valcácer, Dr. Lucas Ribeiro, Dra. Vivian Botelho
- **ATENDIMENTO INICIAL À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**  
Dra. Ana Rollim, Dr. Lucas Ribeiro, Dra. Gabriele Mascarenhas
- **SEDAÇÃO E ANALGESIA**  
Dr. Cristiano Brito, Dra. Yuri Sakamoto, Dr. Gustavo Franco

# ATENDIMENTO INICIAL À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

## CONCEITOS INICIAIS

A violência ou abuso sexual é definido como o uso da criança ou adolescente para qualquer tipo de gratificação sexual de adulto ou adolescente mais velho que detém ou deteve algum vínculo familiar, de convivência ou de relacionamento.

Caracteriza-se como transgressão de ordem moral, geralmente crônica, que se apresenta como: violência doméstica, manifestada com raras evidências clínicas ou ausência de lesões (manipulações, carícias, exposição à pornografia); ato que não produz contato sexual ("voyeurismo", pornografia, exibicionismo e produção de filmes); ato sexual completo com penetração anal ou vaginal; exploração sexual visando lucros e estupro causado por pessoa desconhecida da vítima.







**POSOLOGIA DAS MEDICAÇÕES ARV NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA**

Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	
Solução oral: 80/20 mg/mL	Comprimido infantil: 100 mg / 25 mg
2, 14 dias a 28 dias: 300 mg / 75 mg/m <sup>2</sup> 12/12h	10 Kg a 13,9 Kg: 2 cp de manhã e 3 à noite
1 mês a 5 meses: 1 mL 12/12h	14 Kg a 19,9 Kg: 2 cp de manhã e 2 à noite
6 a 12 meses: 1,5 mL 12/12h	20 Kg a 24,5 Kg: 3 cp de manhã e 2 à noite
1 a 3 anos: 2 mL 12/12h	25 Kg a 29,5 Kg: 3 cp de manhã e 3 à noite
3 a 5 anos: 2,5 mL 12/12h	> 35 Kg: 400 mg/100 mg ds 12/12h
6 a 9 anos: 3 mL 12/12h	
9 a 14 anos: 4 mL 12/12h	
<b>Nevirapina (NVP) - uso neonatal</b>	
Peso de nascimento 1,5 a 2 Kg: 6 mg (0,8 mL) / dose 12/12h	
Peso de nascimento > 2 Kg: 12 mg (1,2 mL) / dose 12/12h	
Peso de nascimento < 1,5 Kg: não usar NVP	
14 dias a 8 anos: 200 mg/m <sup>2</sup> 1x / dia por 14 dias, depois 200 mg/m <sup>2</sup> 12/12h	

Fonte: DIARV/SVS/MS.

**RECOMENDAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS PARA SEGUIMENTO DA PEP**

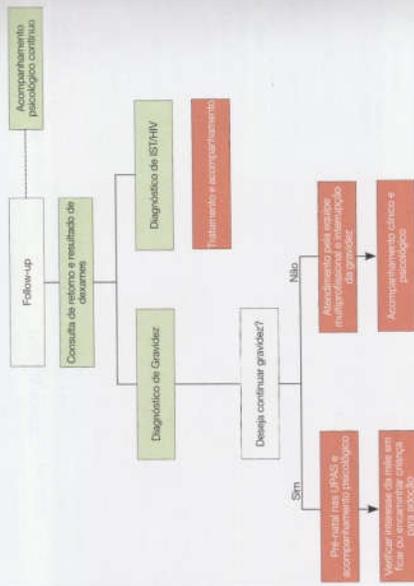
EXAMES LABORATORIAIS	PRIMEIRO ATENDIMENTO (D)	2ª SEMANA APOS INICIO DA PEP	4ª SEMANA APOS INICIO DA PEP	12ª SEMANA APOS INICIO DA PEP
Creatinina <sup>a</sup> , ureia	X	X		
ALT, AST	X	X		
Amilase	X	X		
Glicemia <sup>b</sup>	X	X		
Hemograma <sup>c</sup>	X	X		
Teste de HIV	X		X	X

(a) Para cálculo do clearance de creatinina;  
 (b) Em caso de primeira resposta com níveis elevados;  
 (c) Em caso de resposta com níveis elevados.

**RECOMENDAÇÕES PARA PROFILAXIA DE HEPATITE B APÓS EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO**

SITUAÇÃO VACINAL E IMUNOLOGIA DO PACIENTE EXPOSTO	PESSOA-FONTE		
	HBSAG REAGENTE	HBSAG NÃO REAGENTE	HBSAG DESCONHECIDO
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação
Vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação
Resposta vacinal suficiente e adequada (anti-HBs maior ou igual 100U/mL)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Não resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHAHB + primeira dose da vacina Hepatite B ou IGHAHB (2x)	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses)
Não resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAHB (2x)	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x)
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde Se resposta vacinal adequada, nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada, IGHAHB + primeira dose da vacina Hepatite B	Testar o profissional de saúde Se resposta vacinal adequada, nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada, fazer segunda série de vacinação	Testar o profissional de saúde Se resposta vacinal adequada, nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada, fazer segunda série de vacinação

## SEGUIMENTO PÓS VIOLÊNCIA SEXUAL



## ORIENTAÇÕES

"Resalta-se que a violência, na esfera pública ou privada da família, coloca a criança e o adolescente vítima de maus-tratos diante de um verdadeiro pacto de silêncio, do qual fazem parte os pais, os familiares, os vizinhos, os profissionais de saúde, educação, justiça e segurança pública. Estatuto da Criança e Adolescente - ECA (Lei Federal nº 8.069/1990) - resgata a cidadania da criança por meio da doutrina da proteção integral. Essa lei tornou obrigatória a notificação de suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra criança ou adolescente (artigos 13 e 245), e os profissionais de saúde e educação passaram a ter uma razão prática para proceder à notificação: o dever previsto em lei. Todos os profissionais dos serviços de saúde podem suspeitar do que uma criança e ou um adolescente está sendo vítima de violência, ou mesmo identificar um caso de violência contra crianças e adolescentes. Estes profissionais tem o dever de NOTIFICAR, criando um elo entre a área da saúde e o sistema legal, delineando-se a formação da rede

multiprofissional e interinstitucional da atuação fundamental nesses casos. O primeiro passo para o cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência é o acolhimento, o que facilita a abordagem inicial e cria as condições para a continuidade de atendimento. Muitas vezes a criança ou o adolescente não se sente à vontade para relatar o fato na presença de familiares, até porque esses podem ser os próprios autores da violência. A criação de um ambiente em que a criança, o adolescente e suas famílias se sintam seguros e confiantes, com oportunidade de expressar o que sentem e conversar sobre a situação de violência na qual estão envolvidos, é de grande valia. É importante valorizar as informações da criança ou do adolescente, considerando que o relato espontâneo é de alta credibilidade, com sutileza na abordagem para evitar mais traumas ou revitimizações".

Ana Rolim

**REFERÊNCIAS**

1. Clinical protocol and therapeutic guidelines for post-exposure prophylaxis (PEP) for the risk of HIV, B19 and viral hepatitis infections.



**BULÁRIO**

<b>Ceftriaxona</b> (Antibiótico - Cefalosporina de 3ª geração)	
<b>APRESENTAÇÃO</b>	Pó para solução injetável: 500mg + ampola diluente com 2 ou 5mL ou 1000mg + ampola diluente com 3,5 ou 10mL.
<b>VIA</b>	Intravenosa e Intramuscular.
<b>DOENÇA DE USO</b>	
Violência Sexual	
<b>POSOLOGIA</b>	
Recém-nascidos (menos de 14 dias): 20-50mg/Kg/dia EV em dose única. Recém-nascidos, lactentes e crianças (15 dias até 12 anos): 20-80mg/Kg/dia EV em dose única. Criança acima de 12 anos: 1-2g EV em dose única diária.	
<b>TEMPO DE USO</b>	
Indefinido.	
<b>DOSE MÁXIMA</b>	IV: 20mL (5g) + 40mL de SF 0,9%, SG 10%, SG 5% ou água para injetáveis.
<b>DILUIÇÃO</b>	
IV: 20mL (5g) + 40mL de SF 0,9%, SG 10%, SG 5% ou água para injetáveis.	
<b>CONTRAINDICAÇÕES</b>	
Hipersensibilidade aos componentes ou a qualquer outra cefalosporina, recém-nascidos com hiperbilirrubinemia, neonatos prematuros.	
<b>NOME COMERCIAL</b>	
Ampiospec®, Ceftriaxon®, Ceftrionax®, Kefton®, Rocellin®, Rocellin®, Triaxon®, Trioxina, Trazim®, Triaxitone®.	

<b>Azitromicina</b> (Antibiótico - Macrolídeo)	
<b>APRESENTAÇÃO</b>	Comprimido revestido: 500mg e 1000mg. Cápsula: 500mg. Pó para solução injetável: 500mg. Pó para suspensão: 600mg + frasco de diluente com 9mL, 900mg + frasco de diluente com 12mL e 1500mL com 22mL.
<b>VIA</b>	Oral e Intravenosa.
<b>DOENÇA DE USO</b>	
Violência Sexual	
<b>POSOLOGIA</b>	
Dose usual (suspensão oral): 10-30mg/Kg/dia VO, por até 3 dias. Volume após reconstituição: frasco de 900mg - 15mL, frasco de 900mg - 22,5mL, frasco de 1500mg - 37,5mL.	
<b>TEMPO DE USO</b>	
Indefinido.	
<b>DOSE MÁXIMA</b>	Reconstituir 600mg em 9mL do diluente, 900mg em 12mL do diluente ou 1500mg em 22mL do diluente.
<b>DILUIÇÃO</b>	
Reconstituir 600mg em 9mL do diluente, 900mg em 12mL do diluente ou 1500mg em 22mL do diluente.	
<b>CONTRAINDICAÇÕES</b>	
Hipersensibilidade aos componentes ou a qualquer um dos antibióticos macrolídeos.	
<b>NOME COMERCIAL</b>	
Astrin®, Zitromax®, Mazitrom®, Selimax Pulso®, Azmed®, Zimicina®, Zitrocol®, Clindal AZ®, Zidimax®, Azitruval®, Zolprox®, Tromzor®, Zitronax®, Azitrophan®, Azitrogran®, Az®, Azmostil®, Azitromed®.	
<b>DOENÇA DE USO</b>	
Violência Sexual	
<b>POSOLOGIA</b>	
Dose única: 1,5mg VO 1x (deve ser administrado o mais breve possível após a relação sexual, não ultrapassando 72 horas). Em duas doses: o primeiro comprimido de 0,75mg deve ser tomado o mais breve possível após a relação sexual, não ultrapassando 72 horas, e o segundo comprimido de 0,75mg deve ser tomado 12 horas após a primeira dose.	

<b>TEMPO DE USO</b>	
Dose única ou de 12/12h.	
<b>DOSE MÁXIMA</b>	Não diluir.
<b>CONTRAINDICAÇÕES</b>	
Hipersensibilidade ao levonorgestrel ou a qualquer componente da formulação, gravidez, conhecida ou suspeita, sangramento de origem desconhecida, uso durante a amamentação antes das 6 semanas após o parto.	
<b>NOME COMERCIAL</b>	
DIAD®; DOPO®; Neodija®; Hora Hifi; Pliem®; Postinor Uno®; Prevêdez-20®; Prevyl-20®.	
<b>Metronidazol</b> (Derivado imidazólico)	
Dose usual: 7.5mg/Kg IV de 8/8h ou 22.5mg/Kg em dose única (modo de uso; infusão intravenosa por 30 minutos. Velocidade de infusão: 5ml/minuto). Crianças menores de 1 ano (suspensão oral): 1mL de suspensão são contêm 40mg de benzalmetronidazol, que corresponde a 25 mg de metronidazol. Crianças de 1 a 6 anos: 5mL VO 2x/dia, durante 5 dias. Criança de 5 a 10 anos: 5 mL VO 3x/dia, durante 5 dias.	
<b>APRESENTAÇÃO</b>	Comprimido simples ou revestido: 250mg e 400mg. Suspensão oral: 40mg/mL. Solução injetável: 5mg/mL. Balsa plástica: 100mL. Frasco-ampola: 100 ou 300mL.
<b>VIA</b>	Oral e intravenosa.
<b>DOENÇA DE USO</b>	
Violência Sexual	
<b>POSOLOGIA</b>	
Dose usual: 7.5mg/Kg IV de 8/8h ou 22.5mg/Kg em dose única (modo de uso; infusão intravenosa por 30 minutos. Velocidade de infusão: 5ml/minuto). Crianças menores de 1 ano (suspensão oral): 1mL de suspensão são contêm 40mg de benzalmetronidazol, que corresponde a 25 mg de metronidazol. Crianças de 1 a 6 anos: 5mL VO 2x/dia, durante 5 dias. Criança de 5 a 10 anos: 5 mL VO 3x/dia, durante 5 dias.	
<b>TEMPO DE USO</b>	
Indefinido.	
<b>DOSE MÁXIMA</b>	Não diluir.
<b>CONTRAINDICAÇÕES</b>	
Hipersensibilidade ao metronidazol, derivados do nitroimidazol ou qualquer componente da formulação; uso de disulfiram nas últimas 2 semanas, uso de álcool ou produtos contendo proplemlogol durante o tratamento ou até 3 dias após a interrupção da terapia. Contra-indicações relativas: distúrbios neurológicos ativos, história de discrasia sanguínea, hipotireoidismo, hipoadrenalismo.	
<b>NOME COMERCIAL</b>	

<b>Penicilina G Benzatina</b> (Antibiótico - Penicilina)	
<b>APRESENTAÇÃO</b>	Pó para suspensão injetável: 600.000 unidades e 1.200.000 unidades. Suspensão injetável: 300.000 unidades/mL - frasco-ampola com 4mL.
<b>VIA</b>	Intramuscular.
<b>DOENÇA DE USO</b>	
Infecção Sexual	
<b>POSOLOGIA</b>	
Benzatina: 50.000 unidades/Kg IM em dose única. Crianças até 27Kg: 600.000 unidades IM em dose única, esquema normal de 27Kg: 1.200.000 unidades IM em dose única.	
<b>TEMPO DE USO</b>	
Depende da patologia	
<b>DOSE MÁXIMA</b>	Reconstituir o pó para suspensão injetável em 5 mL de água para injeção.
<b>CONTRAINDICAÇÕES</b>	
Hipersensibilidade à penicilina ou qualquer componente da fórmula.	
<b>NOME COMERCIAL</b>	
Benzetacil®; Bepobem®; FURP-Benzipenicilina benzatina®.	

## Choosing Wisely in Forensic Sexology

Ana Maria Soares Rolim<sup>1</sup>, Alessandra Lima<sup>1</sup>, Beatriz Rolim Lobo<sup>2</sup>, Lucas Chagas Aquino<sup>1</sup>, Bruno Gil de Carvalho Lima<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bahiana School of Medicine and Public Health, Salvador, Bahia, Brazil

<sup>2</sup>Federal University of Bahia, Salvador, Bahia, Brazil

### Highlights

- Choosing Wisely campaign enhanced the performance of forensic medical examiners
- The forensic exam of children victim of sexual assault differs from the adults' one
- The chance of finding forensic evidence in biological fluid decreases with time
- Signs of acute trauma were rare in children examined after 72 hours from the abuse

### Abstract

**Background:** The Choosing Wisely (CW) campaign informs physicians and the public about safety and quality in medical practice. **Objective:** To evaluate a CW campaign for medicolegal examination of victims of sexual violence. **Methods:** An intervention study was carried out with forensic medical examiners, in which the Delphi technique was applied using online questionnaires. Specialists identified 3 unnecessary situations that commonly occur in forensic examination. Workshops presented CW's campaign and the 8 final recommendations, in a discussive and interactive way. **Results:** Most physicians evaluated the CW campaign content as excellent (94%) or very good (6%). Comparing the reports written by experts before and after the intervention, there was a reduction in the request for exams ( $p \leq 0.05$ ) and time until release ( $p = .001$ ). **Conclusion:** The CW campaign improved the clinical skills of forensic medical examiners.

**Keywords:** Choosing Wisely; Sexual violence; Forensic examination.

### 1. Introduction

Sexual violence (SV) is defined as "any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, or traffic acts, or in any way directed against a person's sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship with the victim, in any setting, including, but not limited to, home and work"<sup>1</sup>.

Sexual violence (SV) is a global public health problem, and actions have been implemented to encourage studies on the subject, in order to propose prevention actions and adequate care. In SV, there is no restriction on sex, age, ethnicity, or social class, although women are the main victims, at any time in their lives. Young women and teenagers are at higher risk of suffering this type of aggression<sup>2,3</sup>.

On the suspicion of SV, because of its criminal nature, the victims are usually referred to the Forensic Institutes for examination, due to the possibility of detecting suspicious traces. The importance of medicolegal examination in police and judicial procedures, for the clarification and materialization of SV, is self-evident<sup>4</sup>.

In the past years, the United States<sup>5</sup> and Brazil<sup>6</sup> spent almost 18% and 8%, respectively, of their Gross Domestic Product (GDP) on health care. Overuse in medicine is a significant and underrated problem. Cost measurement in health is a challenge, once health care delivery in the technological era has become increasingly complex<sup>7,8</sup>.

As decision making is evidence-based and shared with the patient, the management of care has achieved a degree of personalization<sup>9</sup>. The active participation of physicians and patients, as well as the involvement of medical specialties and health institutions, plays a fundamental role in reducing the use of unnecessary procedures that result in little or no benefit to the patient<sup>7</sup>. Major drivers of action and initiatives in health care costs include ethics, to ensure patient safety; quality, which involves better clinical practice; reducing costs and increasing the diffusion of innovations for a favorable cost-benefit ratio<sup>8,9</sup>.

The American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM-F) announced the Choosing Wisely campaign in 2012. Through this campaign, the Foundation encourages “physicians, patients and other healthcare stakeholders to think and talk about medical tests and procedures that may be unnecessary”<sup>10</sup>. This campaign aimed to change medical practice by assigning to specialist organizations the task of pointing out 5 to 10 frequent behaviors (not supported by scientific evidence) that may result in harm or do not need to be taken and should not be adopted<sup>10,11</sup>. The main objective of this campaign is not to spare resources, but to “improve the quality of care,” always based on evidence, increasing the likelihood of benefit and reducing the risk of harm to individuals’ health<sup>10,11</sup>. Currently, more than 20 countries have adopted the Choosing Wisely International and are already implementing the program in several medical specialties<sup>11,12</sup>.

Reviewed specific literature shows the CW campaign has not yet been developed by the Societies of Forensic Medicine. The objective of this research is to describe and evaluate the strategies of implantation of the CW campaign in Forensic Sexology at an expert referral service for sexual violence victims.

## **2. Material and methods**

An intervention study was carried out with forensic medical examiners on an expert reference service for victims of sexual violence. The Delphi<sup>13</sup> technique was used through online surveys. The Delphi Panel members of the working group included 24 experts. They were asked to list three unnecessary situations that normally happen in forensic expertise. During the validation phase, the situations were grouped by frequency and theme, adapting them to the CW format, eventually collecting 13 items. Repeated themes, the ones with no scientific evidence and inappropriate recommendations were excluded. A Likert scale was used (4: strongly agree, 3: moderately agree, 2: moderately disagree, 1: strongly disagree) to get the specialists’ opinions. The situations were classified, and the 8 most relevant ones were taken as a guide for the educative interventions. During one year of the CW campaign, 48 forensic medical examiners that perform exams on victims of sexual violence joined the following educative interventions: (1) A two-hour workshop using audiovisual resources. The educative activities included the following content: the presentation’s goals, workshop steps and CW campaign; discussions over the 8 items of Forensic Sexology recommendations with explanations based on evidence, conclusions, and debates over the activity’s

content. After the activities were finished, an online survey asked the participants to evaluate three topics: the campaign's content, the presentation's quality and the debates during the workshop. (2) Banners showing all the 8 propositions were exposed at the facility for victims of sexual abuse. (3) The campaign was spread through the media of the Forensic Police Department. (4) The campaign's theme was also disclosed to the forensic medical examiners from capital and countryside through scientific articles sent by mail. The CW campaign was evaluated comparatively (six months before and after) to learn whether there was a decrease of the time until report release. Moreover, the amount of requested laboratory tests before and after the campaign was also compared. The quantitative variables were analyzed by SPSS 25.0 softwares. The Kolmogorov-Smirnov test was applied to evaluate the normality of the continuous variables. This study has been approved by the Ethical Review Board of the Bahiana School of Medicine and Public Health, number 1.627.477, according to the World Medical Association's Declaration of Helsinki. All the volunteers signed a free and informed consent form.

### 3. Results

The Delphi panel included contributions by 24 forensic medical examiners. Their average age was 50 years (IQR = 46-55), with slight predominance of women (58%). The time since graduation was around 26 years for the specialists (IQR = 21 – 31). Most of them worked as medical examiners for more than 10 years (92%) and all of them worked in the State Capital. After adapting the propositions to the CW campaign's format, excluding the repeated themes, 13 items were obtained. The 13 items were sent back to the specialists, using the Likert's scale to choose the best 8 items from Table 1.

**Table 1. Items suggested by 24 forensic medical examiners from an expert referral service for victims of sexual violence, Salvador, Bahia, 2018<sup>a</sup>**

S. No.	Items	Total				
		Score (Likert-Type)	Strongly Agree, % (n)	Agree Moderately, % (n)	Disagree Moderately, % (n)	Strongly Disagree, % (n)
1	Do not ask for sperm research, PSA and remaining DNA in biological fluids if it has been over 72 hours since the sexual violence happened.	95	95,8 (23)	4,2 (1)	0 (0)	0 (0)
2	Do not routinely request toxicological analysis searching for alcohol or drugs on victims from sexual violence.	93	91,6 (22)	4,2 (1)	4,2 (1)	0 (0)
3	Do not prescribe use of prophylactic antiretrovirals in patients with non-acute sexual abuse.	93	91,6 (22)	4,2 (1)	4,2 (1)	0 (0)
4	Do not ask for pregnancy test in female prepubescent patients who were victims of sexual violence.	94	91,7 (22)	8,3 (2)	0 (0)	0 (0)
5	Do not read as a positive physical finding of sexual abuse if there are notch or cleft in upper quadrants of the children's hymen when there are no signs of acute trauma.	93	91,6 (22)	4,2 (1)	4,2 (1)	0 (0)
6	Do not read as a positive physical finding of sexual abuse the enlarged measure of the diameter of the hymenal orifice in children.	92	87,5 (21)	8,3 (2)	4,2 (1)	0 (0)
7	Do not read as a positive physical finding of sexual abuse if there is anal dilatation in children.	92	87,5 (21)	8,3 (2)	4,2 (1)	0 (0)

8	Do not point as a suggestion, in any routinely way, the performance of exams for STI research on children suspected of sexual abuse.	93	91,6 (22)	4,2 (1)	4,2 (1)	0 (0)
9	Avoid requesting pregnancy test on female patients with no compatible history of sexual violence.	81	54,2 (13)	33,3 (8)	8,3 (2)	4,2 (1)
10	Do not systematically use the same care routine as victims of sexual violence. The collection of forensic evidence does not apply in non-acute cases.	75	41,2 (10)	35,5 (9)	12,5 (3)	8,3 (2)
11	Do not ask for sperm research, PSA and remaining DNA in anorectal secretion if it has been over 24 hours since the sexual violence happened.	71	25 (6)	54,2 (13)	12,5 (3)	8,3 (2)
12	Do not request tests for research of Sexually Transmitted Infections (STIs) in forensic sexology expertise when there is no symptomatology and evidence of sexual violence	68	35,5(9)	20,8 (5)	29,2 (7)	12,5 (3)
13	Avoid requesting tests to search for Sexually Transmitted Infections (STI), in the expertise of victims of sexual violence if the agressor has used a male sexual condom.	58	20,8 (5)	25 (6)	29,2 (7)	25 (6)

Abbreviation: PSA, prostate-specific antigen; DNA, deoxyribonucleic acid; STI, sexually transmitted infections  
 a Source: author's database

Three workshops were held and the CW's campaign was presented, explaining its story, goals and theoretical basis, using audio-visual resources. The research's methodology of the CW's campaign and the 8 final recommendations were interactively discussed. The evaluation of the workshop by the participants is shown on Table 2. Most of the participants rated the content on the CW's campaign, the presentation and the debates that happened in the workshops positively (excellent, 92%; very good, 8%).

**Table 2. Evaluation of the Training Workshop of the Choosing Wisely Campaign with 48 forensics medical examiners, Salvador, Bahia, 2019<sup>a</sup>**

Item	Excellentn (%)	Very n (%)	Good	Good n (%)	Regular n (%)	Poor n (%)
Choosing Wisely campaign content	45 (94)	3 (6)		?	?	?
Quality of presentation	45 (94)	3 (6)		?	?	?
Quality of discussions	45 (94)	3 (6)		?	?	?

Abbreviation: n, number of participants

<sup>a</sup> Source: authors' database

In order to evaluate the campaign, 851 reports were checked, 444 from examinations on the second half of 2017 (before the CCW) and 407 on the second half of 2019 (after the campaign). There was a decrease in the number of unnecessary lab tests after the campaign (Table 3), and that there was a significant reduction of the time to release the report after the intervention ( $p < 0.05$ ) (Table 4).

**Table 3. Requested tests for sexually abused victims before and after the CCW, Salvador, Bahia, 2017/2 and 2019/2.**

Analysis (n= 851)	Exams				RR	X <sup>2</sup>	p
	2017.2		2019.2				
	YES	NO	YES	NO			
Sperm research	192	252	146	261	1,36	4,82	0,028
PSA research	192	252	146	261	1,36	4,82	0,028
Bacterioscopy	228	216	132	274	2,17	30,31	0,000
b-hCG research	113	331	71	336	1,61	8,03	0,005

Abbreviation: RR = relative risk; CI (95%) = 95% of confidence interval; p\* < 0,05; PSA: prostate-specific antigen; b-hCG, Human Chorionic Gonadotropin.

<sup>a</sup> Source: authors' database

**Table 4. Time for the release of the reports of the victims from sexual violence, before and after the Choosing Wisely Campaign, Salvador, Bahia, 2017/2 and 2019/2.**

	N	Average	SD	Median	IQR	p*	t
Total	851					0,001	4,188
2017.2	444	55,6	92,8	34	1-63		
2019.2	407	34,9	38,3	27	1-56		

Abbreviation: n, number of reports; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; p\* < 0,05

#### 4. Discussion

The medical examiner's evaluation of sexual assault cases (with or without intercourse) is an important responsibility that has significant implications in the legal system. The medical examiner interviews the victim and performs a general and gynecological physical examination in order to identify possible injury, collect toxicological and biological samples<sup>14</sup>. The adoption of cost-conscious attitudes can result in behaviors that avoid the excessive use of resources and bring benefits to patients<sup>10,15</sup>.

Using the experts' panel method, the items are evidence-based. It was considered that the expertise of the panelists, most of them with 10 years of experience in Forensic Sexology, promoted a good scientific contribution. Furthermore, it adequates to the demands and needs of a specific scenario: CCW in expert assistance of sexual violence victims. Due to the pioneering spirit in the dissemination of the list, the work of discussion and debates related to this topic would have to come from professionals with focus on this type of violence. The content of this study's list as well as the common knowledge about the subject discussed are very positively confluent, which demonstrates that the expert assistance is close to high-quality and efficient medicine standards developed in the USA and other countries<sup>14,16,17</sup>.

The first three recommendations on the CW list refer to SV victims of any age group, whereas the remaining ones apply only to children.

On acute sexual violence, the aggressor is usually unknown. More often, this kind of harassment affects adolescents and adult women. Besides, it is frequently associated with threats or physical violence and requires emergency medical care, to collect mandatory forensic samples and offer Sexually Transmitted Infections' prophylaxis (STI), which is indicated in the first 72 hours after SV<sup>1,18</sup>.

Regarding the CW list, the first item suggests: "Do not ask for sperm research, PSA and remaining DNA in biological fluids, if it has been over 72 hours since the sexual violence happened". This is consistent with the finding that it is important to avoid unnecessary testing, because the probability of collecting biological traces in enough quantity and quality decreases with time. Ideally, specimens

should be collected within 24 hours of the SV, and after 72 hours, the chance of finding forensic evidence in biological secretions reduces considerably. The collection of biological secretions for sperm and PSA research, as well as DNA's reserve in the victim's body, should be carried out soon after the sexual assault<sup>4,16,19,20,21,22</sup>.

The second item, "Do not routinely request toxicological analysis searching for alcohol or drugs on victims from sexual assault", reflects that qualified welcoming and listening are important elements to a humanized attention for people who suffered sexual aggression. The forensic medical examiners should take notes of the alleged facts, seeking for information carefully. There are specific reasons to collect urine or/and blood samples for toxicological analysis: when the use of alcohol or drugs is suspected or if it has been previously reported. Forensic literature shows the use of drugs and alcohol is more often among teenagers and victims older than 18 years old<sup>23,24</sup>.

The third one, "Do not prescribe use of prophylactic antiretrovirals in patients with non-acute sexual abuse", is related to the fact that routine prophylactic treatment in all patients who have been sexually assaulted is not recommended, as there is no scientific evidence on the effectiveness of this strategy. Prophylaxis with antiretrovirals against Sexually Transmitted Infections (STIs) should be implemented within 72 hours of sexual crime. They should not receive prophylaxis for HIV, in cases of sexual violence which chronic and repeated exposure to the aggressor occurs, a common situation in intrafamilial sexual violence or in which condoms, male or female, are used during all the sexual crime<sup>25,26</sup>.

The fourth item, "Do not ask for pregnancy test in female prepubescent patients who were victims of sexual violence", is based on the importance of the pubertal staging to the physician's comprehension regarding the maturation of each person. In the prepubescent phase, women cannot breed. Pregnancy is only possible once full sexual maturation is reached. The pregnancy test requirement, most of the times, will not change the regular conducts and will be an example of inappropriate use of the health resources<sup>27,28</sup>.

The dynamics of child sexual abuse differ from those of adult sexual abuse. Children rarely disclose sexual abuse immediately after the event. Features that characterize child sexual abuse include: (1) Physical force/violence is very rarely used; rather, the perpetrator tries to manipulate the child's trust and hide the abuse. (2) The perpetrator is typically a known and trusted caregiver. (3) Child sexual abuse often occurs over many weeks or even years. (4) The sexual abuse of children frequently occurs as repeated episodes that become more invasive with time. Perpetrators usually engage the child in a gradual process of sexualizing the relationship over time (i.e. grooming). (5) Incest/intrafamilial abuse accounts for about one third of all child sexual abuse cases<sup>21</sup>. These are situations of chronic sexual violence that, in general, the forensic medical examiner has difficulty finding evidence, due to the delay in reporting, leading to the loss of evidence and absence of medical-legal traces<sup>21</sup>.

The next task for the examiner, in child sexual abuse, is to understand what the examination reveals. Until the early 90's, there was poor research on the details of normal variations in the appearance of genital tissues in prepubertal girls, and many things thought to be due to abuse were later shown to be found in nonabused girls as well. Between 1989 and 1993, studies describing genital or anal findings in nonabused children were published<sup>17,29</sup>. McCann and colleagues described anal findings and genital findings among a group of prepubertal children who were carefully screened and found to have no suspicion of sexual abuse<sup>30</sup>. Another study, describing the appearance of the hymen in newborn infants, provided additional important normative data.<sup>4</sup> Information from these studies helped the physicians to understand and recognize all the normal variations in genital and anal

anatomy. In 2005, a group of physicians, specialized in child abuse evaluation, worked to incorporate the data from research studies and recommendations, from the American Academy of Pediatrics, into a set of guidelines for the medical evaluation of suspected sexual abuse and interpretation of physical examination findings. The guidelines were updated in 2015 and 2017<sup>19</sup>.

The next three items on the list are related to the medical evaluation of a child suspected of sexual violence. Physical evaluation can be a challenge for physicians who are not familiar with the external genitalia and anal region in this group. The examiner must be able to distinguish normal anatomical findings from abnormal findings, so that three recommendations from the CW list are related to physical examination and not directly related to the request for tests or therapeutic guidelines. In important areas, such as the genital anatomy of girls before puberty, recent articles have described variations in normality, with aspects that differ from textbooks. The same thing happens to the anatomy of the anal region, about which variations of normality have been published, some physical findings still without consensus among specialists, as well as typical alterations of other medical conditions, which can be mistaken with sexual abuse<sup>17,32</sup>. Such new scientific evidence may not have been incorporated into the practice of health professionals and coroners yet, so their disclosure is of great importance to avoid misinterpretation of physical findings. Possible mistakes would lead to more laboratory tests, more referrals to health services for the use of prophylactic medications, overload in the support network, in addition to inadequate expert conclusions, with damage to the child, their family and the perpetrator.

The fifth item, “Do not read as a positive physical finding of sexual abuse if there are notch or cleft in upper quadrants of the children’s hymen when there are no signs of acute trauma”, is recommended given that notches or clefts, regardless of their depth, are considered normal variations of the hymen if placed above the lateral meridians (3 to 9 hours) and without signs of acute trauma. On the other hand, findings caused by acute trauma: bruising, petechiae, abrasions and acute laceration of the hymen are highly suggestive of sexual violence on children, even in the absence of a child’s disclosure, unless she or he and/or their caretaker provides a timely and plausible description of accidental straddle, crush or impalement injury, or past surgical intervention<sup>17,19,,30,31,32,33,34</sup>.

The sixth, “Do not read as a positive physical finding of sexual abuse the enlarged measure of the diameter of the hymenal orifice in children”, is important because the measurement of the diameter of the hymenal orifice or the width of the hymen are not relevant for the diagnose of sexual abuse in prepubescent girls. It happens because of the difficulties to take those measures, which varies with the examination, position, technique, the child’s age, their state of mind at that moment, and the examiner skills. Besides that, the appearance of the hymenal edges can change due to the exam position or technique. Many specialists and professional organizations such as the Royal College of Pediatrics Child Health and the American National Protocol for Forensic Medical Abuse recommend against the measurement and width of the hymenal orifice. Smooth and narrow posterior rim of hymen may give the appearance of an “enlarged” opening, but it is just a normal variation in its appearance<sup>17,19,,30,31,32,33,34</sup>.

The seventh, “Do not read as a positive physical finding of sexual abuse if there is anal dilatation in children”, is a finding which have been associated with a history of sexual abuse in some studies, but to this moment, there is no expert consensus of how much weight they should be given. These physical findings are commonly caused by medical conditions with no trauma or sexual contact. In this case, different diagnoses need to be considered such as current symptoms or history of constipation and/or encopresis; children who are sedated, under anesthesia, or with impaired neuromuscular tone for other reasons, such as post-mortem, that can cause the anal dilatation<sup>19,20, 35</sup>.

Our last recommendation, “Do not point as a suggestion, in any routinely way, the performance of exams for STI research on children suspected of sexual abuse” agrees with the American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The association suggests that STI testing in prepubertal children to be considered when: (1) Child has experienced penetration of the vagina or anus; (2) Child has been abused by a stranger; (3) Child has been abused by a perpetrator known to be infected with a STI or is at high risk of being infected (intravenous drug users, men who have sex with men, or people with multiple sexual encounters); (4) Child has a sibling or other relative in the household with a STI; (5) Child lives in an area with a high rate of STI in the community; (6) Child has signs or symptoms of a STI; (7) Child has already been diagnosed with a STI<sup>19,20 35,36</sup>.

The construction of knowledge, through the recommendations of the CCW list, was revealed by comparing the expert reports made by specialists, before the intervention (second half of 2017) and after the intervention (second half of 2019). This methodology resulted in more correct and effective choices in medical-expert practice, with faster release of expert reports to the Court and the decrease in the request for unnecessary laboratory tests.

## **5. Conclusions**

The implementation of the CW campaign in the medicolegal examination of victims of sexual violence had an important impact on the performance of forensic medical examiners. It helped to avoid the adoption of unnecessary behaviors that could generate harm to the patient and delay in the release of the reports to the investigators and court. The results of the evaluations demonstrate acceptance and increased knowledge about the CW campaign among the service’s physicians, as well as scientific update in Forensic Sexology. However, more studies should be done, including other members of the Society of Forensic Medicine to validate this list, encouraging evidence-based decision making shared with the patient, besides improving the quality of care with cost-conscious attitudes regarding the rational use of health resources.

### **Corresponding author and contact details:**

Name: Ana Maria Soares Rolim

Email: amsrolim@terra.com.br

Complete Postal Address: 832 Ceará Street, apt 403 – Pituba, Salvador, Bahia, Brasil

Zip Code: 41830451

### **Author Contributions**

CRedit - Ana Maria Soares Rolim: Conceptualization, Methodology, Data Curation, Formal analysis, Investigation; Writing-Original draft; Alessandra Lima: Writing-Review & Editing, Visualization; Beatriz Rolim Lobo: Writing-Review & Editing, Visualization; Lucas Chagas Aquino: Writing-Review & Editing, Visualization; Bruno Gil de Carvalho Lima: Writing-Review & Editing, Visualization, Supervision. We declare that the authors included in this article fulfill the criteria of authorship. All of them have critically reviewed it and approved its last version for publication.

### **Declaration of Conflicting Interests**

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

## Acknowledgments

The authors of this paper would like to thank the Medicolegal Institute Nina Rodrigues, Salvador, Bahia, Brazil.

## Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

## References

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, Switzerland, World Health Organization [Internet] 2002. [Accessed on Jun. 01, 2017]. Available: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;sequence=1)
2. Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, J McGinnis JM. Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America. National Academies Press [Internet]. 2013 [Accessed on Feb. 21, 2019]. Available: <https://doi.org/10.17226/13444>
3. Basile KC, Smith SG. Sexual Violence Victimization of Women: Prevalence, Characteristics, and the Role of Public Health and Prevention. *Am J Lifestyle Med.* [Internet]. 2011 [Accessed on Mar. 18, 2018]; 5(5): 407-17. Available: <https://doi.org/10.1177/1559827611409512>
4. Christian CW. Timing of the medical examination. *J Child Sex Abus.* [Internet] 2011; [Accessed on Jun. 01, 2017]; (20):505–520. Available: <https://doi.org/10.1080/10538712.2011.607424>
5. Papanicolas I, Woskie LR, Jha AK. Health care spending in the United States and other high-income countries. *JAMA.* 2018;319:1024-1039. doi:10.1001/jama.2018.1150
6. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados.* 2018;32:47-61. doi:10.5935/0103-4014.20180005
7. Kaplan RS, Porter ME. The Big Idea: how to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review.* doi:10.1037/e632682011-011. Available: <https://hbr.org/2011/09/how-to-solve-the-cost-crisis-in-health-care#>. Published September 2011. Accessed on April 25, 2019.
8. Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. *Arch Intern Med* [Internet]. 2012 [Accessed on Jun. 01, 2017]; 172(2): 171-8. Available: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.772>
9. Laguardia J, Martins MS, de Castro IRS, Barcellos GB. Qualidade do cuidado em saúde e a iniciativa “Choosing Wisely.” *Rev Eletrônica Comun Informação e Inovação em Saúde.* 2016; 10: 1981-6278.
10. Volpp KG, Loewenstein G, Asch DA. Choosing Wisely: low-value services, utilization, and patient cost sharing. *JAMA.* 2012;308:1635-1636. doi:10.1001/jama.2012.13616
11. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. Choosing Wisely’: a

- Growing International Campaign. *BMJ Qual Saf.* 2015; 24:167–174. doi:10.1136/ bmjqs-2014-003821
12. Coulter A. Choosing Wisely: learning from international experience. Bertelsmann Stift. 2017;28(4):1-40.
  13. Linstone HA, Turoff M. The Delphi Method: techniques and applications [Internet]. 2002 [Accessed on Apr. 08, 2018]. Available: <https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/delphibook.pdf>
  14. Kjærulff MLBG, Bonde U, Astrup BS. The significance of the forensic clinical examination on the judicial assessment of rape complaints - developments and trends. *Forensic Sci Int.* 2019; 297: 90-9
  15. Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: A short history of the choosing wisely campaign. *Acad Med.* 2014; 89(7): 990-5.
  16. 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.
  17. Smith TD, Raman SR, Madigan S, Waldman J, Shouldice M. Anogenital Findings in 3569 Pediatric Examinations for Sexual Abuse/Assault. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018; 31(2): 79-83
  18. Moreno AS. Age differences among victims of sexual assault: A comparison between children, adolescents and adults. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2013 [Accessed on Jan. 13, 2020]; 20(5): 465-70. Available: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2013.02.008>
  19. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018; 31(3): 225-31
  20. Adams JA. Sexual Abuse in Children: What the General Practice Ob/Gyn Needs to Know. *Clinical Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2020 [Accessed on Aug. 24, 2020]; 63(3): 486-90. Available: [https://journals.lww.com/clinicalobgyn/Fulltext/2020/09000/Sexual\\_Abuse\\_in\\_Children\\_What\\_the\\_General.4.aspx](https://journals.lww.com/clinicalobgyn/Fulltext/2020/09000/Sexual_Abuse_in_Children_What_the_General.4.aspx)
  21. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence [Internet]. 2003 [Accessed on Mar. 18, 2018]. Available: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/med\\_leg\\_guidelines/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/)
  22. Floyed RL, Hirsh DA, Greenbaum VJ, Simon HK. Development of a screening tool for pediatric sexual assault may reduce emergency-department visits. *Pediatrics* [Internet]. 2011 [Accessed on Feb. 28, 2019]; 128(2): 221-6. Available: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3288>
  23. Massaro LTS, Adesse L, Laranjeira R, Caetano R, Madruga CS. Estupros no Brasil e relações com o consumo de álcool: estimativas baseadas em autorrelato sigiloso. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [Accessed on Jan. 21, 2020]; 35(2). Available: <http://dx.doi.org/10.1590/0102->

311x00022118.

24. Parkhill RP, Norris J, Gilmore AK, Hessler DM, George WH, Davis K et al. The effects of sexual victimization history, acute alcohol intoxication, and level of consensual sex on responses to sexual assault in a hypothetical scenario. *Violence Vict* [Internet]. 2016 [Accessed on Jan. 20, 2020]; 31 (5): 938-56. Available: <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00042>
25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids Brasília / DF. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST [Internet]. 4ª ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2006. (Série Manuais, n. 68). [Accessed on Feb. 25, 2020]. Available: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_controle\\_das\\_dst.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf)
26. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes [Internet]. 3ª ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2012. [Accessed on Feb. 29, 2020]. Available: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)
27. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood* [Internet]. 1969; 44(235): 291-303. Available: doi:10.1136/adc.44.235.291
28. Meneses C, Ocampos DL, Toledo TB. Estagiamento de Tanner: um estudo de confiabilidade entre o referido e o observado. *Adolesc Saude* [Internet]. 2008 [Accessed on Jan. 20, 2019]; 5(3): 54-6. Available: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/adolescenciaesaude.com/pdf/v5n3a10.pdf>
29. Berenson AB, Heger A, Andrews S. Appearance of the hymen in newborns. *Pediatrics*. 1991;87(4):458–65.
30. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of nonhymenal genital injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics*. 2007; 120(5): 1000-11.
31. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK. Has this prepubertal girl been sexually abused?. *JAMA* [Internet]. 2008 [Accessed on Jul. 30, 2019]; 300(23): 2779-92. Available: <https://doi.org/10.1001/jama.2008.827>
32. Adams JA. Understanding Medical Findings in Child Sexual Abuse: An Update For 2018. *Acad Forensic Pathol*[Internet]. 2018 [Accessed on Feb. 25, 2020]; 8(4): 924-37. Available: <https://doi.org/10.1177/1925362118821491>
33. Mishori R, Ferdowsian H, Naimer K, Volpellier M, McHale T. The little tissue that couldn't – dispelling myths about the Hymen's role in determining sexual history and assault. *Reproductive Health* [Internet]. 2019 [Accessed on Jul. 30, 2019]; 16(1): 74. Available: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0731-8>
34. A National Protocol for Sexual Assault medical Forensic Examinations. Adults/Adolescents [Internet]. Washington-DC: US Department of Justice; 2013. [Accessed on Mar. 01, 2020]. Available: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ovw/241903.pdf>

35. Jenny C; Crawford-Jakubiak JE. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics* [Internet]. 2013 [Accessed on Jul. 30, 2019]; 132(2): 558-67. Available: <https://doi.org/10.1542/peds.2013>
36. Menezes MLB, Araujo MAL, Santos ASD, Gir E, Bermúdez XPD. Brazilian de Medicina Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: sexual violence. *Consensus. Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [Internet]. 2021 [Accessed on Jul. 30, 2021]; 54(suppl 1): 1-8. Available: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-600-2020>

## ANEXOS

## Anexo A – Carta de Anuência



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TÉCNICA  
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "NINA RODRIGUES"

### CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Dr. Eduardo José Andrade Lopes.

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada; **O IMPACTO DA CAMPANHA "CHOOSING WISELY" EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA PERICIAL PARA AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL** a ser realizada no Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues, pela PML ANA MARIA SOARES ROLIM, pós-graduando do **Doutorado Acadêmico em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**, sob orientação do **PROF. DR. BRUNO GIL DE CARVALHO LIMA**, Perito Médico Legista desta Instituição, CRM 13982,

Com os seguintes objetivos:

Principal: Avaliar a importância da implantação da campanha *Choosing Wisely* na atuação pericial médica nas vítimas de violência sexual.

Secundários: Comparar o tempo para liberação das perícias das vítimas de violência sexual antes e analisar os custos com os exames periciais antes e depois da campanha *Choosing Wisely*.

Informamos que, quando da publicação do resultado da pesquisa, deverá obrigatoriamente, constar o nome da instituição onde a pesquisa foi realizada (**Instituto Médico Legal Nina Rodrigues**) com o devido crédito e agradecimentos nominal ao Diretor da instituição, assim como o envio de uma cópia da publicação para Biblioteca **Prof. Dr. Annibal M. Silvany Filho/IMLNR**.

Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

**Fazemos a ressalva de que o projeto somente será liberado nas instalações do IMLNR-DPT após sua aprovação em algum comitê de ética.**

Salvador, 17 de julho de 2018

SOLICITANTE

Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima  
Perito Médico-Legal  
CRM-BA 13 982  
Matrícula: 20.446.446-6

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

Dr. Eduardo José Andrade Lopes  
CRM Nº 8152

Dr. Eduardo José Andrade Lopes  
Coordenador de Ensino e Pesquisa  
IMLNR/DPT  
CAD. n.º 20.453.775-0

## Anexo B – Comprovante de submissão do artigo “Choosing Wisely Forensic Sexology”

----- Mensagem encaminhada -----

De: Forensic Science International <[em@editorialmanager.com](mailto:em@editorialmanager.com)>

Data: 31 de ago. de 2021 23:33 -0300

Para: Ana Maria Rolim <[amsrolim@terra.com.br](mailto:amsrolim@terra.com.br)>

Assunto: Submission Confirmation

Choosing Wisely in Forensic Sexology  
Original Research Article

Dear Dr. Rolim,

Your submission entitled "Choosing Wisely in Forensic Sexology" has been received by journal Forensic Science International

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to the Editorial Manager as an author. The URL is <https://www.editorialmanager.com/fsi/>.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Elsevier Editorial Office  
Forensic Science International

\*\*\*\*\*

Ativar o Windows

-----

## Anexo C – Comprovantes de apresentações (Poster e Oral) em Congressos Médicos



