



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
Doutorado em Saúde Pública



**Maria Carmelita Maia e Silva**

---

**DESCORTINANDO A VIOLÊNCIA SEXUAL EM CRIANÇAS  
E ADOLESCENTES: ANÁLISE DA INVISIBILIDADE DO  
PROBLEMA SOB A ÓTICA EPIDEMIOLÓGICA  
E CLÍNICA-LEGAL**

---

RECIFE  
2009

**MARIA CARMELITA MAIA E SILVA**

**DESCORTINANDO A VIOLÊNCIA SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES:  
ANÁLISE DA INVISIBILIDADE DO PROBLEMA SOB A ÓTICA EPIDEMIOLÓGICA  
E CLÍNICA-LEGAL**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Doutora em Ciências.

**Orientadora:**

Ana Maria de Brito

**Co-orientadores:**

Edinilsa Ramos de Souza

Ricardo Antônio Wanderley Tavares

**RECIFE**

**2009**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

S586d Silva, Maria Carmelita Maia e.

Descortinando a violência sexual em crianças e adolescentes: análise da invisibilidade do problema sobre a ótica epidemiológica e clínica-legal/ Maria Carmelita Maia e Silva. --- Recife: M. C. M. e Silva, 2009.

147 f.: il.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ana Maria de Brito, co-orientadores: Edinilsa Ramos de Souza, Ricardo Antônio Wanderley Tavares.

1. Violência sexual. 2. Maus-Tratos Sexuais Infantis. 3. Estupro. 4. Incesto. 5. Criança. 6. Adolescente. I. Brito, Ana Maria. II. Souza, Edinilsa Ramos de. III. Tavares, Ricardo Antônio Wanderley. IV. Título.

CDU 362.7

---

**MARIA CARMELITA MAIA E SILVA**

**DESCORTINANDO A VIOLÊNCIA SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES:  
ANÁLISE DA INVISIBILIDADE DO PROBLEMA SOBRE A ÓTICA  
EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA-LEGAL**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr<sup>a</sup> Ana Maria de Brito  
CPqAM/FIOCRUZ

---

Dr<sup>a</sup> Gisele Camposana  
CPqAM/FIOCRUZ

---

Dr<sup>o</sup> Tiago Maria Lapa  
CPqAM/FIOCRUZ

---

Dr<sup>a</sup> Valdilene Pereira Viana Schmaller  
NUSP/UFPE

---

Dr<sup>o</sup> Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca  
Instituto PAPAÍ

---

Dr<sup>o</sup> Benedito Medrado Dantas  
CFCH/UFPE

*Às meninas e meninos participantes deste estudo que compartilharam comigo experiências e sofrimentos, me ensinando ser uma melhor pessoa.*

*Aos meus pais Norma e Hécio (in memoriam) e Ceíça (tia mãe)  
Minha gratidão pela dedicação de toda uma vida me estimulando a aprender*

*Ao meu marido Zé, por está presente em todos os meus caminhos, por seu amor,  
amizade e compreensão por minha ausência*

*Aos meus filhos, Daniel, Hugo e Pedro, pela felicidade de poder desfrutar com tanto  
carinho, a difícil arte de ser mãe.*

## **AGRADECIMENTOS**

Esta tese é o resultado de um trabalho que vem sendo desenvolvido ao longo de minha trajetória profissional, mas que só foi possível devido ao esforço, em diferentes formas de várias pessoas que merecem ser reconhecidas.

À Professora e amiga. Doutora Ana Brito pela sua segura orientação e pelo estímulo ao longo de todo o trabalho.

À Professora Doutora Edinilsa de Souza pelo apoio e fundamentais contribuições.

Ao Professor Doutor Ricardo Wanderlei Tavares por sua colaboração na redação deste trabalho.

A Teresa Cristina Miglioli por sua amizade, apoio e colaboração na revisão deste trabalho.

A Doutora Maria Luiza Carvalho de Lima por sua valiosa e criteriosa contribuição na etapa final deste trabalho.

A Sra Adeilza Ferraz, Diretora da Vigilância em Saúde da Prefeitura do Recife, por sua amizade e colaboração irrestrita durante todo este período.

Aos colegas da Prefeitura do Recife, em especial da Vigilância em Saúde pela compreensão e apoio durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

As amiga(o)s e companheira(o)s de trabalho na Coordenação de Prevenção aos Acidentes e Violência (Copav), Lúcia Souza, Denise Timóteo, Alessandra Araújo, Jucelino, Paulo Bastos, Vanessa Verçosa, Sandra Luzia, Andréia Barbosa e Claudia Castro pela convivência harmoniosa e colaborações intermináveis no cotidiano deste trabalho, em especial no manejo do banco de dados, análise, entrevistas, documentação e apoio incondicional nas habilidades com computador.

Aos colegas do IMLAPC do Recife do competente plantão da quarta feira, pelo apoio durante o período deste trabalho.

A Direção do IMLAPC por ter me apoiado na finalização desta difícil tarefa.

A toda minha família, que me apoiaram e suportaram toda esta tensão nestes anos de doutorado.

*“A gravidez decorrente de violência sexual não é um crime menor, viola a integridade física, psicológica, a dignidade, a sexualidade responsável e protegida e o direito de um desenvolvimento saudável”*

(“Ex-comungadas”)

*“O mundo é perigoso não por causa daqueles que fazem o mal, mas por causa daqueles que vêem e deixam o mal ser feito”*

(Albert Einstein)

SILVA, Maria Carmelita Maia e. **Descortinando a violência sexual em crianças e adolescentes**: análise da invisibilidade do problema sobre a ótica epidemiológica e clínica-legal. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

---

## RESUMO

Este estudo apresenta uma reflexão crítica acerca da invisibilidade da violência sexual contra crianças e adolescentes na perspectiva epidemiológica e legal. Discute a magnitude e o impacto da violência sexual na qualidade de vida das crianças e adolescentes, identifica a ocorrência de violência sexual entre as mães menores de 14 anos residentes no Recife, nos anos de 2005 a junho de 2007, referenciando a violência presumida definida na lei e faz uma análise de 2.031 perícias sexológicas realizadas em 1.144 crianças e adolescentes, no Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha (IMLAPC) Recife, em 2005, por tipo de crime, evidência forense, característica da vítima e do agressor. Os resultados mostram que 27% das mães entrevistadas, têm história de violência sexual pregressa, residem em áreas de precárias condições sociais, baixa escolaridade e metade delas pertencem a famílias cadastradas no Programa Bolsa Família. As avós maternas são as principais responsáveis em prover economicamente as crianças, sendo que mais de 60% das mães adolescentes são as responsáveis pelo cuidado do bebê. Analisando os dados do IMLAPC nos casos de violência sexual, observa-se que a elucidação depende do tipo de crime, sexo e idade das vítimas. A maioria das vítimas é do sexo feminino (85%). Predominou o crime de atentado violento ao pudor seguido do estupro e sedução; com confirmação de 13,4%, 28,7% e 66,7%, respectivamente. Em apenas 16 vítimas foi solicitado o contágio venéreo, sendo confirmado 6 casos. Observaram-se diferenciais de positividade dos exames por tipo de crime, idade e sexo. Nos crimes de atentado violento ao pudor, a faixa etária entre 5 e 9 anos teve maior confirmação no sexo masculino (37,8%), e no feminino entre 14-18 anos (42,9%). Os principais agressores são os vizinho/amigo, namorado/companheiro e pai. A baixa positividade dos exames para elucidação forense, demanda a necessidade de adotar protocolos e técnicas de entrevistas para melhor reconhecimento dos casos e capacitar equipes interdisciplinares, evitando a revitimização e a impunidade. Apesar de ser um tema cada vez mais emergente, a violência sexual continua sendo subnotificada e de difícil diagnóstico, necessitando maiores investimentos para melhorar essa invisibilidade.

**Palavras - chave:** Violência sexual. Maus-Tratos Sexuais Infantis. Estupro. Incesto. Criança. Adolescente.



SILVA, Maria Carmelita Maia e. **Reveal the sexual abuse in children and adolescents**: analysis of the invisibility of the problem on the epidemiological and clinical perspective, legal. 2009. Thesis (Doctorate em Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

---

## ABSTRACT

This study presents a critical reflection surrounding the invisibility of sexual violence against children and adolescences in the epidemiology and legal perspective. Discussing the magnitude and the impact of sexual violence in children and adolescences' quality of life, identifying the occurrence of sexual violence among mothers under the age of 14, residents in Recife, in the year 2005 until June 2007, referring to the presumed violence defined by law and an analysis of 2.031 sexual reports have been done in 1.144 children and adolescences at the Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha (IMLAPC) Recife, in 2005, it analyzed the type of crime, Judicial evidence, victim and aggressor characteristics. The results showed that 27% of the interviewed mothers have a former history of sexual violence, they live in poor condition social areas, have low schooling, and half of these families belong to an enrolled program named "Bolsa Familia". The maternal grandmothers are the main responsible ones to provide economically for the children, having more than 60% of adolescence mothers being responsible for their own babies. Analyzing the IMLAPC data, in cases of sexual violence, it has been observed the type of crime, the victim's gender and age. Most of the victims are females (85%). Sexual harassment has been predominated, followed by rape and seduction; confirmed by 13.4%, 28.7% and 66.7% respectively. In only 16 of the victims were asked exam by sexual transmitted disease, having 6 cases being confirmed. It has been observed the differences of positivity in the exams regarding the type of crime, age and gender. In sexual harassment crimes, the age ranged from 5 to 9 years and had a confirmation on the male gender (37.8%) however, the female gender was between the ages of 14 to 18 (42.9%). The main aggressors are neighbor/friend, boyfriend/companion and father. The low positivity in Judicial observation and understanding exams demand the necessity to adopt better knowledge in protocols and interview techniques in these cases and have capability and disciplined teams, avoiding in being re-victimized and impunity. After all, this is a theme that every time is becoming much more emergent, sexual violence still continues being sub-notified and of difficult diagnosis, needing better investigations to improve this invisibility.

**Key words:** Sexual violence. Child Abuse, Sexual. Rape. Incest. Children. Adolescences,

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> -	Categorias, tipos e interfaces da violência sexual .....	28
<b>Quadro 1</b> -	Sinais e sintomas mais freqüentes a curto, médio e longo prazo.....	39
<b>Quadro 2</b> -	Fatores que contribuem para a gravidade do trauma pós-violência sexual.....	42
<b>Figura 2</b> -	Etapas a serem seguidas pelos profissionais responsáveis pelo atendimento, na construção do diagnóstico de violência sexual contra crianças e adolescentes .....	62
<b>Figura 3</b> -	Fluxograma do caso suspeito de violência sexual .....	64
<b>Figura 4</b> -	Fluxo de Notificação da Violência Interpessoal nos Serviços de Saúde.....	65
<b>Quadro 3</b> -	Roteiro para os profissionais responsáveis pela entrevista das crianças nos casos de alegação de abuso sexual .....	68
<b>Quadro 4</b> -	Quesitos legais para os crimes sexológicos dirigidos ao médico legista .....	76
<b>Quadro 5</b> -	Classificação do diagnóstico de violência de acordo com história, achados físicos, sinais e sintomas clínicos e laboratoriais .....	77
<b>Figura 5</b> -	Mapa dos Distritos sanitários de Recife, PE .....	81
<b>Quadro 6</b> -	Definição e categorização de variáveis relacionadas às mães menores de 14 anos do SINASC, jan. 2005 a jun.2007 .....	85
<b>Quadro 7</b> -	Definição e categorização de variáveis relacionadas às mães menores de 14 anos entrevistadas .....	86
<b>Quadro 8</b> -	Definição e categorização das variáveis relacionadas às perícias realizadas no IMLAPC no ano de 2005 .....	88
<b>Gráfico 1</b> -	Distribuição dos exames periciais segundo sexo. IMLAPC/Recife-2005 .....	99
<b>Gráfico 2</b> -	Distribuição dos exames periciais sexológicos realizados e confirmados em 2.031 crianças e adolescentes, segundo casos suspeitos de violência sexual. IMLAPC/Recife, 2005 .....	100

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> -	Características sociodemográficas das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007 .....	92
<b>Tabela 2</b> -	Características obstétricas e clínicas das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007 .....	93
<b>Tabela 3</b> -	Características sociais das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007 .....	94
<b>Tabela 4</b> -	Características epidemiológicas das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007 .....	94
<b>Tabela 5</b> -	Características da sexualidade das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007.....	95
<b>Tabela 6</b> -	Características da violência sexual das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007 .....	96
<b>Tabela 7</b> -	Notificação da violência sexual das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007 .....	97
<b>Tabela 8</b> -	Cuidados com a saúde e hábitos das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007 .....	98
<b>Tabela 9</b> -	Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual segundo faixa etária, sexo e cor. Recife, 2005 .....	99
<b>Tabela 10</b> -	Distribuição dos exames de atentado violento ao pudor (AVP) confirmados, em crianças e adolescentes do sexo masculino, segundo evidência forense e faixa etária. Recife, 2005 .....	101
<b>Tabela 11</b> -	Distribuição dos exames de atentado violento ao pudor (AVP) confirmados, em crianças e adolescentes do sexo feminino, segundo evidência forense e faixa etária. Recife, 2005 .....	101
<b>Tabela 12</b> -	Distribuição dos exames de estupro confirmados, segundo evidência forense e faixa etária. Recife, 2005 .....	102
<b>Tabela 13</b> -	Distribuição dos exames de sedução confirmados, segundo evidência forense e faixa etária. Recife, 2005 .....	102
<b>Tabela 14</b> -	Distribuição de freqüência e percentual dos agressores por grau de relação com as vítimas e sexo. IMLAPC/Recife, 2005 ..	103

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRAPIA - Associação brasileira multiprofissional de proteção a infância e a adolescência
- AVP - Atentado violento ao pudor
- CPqAM - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
- COPAV - Coordenação de Prevenção aos Acidentes e Violência
- DIEVS - Diretoria de Epidemiologia e Vigilância a Saúde do Município de Recife
- DNV - Declaração nascido vivo
- DST - Doença sexualmente transmissível
- DS - Distrito sanitário
- DVS - Diretoria de Vigilância Sanitária
- ECA - Estatuto da criança e do adolescente
- ECOS - Comunicação em sexualidade
- GPCA - Gerência de Policia Criança e do Adolescente
- GERES - Gerência Estadual de Saúde
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IMLAPC - Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha
- MJ - Ministério da Justiça
- MR - Microregiões
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- RPA - Regiões político-administrativa
- SINASC - Sistema de informações de nascidos vivos
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
- VIVA - Vigilância de violência e acidentes

## SUMÁRIO

---

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS</b> .....	19
2.1	<b>Objetivo geral</b> .....	20
2.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	20
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	21
3.1	<b>Dos primórdios aos dias atuais</b> .....	22
3.2	<b>Violência sexual: o estado da arte</b> .....	26
3.2.1	Definições e categorias da violência sexual .....	28
3.2.2	Magnitude do problema .....	33
3.2.3	Consequências da violência sexual .....	37
3.3	<b>Violência sexual e gravidez na adolescência</b> .....	42
3.4	<b>Violência sexual: o que diz a lei e as práticas</b> .....	46
3.5	<b>A contribuição das perícias sexológicas do IMLAPC na visibilidade do problema</b> .....	51
3.5.1	Definição dos termos médico-legais .....	52
3.5.2	Diagnóstico da violência sexual .....	57
3.5.3	Caminhos a serem percorridos por um caso de violência notificada contra crianças e adolescentes .....	63
3.5.4	A entrevista legal .....	65
3.5.5	O exame físico legal .....	69
3.5.6	O laudo pericial: respostas aos quesitos legais .....	74
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	79
4.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	80
4.2	<b>Local de estudo</b> .....	80
4.3	<b>População de estudo</b> .....	82
4.4	<b>Fonte de dados e instrumentos de coleta</b> .....	83
4.4.1	Investigação com mães menores de 14 anos residentes no Recife .....	83
4.4.2	Análise das perícias sexológicas em crianças e adolescentes realizadas no IML no ano de 2005 .....	84
4.5	<b>Variáveis de estudo</b> .....	85

4.7	<b>Processamento e análise dos dados</b> .....	88
4.8	<b>Aspectos éticos e legais</b> .....	89
5	<b>RESULTADOS</b> .....	90
5.1	<b>Estudo de investigação com mães menores de 14 anos que tiveram filho no Recife (janeiro 2005 a junho 2007)</b> .....	91
5.2	<b>Estudo sobre a contribuição legal do exame pericial nos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes atendidas no IMLAPC/2005</b> .....	98
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	104
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	118
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	122
	<b>APÊNDICES</b> .....	137
	<b>ANEXOS</b> .....	143

# *Introdução*

---

---

## 1 INTRODUÇÃO

Recentemente a violência sexual contra crianças e adolescentes tem sido alvo de denúncias crescentes e tem recebido especial atenção, se tornando um problema cada vez mais visível na sociedade. Por se tratar de um problema com raízes profundas, implicando em danos imediatos e futuros para saúde física e mental de suas vítimas, como também pela possibilidade de replicação desse fenômeno a futuras gerações, este tipo de violência adquiriu uma dimensão mundial, e mais recentemente, no Brasil, tornou-se um problema de saúde pública (BRASIL, 2001; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; MINAYO, 1994; SILVA; SILVA, 2003).

O aumento da preocupação com esse fenômeno pode ser atribuído a vários fatores, entre eles: a atenção sobre as conseqüências da violência sexual, levantadas pelos movimentos sociais, em especial o das feministas americanas, ativistas dos direitos humanos na década de 70; as sociedades de pediatria, a partir dos anos 60, inicialmente com a publicação da síndrome do bebê espancado; e o reconhecimento por várias categorias profissionais dos danos causados às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (ASSIS, 1994; FERREIRA, 2002; MINAYO; SOUZA, 2003).

Um importante marco da visibilidade mundial tem sido o papel assumido pelas crianças e adolescentes nas sociedades ocidentais, ao se tornarem sujeitos de direitos. Soma-se a isto, o medo das sociedades modernas quanto ao fato de que uma criança ou um adolescente violentado poder, ao crescer, tornar-se um jovem delinqüente (CAMINHA, 2001; MORGAN; ZEDNER, 1992).

Em 2001, o Ministério da Saúde do Brasil (MS), homologou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Portaria nº 737, que traça as diretrizes para a atuação do setor saúde, reconhecendo a magnitude do problema da violência sexual contra criança e adolescente e sua determinação social, cultural, econômica e política (BRASIL, 2001c). Reconhece a gravidade e os danos provocados pela vitimização, indicando que se deve, prioritariamente, evitar que tal fato ocorra. Neste sentido, há consenso de que a mais importante política de enfrentamento deste problema é a prevenção e a adoção da promoção de hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2002a).



Uma política de promoção à saúde e prevenção à violência sexual implica no aprofundamento de uma discussão teórico-prática, da concepção de promoção e prevenção. Isto é, do direito de todos a uma sexualidade responsável e protegida. Trata-se de uma concepção ampliada de prevenção como de direito universal e não restrito a população de risco.

São escassos os dados que evidenciam a magnitude do problema da violência sexual em crianças e adolescentes, e várias razões são apontadas. Entre elas, destacam-se: os variados conceitos existentes, a lei do silêncio em torno do tema, a dificuldade de estabelecer um canal de comunicação, o não reconhecimento por parte da sociedade do dano para a saúde das vítimas, além do despreparo dos profissionais da área que lidam com a temática (ASSIS, 1994; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 1997; SPENCER; FLIN, 1993).

Com a consolidação da doutrina da proteção integral das crianças e adolescentes, e a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2001a), o tema da violência sexual vem ganhando importância, conseguindo mobilizar segmentos da sociedade brasileira. No momento, conta-se com o empenho de vários grupos de pesquisa sobre violência doméstica e sexual, com órgãos e instituições como Núcleos Municipais de Prevenção às Violências, Conselhos Tutelares, Ministério Público, Juizado da Infância e Juventude, Universidades, o que representa um grande avanço no enfrentamento do problema.

Neste sentido, é fundamental realçar o papel que a sociedade civil tem tido para mudar esta invisibilidade, apontando mecanismos que possam contribuir para diminuição da impunidade em relação à violência sexual perpetrada contra a criança e o adolescente. Segundo Minayo (1994), a sociedade civil vem demonstrando sinais de aperfeiçoamento de mecanismos de convivência, mediante o surgimento de instituições interessadas em estudar, compreender e atuar na temática da violência e com o estabelecimento de redes de solidariedade para seu enfrentamento.

Conhecer, tornar visível e enfrentar a violência sexual perpetrada contra crianças e adolescentes é essencial para se promover uma melhor qualidade de vida. Para tanto é necessário além de compreender o problema com profundidade, articular as ferramentas teórico-conceituais de cada área do conhecimento para

---

formular estratégias de prevenção do fenômeno, envolvendo a sociedade na busca de seus direitos (MINAYO; SOUZA, 1999).

Por sua complexidade, a violência sexual praticada contra crianças e adolescentes é um grande desafio para pesquisadores e profissionais da saúde, educação, assistência social e operadores do direito, que lidam com este tema; com essa percepção a pesquisadora propõe estudar o problema acerca da invisibilidade da violência sexual em crianças e adolescentes, desenvolvendo uma reflexão crítica na perspectiva epidemiológica e clínica-legal, a partir de três abordagens principais.

Em princípio, apresenta uma visão panorâmica da produção científica nacional e estrangeira, dos últimos anos, sobre o conhecimento produzido, de forma a contribuir com as análises dos resultados observados.

No segundo momento é feita uma abordagem da invisibilidade do problema por meio de estudo empírico de investigação com mães menores de 14 anos que tiveram filho no Recife no período de janeiro de 2005 a junho de 2007. Atualmente, essas mães estão sendo acompanhadas pelo Projeto de Vigilância das Mães Menores de 14 anos, do Projeto Cidadão Recife.

A invisibilidade também é discutida a partir da análise dos laudos de violência sexual em crianças e adolescentes, no Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha (IMLAPC) do Recife, no ano de 2005, local de referência estadual de apoio à Justiça, onde legalmente se evidencia a prova material do crime e a pesquisadora atua há cerca de 20 anos como médica legista responsável pela elaboração destes laudos periciais.

Espera-se contribuir com o aprofundamento do tema buscando evidenciar sua magnitude favorecendo o seu reconhecimento, uma vez que não existem dúvidas do dano causado as suas vítimas, principalmente no sentido de assegurar a garantia dos direitos ora previstos em lei. Foram criados bancos de dados, procurando tornar acessíveis os diferentes aspectos da temática, favorecendo estudos futuros.

Assim, o presente trabalho teve como objetivo principal tornar visível a violência sexual em crianças e adolescentes na ótica epidemiológica, revelando a relação da violência sexual no passado e a gravidez em menores de 14 anos. E na perspectiva clínica legal, a análise dos resultados dos exames de corpo de delito, realizados no IMLAPC, cujos resultados demonstraram que os laudos periciais, apresentam provas insuficientes para a elucidação legal dos casos notificados.

São elaboradas recomendações sobre formas de como intervir para melhorar esta visibilidade, a importância da notificação dos casos, e reforça a necessidade de políticas públicas integradas de assistência integral a criança e adolescentes. Acrescenta-se a isso, a necessidade de melhor informar a sociedade sobre a magnitude do problema, a real situação dos serviços, os fluxos a percorrer, sua resolutividade, bem como formas de contribuir para que sejam garantidos os direitos constitucionalmente assegurados, com intuito de construir uma sociedade mais justa, reduzindo as desigualdades, favorecendo a implantação de políticas públicas de inclusão social.

# *Definição dos objetivos*

---

---

## **2 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Descortinar a invisibilidade da violência sexual contra crianças e adolescentes a partir de abordagem epidemiológica e clínica-legal.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Analisar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico de mães adolescentes menores de 14 anos residentes no Recife, no período de janeiro de 2005 a junho de 2007;
- b) Estimar a prevalência de violência sexual entre as mães adolescentes e a relação com a gravidez precoce e as implicações legais;
- c) Estudar a contribuição legal do exame pericial nos casos de violência sexual em crianças e adolescentes atendidas no Instituto de Medicina Legal de Pernambuco Antônio Persivo Cunha, no ano de 2005.

# *Fundamentação teórica*

---

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 Dos primórdios aos dias atuais**

A história tem mostrado a ocorrência da violência sexual perpetrada em crianças e adolescentes desde os tempos primitivos até os atuais. Inúmeras são as formas pelas quais se expressam, adaptando-se às especificidades culturais e as possibilidades de cada momento histórico.

Lloyd deMause, em “A História da Infância” (1982) relata que a criança, na Antiguidade, vivia numa atmosfera de abuso sexual, e até o século IV viviam destinadas a atender as necessidades e comodidades dos adultos. As crianças e adolescentes na Grécia e Roma Antiga eram freqüentemente usadas sexualmente por adultos, os abusos envolviam não só os garotos acima de 11 anos, como também os mais jovens. Garotas e mulheres também se envolviam; conforme relato de estupro de uma garota com 7 anos de idade, onde as mulheres batiam palmas ao redor da cama, demonstrando que as mesmas participavam do ato. Refere ainda ser a homossexualidade comum naqueles que eram abusados na infância (DeMAUSE, 1982; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999).

Na Idade Média, período em que se observa pouco valor dado às crianças e adolescentes, era comum crianças serem presenteadas a outras famílias, ou serem vendidas como escravas, e, nos melhores casos, quando ficavam na própria família, trabalhavam duramente para seus pais nos ofícios domésticos (CUADROS, 2000; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999).

Na Renascença, o moralismo combatia a violência sexual, as crianças eram punidas se tocassem nos seus genitais, era proibida a masturbação, fato que não se observava nas sociedades primitivas. A vergonha da masturbação teve início com os profissionais médicos que advertiam que a mesma causaria danos mentais, epilepsia, cegueira e morte (CUADROS, 2000; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999).

A questão da violência sexual passou a ser reconhecida nas sociedades, ainda que de forma tímida. Adolphe Toulmouche, médico patologista forense em 1853 publicou na França um estudo sobre violência sexual em 26 adolescentes (LABBÉ, 2005).

Porém foi a contribuição de Auguste Ambroise Tardieu, professor de Medicina Legal da Universidade de Paris, que tornou pública a questão da violência contra criança e adolescente, praticada pelos pais. Tardieu em 1857 fez uma revisão de 632 casos de estupro ou tentativa. Dos casos estudados, cerca de 80% envolviam crianças com idade entre 4 e 12 anos, os perpetradores eram familiares, na maioria das vezes, pai ou irmão. Descreveu a genitália feminina normal, tipos de hímen, identificando cinco formas e suas variantes, não observou nenhum caso de ausência congênita do mesmo. Foi mais além quando afirma que os acidentes dificilmente causam lesão himenal, que a masturbação também não causa rotura e sim eritema, alargamento do clitóris e aumento dos pequenos lábios. Na terceira parte do livro, descreve sobre pederastia e sodomia, sinais agudos e crônicos. Em 1869 publicou o artigo “Estudo Médico Legal do Tratamento Cruel e Brutal Infligido nas Crianças” As publicações de Tardieu encorajaram vários estudos sobre o tema (HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; LABBÉ, 2005; ROCHE et al., 2005).

Vigarello (1998), no livro *A História do Estupro*, relata uma forte evidência de estupro na França antiga, porém com raros processos e julgamentos públicos. Este aparente paradoxo pode ser explicado pelo fato da tolerância à violência em relação aos critérios de hoje; à vulnerabilidade da mulher, especialmente daquela que não teria nenhuma proteção de um tutor, pai ou marido. Na França, sob o Regime Ancien, vivenciou-se por muito tempo uma visão moralizada do crime. O silêncio era reforçado por envolver a vítima na indignidade do ato, transformando-a em “condenada” pelo simples fato de ter vivido este momento.

Este cenário vem se modificando, ainda que lentamente, a partir do século XVIII, período em que crianças e adolescentes passaram a ter um papel social mais relevante. No início do século XIX, observa-se que há um aumento dos processos por crimes sexuais justificadas pela menor tolerância à violência e mudanças na percepção com a efetivação de práticas coletivas de assistência e controle às famílias, associados as leis sobre o trabalho das crianças, instrução pública e a infância maltratada (VIGARELLO, 1998).

No fim do século XIX, Sigmund Freud (apud MASSON, 1984), Morgan e Zedner (1992), reforçam o debate, não só pelos relatos de suas pacientes em sessão de psicoterapia, como também visitando as mortuárias em Paris, onde pode observar crianças com sinais de estupro.



Freud (apud HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999), Spencer e Flin (1993) desde então já fazia a correlação entre abuso sexual na infância e sofrimento psíquico das vítimas a longo prazo, particularmente nos estudos com as pacientes com histeria. Suas idéias não foram amplamente aceitas na sociedade da época. Em face da hostilidade e cepticismo dos colegas profissionais, reformulou suas idéias, retratando-se da questão da sedução em favor da teoria do complexo de Édipo - a criança tende a fantasiar sobre relações sexuais com seus pais projetando suas fantasias masturbatórias. Esta teoria teve um considerável efeito nas leis, que durante vários anos, afirmavam que as crianças fantasiavam sobre práticas sexuais, levando-se a falsa premissa de não se acreditar no que elas diziam segundo Morgan e Zedner (1992) e Mees (2001).

Nos últimos 150 anos ocorreram avanços nos mecanismos sócio-legais, apesar da então incipiente mobilização da sociedade frente a este problema. A primeira sociedade a tornar pública à violência física contra criança e adolescente foi a norte-americana, seguindo o caso de Mary Hellen em 1898, uma criança que estava seriamente doente, sofrendo de severos maus-tratos por seus pais. Este caso foi resgatado e levado a julgamento sob as leis da Sociedade Contra Crueldade de Animais, já existente naquela época. Durante este julgamento, o juiz, convenientemente, interpretou o termo “animal” por criança. Neste período, já existiam leis protetoras para os animais, porém, não para proteger as crianças, fato este que mobilizou a população fazer campanhas para fundar estas sociedades contra a crueldade praticadas nas crianças. Sendo a primeira fundada em Nova York, em 1898, e em seguida na Inglaterra, ocorrendo a partir destas experiências várias mudanças nas leis vigentes (CUADROS, 2000; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; SPENCER; FLIN, 1993).

A partir da metade do século XX, modifica-se a concepção da paternidade, procurando atender às necessidades das crianças e adolescentes. A punição e a disciplinas não são mais preponderantes na educação das mesmas, sendo enfatizado o desenvolvimento de seu potencial. Em algumas culturas as práticas antigas persistem, e devem ser levadas em consideração na análise dos comportamentos considerados abusivos (DeMAUSE, 1982).

Nas últimas décadas, observa-se uma maior visibilidade, começa a despertar a atenção e difusão a respeito deste problema, mas ainda sem uma definição clara de como enfrentá-lo. Muito do que os profissionais acreditaram durante anos, tem se

revelado posteriormente incorreto com experiências e pesquisas adicionais (CONTE, 1993).

A investigação da violência sexual na infância é considerada por estudiosos uma das mais difíceis, diante da reticência, da repressão nas fontes, da falta de acesso aos registros e objetos que constituem a base das investigações (CUADROS 2000; DeMAUSE, 1982; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; SPENCER; FLIN, 1993).

Compreender e enfrentar este fenômeno é um desafio para pesquisadores e profissionais, uma vez que requer articulação das dimensões conceituais, operacionais, qualitativas e quantitativas, das pesquisas com intervenções, além da definição política (FERREIRA et al., 1999).

A violência sexual contra crianças e adolescentes é algo em que a maioria dos adultos prefere acreditar não existir, optando por ignorar o assunto inteiramente, esperando que o problema muitas vezes “insolúvel” seja esquecido, preferindo admitir que elas estejam mentindo ou fantasiando, mesmo quando são apresentados fatos concretos da molestação sexual. Segundo Morgan e Zedner (1992), esses fatos algumas vezes são demasiadamente repulsivos e chocantes para serem aceitos, conduzidos para as zonas mais obscuras da consciência coletiva, rapidamente negados e incidentalmente percebidos.

Vigarello (1998), reforçando esta opinião, afirma que o risco permanente de vingança impõe o silêncio. As vítimas de violência sexual muitas vezes se comprometem a calar e não revelar o fato, porque não tendo testemunhas nem dano que se possa verificar, seria melhor que tudo ficasse ignorado, em vez de ser exposto ao comentário de outras pessoas.

Estudos realizados na Inglaterra em 1989 recomendam a importância de sempre ter em mente que as crianças não mentem para arranjar perturbações para si mesmas. Mesmo quando tais “histórias” são “provadas” falsas pelos extensos interrogatórios ou exames policiais, ou quando finalmente uma criança ou adolescente se retrata para o alívio de todos os envolvidos, a verdade é que a violência sexual realmente aconteceu e a criança estava contando a verdade (MORGAN; ZEDNER, 1992; SPENCER; FLIN, 1993).

Atualmente, este problema tem chamado a atenção dos pesquisadores não só pela necessidade de conhecer melhor as repercussões na saúde física e mental na vida dessas crianças e adolescentes, mas também, pela necessidade de se

enfrentar precocemente o problema, promovendo maior esclarecimento do tema tanto para os profissionais da área de saúde, como para a sociedade em geral.

### **3.2 Violência sexual: o estado da arte**

A violência sexual no Brasil não é mais tão velada como em tempos atrás. Entretanto, quando vem a público, o faz de forma distinta, como uma anormalidade individual, “um desvio psicológico”, que deve ser curado ou reiterado pela idéia de violência como produto da barbárie e da pobreza, dessa forma aumentando a barreira de uma sociedade bastante marcada pela discriminação econômica, como a brasileira e, em particular, da região Nordeste (FALEIROS; FALEIROS, 2001; MINAYO; SOUZA, 2003).

As sociedades em geral, admitem que o exercício da sexualidade não é somente um direito, mas também um importante componente da qualidade de vida das pessoas e que deve ser exercido de forma livre, respeitando a condição de que ambas as partes consintam espontaneamente o ato (MORALES; SCHARMM, 2002).

A primeira dificuldade ao lidar com a violência sexual é o seu reconhecimento e dessa forma, a identificação da mesma continua sendo uma tarefa perseguida pelos estudiosos. Os estudos têm demonstrado que menos de 20% dos casos, apresentam uma evidência física de violência (FURNISS, 1995; PFEIFFER; SAVAGNI, 2005; PILAI, 2005).

Estudos de Furniss (1995) e Gabel (1997), demonstram que a probabilidade de uma criança mentir sobre violência sexual é mínima, devido a sua imaturidade, não teria elementos para relatar, em detalhes as experiências de violência sexual. Considerando que os casos dificilmente apresentam evidências físicas e que pesquisa realizada pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção a Infância e Adolescência (ABAPIA), mostra que apenas 6% dos casos denunciados como abusos sexuais não foram confirmados, e considerados como “invenção” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 1997).

Os serviços de responsabilização afirmam que dificilmente crianças mentem sobre violência sexual, porém, estudo realizado por Bruck e Ceci (1999), mostra que

crianças mais novas tendem a ser mais sugestionáveis e que o método adotado para entrevistá-las pode alterar a revelação (BRUCK; CECI, 1999; FLORES-SANDI, 2007).

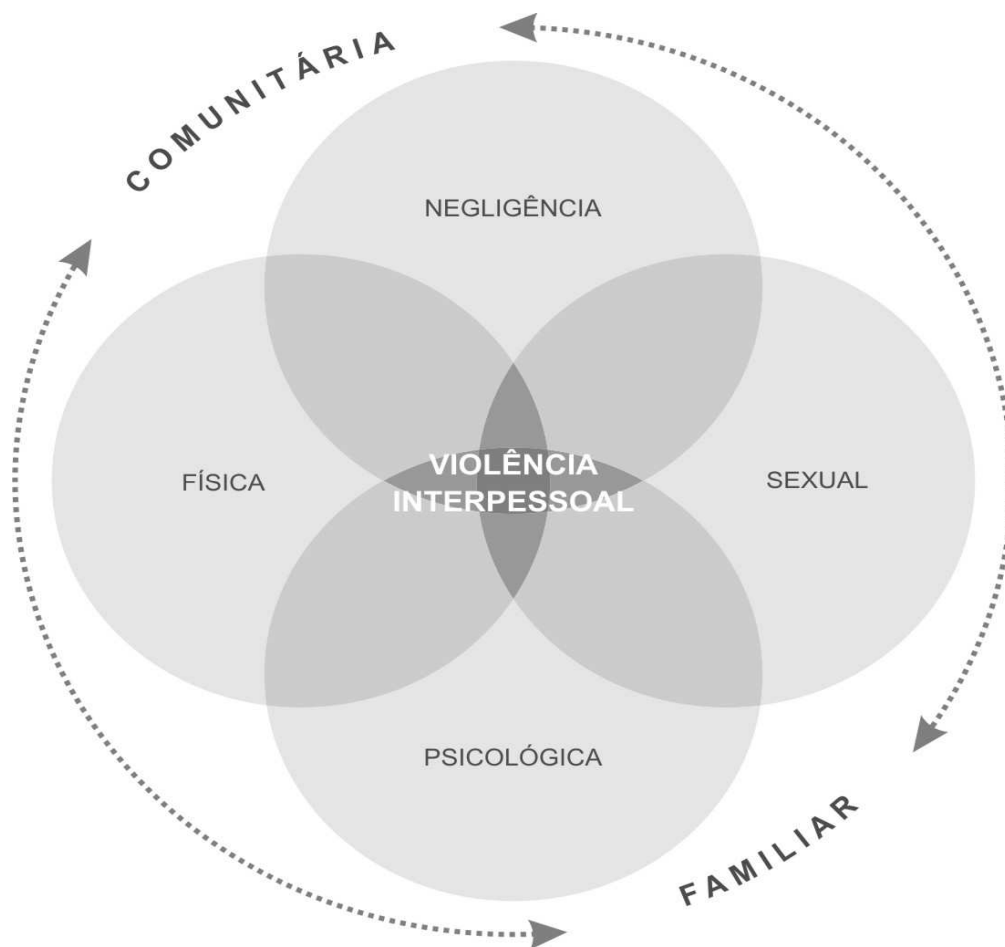
O aspecto fundamental que deve ser considerado é ouvir a criança ou adolescente, o que diz sobre o fato, e considerar tudo o que foi revelado. A criança ou o adolescente deve expressar seus sentimentos livremente, conversar com alguém que considere digno de confiança para fazer suas confidências, podendo ser um membro da família, um amigo, companheiro da escola ou, muitas vezes, durante um exame médico (SPENCER; FLIN, 1993).

Outro aspecto não menos desafiador é como definir o que é “violência sexual contra crianças e adolescentes”. São muitas as definições na literatura científica legal e vários fatores podem ser atribuídos a esta falta de uniformidade na conceituação, entre eles: padrões culturais, leis, complexidade do fato e a própria qualificação dos profissionais que atendem as vítimas (FALEIROS; FALEIROS, 2001, MINAYO; SOUZA, 2003).

Entendendo que a violência é um fenômeno social, histórico, complexo, multicausal e em rede, ela pode se manifestar na sociedade de várias formas como: violência das guerras, classes dominante e interpessoal que se subdivide em duas categorias: comunitária e familiar, que inclui a violência contra crianças e adolescentes, mulher e idoso. A violência comunitária ocorre entre as pessoas que não se relacionam e fora do lar. Tanto a violência interpessoal como a comunitária, recebem a tipificação de violência física, sexual, psicológica e negligência (AZEVEDO; GUERRA, 1989; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Alguns autores ainda consideram a exploração do trabalho infantil e a exploração sexual comercial. Entretanto, em se tratando de um tipo específico de violência - a sexual - é preciso levar em consideração que existe também uma construção a respeito da sexualidade (FALEIROS, 2003; MINAYO; SOUZA, 2003, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

É importante ressaltar que nenhum tipo de violência ocorre isoladamente, na maioria das vezes elas acontecem ao mesmo tempo, o que determina sua tipificação é a predominância de alguns desses tipos específicos. Há um consenso na literatura que a violência sexual na maioria das vezes se faz acompanhar de outros tipos de violências mais ou menos visíveis, de acordo com o contexto que se insere, verifica-

se que as formas não são excludentes (CAMINHA, 2001; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999) como representado na Figura 1.



**Figura 1** - Categorias, tipos e interfaces da violência sexual.

Considerando a complexidade de aspectos relacionados ao tema, a seguir será apresentado um conjunto de definições que visam favorecer uma melhor compreensão do objeto estudado.

### 3.2.1 Definições e categorias da violência sexual

Existem muitas definições da violência sexual, que variam de acordo com os comportamentos, costumes, crenças, religião, mediações feita pelas leis, e a ciência. A violência sexual praticada contra crianças e adolescentes é definida por vários autores, como uma situação em que são usados para gratificação sexual de um

adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, baseada em uma relação de poder. O abusador obriga ou induz a vítima a realizar práticas sexuais para as quais não está preparada por seu estágio de maturidade e cujas conseqüências não pode avaliar (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 1997; AZEVEDO; GUERRA, 1989; CAMINHA, 2001; FALEIROS; FALEIROS, 2001).

Faleiros e Faleiros (2001, p. 16) definem as relações de poder como:

Uma relação social onde se exercita a força, legitimada ou não, para se manter ou também resistir à dominação em suas diferentes formas. Esse exercício depende tanto do lugar onde é exercido, como dos movimentos das forças em presença, que reforçam ou desgastam as relações estruturadas /estruturantes.

Gomes (1998) afirma que o poder está presente na violência na medida em que esse fenômeno se concretiza a partir do uso da força física, psíquica ou moral e se expressa de forma direta e indireta a serviço de algo. Este poder não é só macro poder estatal. Há também discretas e sutis redes de micropoderes grupais, institucionais e familiares. Seguindo esse raciocínio, Agudelo (1999), reforça que a visão de que, enquanto força, esta ação violenta que se impõe a serviço de algo, pode ser de alguém ou de um grupo contra algo ou contra alguém.

Deslandes (1994) definiu a violência contra crianças e adolescentes como abuso ou maus-tratos caracterizados pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social e econômica, inteligência, autoridade), que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa. Essa definição aborda o relevante aspecto de poder entre o perpetrador e vítima.

A violência sexual para Azevedo e Guerra (1989), classificada como uma violência doméstica, caracterizada como todo ato de omissão praticado por pais, parentes e responsáveis contra crianças e/ou adolescentes e que - sendo capaz de causar dano físico, sexual ou psicológico à vítima – implica, de um lado, numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Segundo Agudelo (1999), na violência está implícita uma relação assimétrica, desigual ou em desnível. Na relação entre o hegemônico e o contra-hegemônico, o dominante e o dominado, o possuidor e o despossuído, flui a violência e, quanto maior for a desigualdade, maior será o seu potencial. Após estabelecer essas considerações, aquele autor observa que a violência não se reduz a um dano ou a um momento: ela é um processo orientado para fins determinados, a partir de diferentes causas, com formas variadas, produzindo danos, alterações e conseqüências imediatas ou tardias.

Outra definição que tem sido amplamente aceita foi postulada por Schechter e Roberge (1976 apud WATKINS; BENTOVIM, 1992), que definem a violência sexual como: O envolvimento de crianças e adolescentes dependentes e evolutivamente imaturos em atividades sexuais que eles não compreendem verdadeiramente, para as quais não são capazes de dar seu consentimento informado, e que violam os tabus sexuais dos papéis familiares.

Furniss (1995) refere-se a esta mesma definição, acrescentando que essas atividades objetivam a gratificação das demandas e desejos sexuais da pessoa que comete o abuso, de modo a incluir o elemento intencional crucial da violência. Essa definição normativa destaca a noção de dependência estrutural das crianças e a incapacidade de dar consentimento a relacionamentos sexuais.

De acordo com Gabel (1997), Hobbs, Hanks, Wynne (1999), Azevedo e Guerra (1989) e posteriormente revisado por Habizang e Caminha (2008), violência sexual é definida como todo ato ou jogo sexual cuja relação hetero ou homossexual, o agressor esteja em estágio de desenvolvimento mais adiantado que a criança ou adolescente vítima, utilizando-se dos mesmos para obter gratificação sexual, por meio de violência física, ameaça ou indução de sua vontade. Incluindo-se nestes casos as diferentes formas de contato físico, com penetração (digital, com objetos, intercurso genital, coito anal ou oral) ou sem penetração (intercurso interfemural, toques impudicos), e os que não têm contato físico (voyerismo, exibicionismo, fotografias e telefonemas obscenos).

As diferentes definições de violência sexual consideram aspectos em comum, a saber: a) a impossibilidade por parte da criança ou adolescente de decidir sobre sua participação na situação abusiva; b) o uso da criança ou adolescente por parte do adulto para a própria estimulação; c) o abuso do poder exercido pelo adulto, cujo comportamento coercitivo não pode ser identificado, sobretudo pela falta de provas

físicas e pelo mesmo está exercendo uma situação de proteção das mesmas (FALEIROS, 2000; PADILHA; GOMIDE, 2004).

Acrescentando-se a esses tipos de violência tem-se a exploração sexual comercial que, se caracteriza por uma relação de poder e de sexualidade, mercantilizada, que visa à obtenção de proveitos por adultos, que causa danos biopsico-sociais aos explorados, que são pessoas em processo de desenvolvimento. Implica o envolvimento de crianças e adolescentes em práticas sexuais, através do comércio de seu corpo, por meios coercitivos ou persuasivos, o que configura uma transgressão legal e a violação de direitos e liberdades individuais à população infanto-juvenil (LEAL, 2005).

Entendendo que se trata de um problema polissêmico e complexo, o conceito de violência sexual contra criança e adolescente da Organização Mundial de Saúde vem sendo utilizado de forma operacional nos sistemas de informação e nas atuais pesquisas internacionais, que a define como sendo o envolvimento sexual de crianças e adolescentes em atividades que ele ou ela não compreende completamente, ou é incapaz de dar seu consentimento, ou não se encontra no seu pleno desenvolvimento mental, não podendo dar seu consentimento, ou que viole leis sociais ou tabus da sociedade. O abuso sexual da criança é evidenciado por atividades entre uma criança e um adulto, por outra criança mais velha ou adolescente que, pela idade, desenvolvimento e estando em um relacionamento de responsabilidade, confiança e poder, utilizam-na para sua própria satisfação.

À medida que os conceitos de violência se tornam mais complexos, partindo de relações de força para relações psicológicas, morais e sociais, surge uma maior dificuldade de definir indicadores, e de operacionalizar intervenções efetivas no seu enfrentamento. Além das variadas definições, registra-se na literatura brasileira a utilização indistintamente de termos de violência sexual, abuso sexual infantil, e maus tratos, como sinônimos, para alguns autores existe diferença entre essas denominações que devem ser consideradas, porque remetem a concepções diferentes (FALEIROS, 2000).

Para superar essas dificuldades de caráter epistemológico, Gabel (1997), considera a necessidade de explicar os variados termos. Segundo esta autora, etimologicamente, abuso, indica separação, afastamento do uso normal. O abuso é, ao mesmo tempo, mau uso e uso excessivo, o que para alguns autores conduz a idéia de que possa haver alguma forma de abuso permitido, quer dizer, algum tipo



de experiência sexual permitida ou consentida com crianças e adolescentes. Essa crítica é feita ao se traduzir o termo abuso sexual do seu correspondente da língua inglesa, *sexual abuse*, embora este último não enfrente em sua língua a mesma limitação semântica de sua tradução para o português (FALEIROS, 2000; GABEL, 1997; SILVA JUNIOR, 2006).

Gabel (1997) e Flores (1997) entendem que o abuso sexual deve ser situado no quadro dos maus tratos infligidos à infância. Maus tratos abrangem tudo o que uma pessoa faz e concorre para o sofrimento e alienação de outra. Para Faleiros e Faleiros (2001), maus tratos e abuso não são sinônimos. Para eles, o abuso está ligado à ultrapassagem de limites e poder, de papéis e regras sociais e familiares, enquanto que mau-trato refere-se aos atos e conseqüências do abuso.

Abuso é um termo que não se esgota na idéia de uso excessivo de substâncias químicas, nem na referência sexual, também é referida como na relação anti-social de algum poder a mais numa relação, de tal modo que se coloca o abusado ou abusada na condição de objeto e não de sujeito. Demonstrando que o abuso refere-se a uma forma de tratamento que uma pessoa exerce sobre a outra, com características de não perceber o dano produzido. Neste sentido confundem-se os conceitos de violência sexual, abuso e maus tratos (FALEIROS, 2000; RAVAZZOLA, 1997).

Faleiros (2000) faz uma síntese desses conceitos definindo violência como a categoria explicativa da vitimização sexual, refere-se ao processo e a natureza da relação. Abuso sexual é a situação de uso excessivo, de ultrapassagem dos limites dos direitos humanos, regras sociais e familiares e do desenvolvimento da vítima. Maus tratos é a descrição empírica do abuso sexual, refere-se aos danos sofridos pela vítima.

Os conceitos aqui mencionados são amplamente utilizados não só nos atuais estudos do referido tema, como também pelos profissionais da rede de assistência às vítimas de violência, e paulatinamente vem se incorporando na rede de responsabilização, uma vez que os operadores do direito utilizam definições específicas de crimes sexuais presentes no código penal.

### 3.2.2 Magnitude do problema

Apresentando-se como problema de especial relevância, a violência sexual, dentre as várias formas de violência praticadas contra crianças e adolescentes, provavelmente é uma das que apresentam maior subnotificação. Entre as dificuldades para o real conhecimento deste problema destacam-se: o fato de ocorrer na maioria das vezes dentro de casa, de não ser acreditada por questões culturais, onde o poder centrado no adulto e o machismo determinam relações abusivas e socialmente aceitas; o sigilo profissional; a falta de consenso na definição e o próprio entendimento do problema; o medo; a vergonha; o descrédito das instituições de proteção e de garantia dos direitos; o despreparo dos profissionais que lidam diretamente com o problema; sanções criminais; a situação da vítima de dependência e pouca idade, além de todas as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em alimentar um sistema de informação, quando existente (FALEIROS; FALEIROS, 2001; FINKELHOR, 1986; FURNISS, 1995; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; SILVA; SILVA, 2003; SPENCER; FLIN, 1993).

Há cerca de 45 anos, influenciado pelos movimentos sociais, em especial o feminista, recomeçaram os estudos e pesquisa sobre a violência sexual, apesar de serem perpetrados e divulgados desde a antiguidade (ASSIS, 1994; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; LABBÉ, 2005; CUADROS, 2000). Nas duas últimas décadas, começaram a aparecer referências da ocorrência de violência sexual no Brasil, e tem crescido o interesse em se estabelecer a verdadeira magnitude do problema. Embora as estatísticas sejam freqüentemente conflitantes, a realidade é que ainda não há consenso entre os cientistas sociais, sobre a extensão nacional do problema (MINAYO; SOUZA, 2003).

Observa-se atualmente um aumento das notificações dos casos, o que demonstra ser produto da nova educação, prevenção e atenção dos profissionais diante desta problemática, não subestimando a emoção coletiva suscitada pelos crimes sexuais nas sociedades atuais (FINKELHOR, 1986; VIGARELLO, 1998).

De acordo com Vigarello (1998) o aumento das denúncias, fato constatado nas últimas décadas, constitui um fenômeno de um silêncio relativo para uma visibilidade ainda um tanto ruidosa. Todas as tentativas de quantificação do fenômeno revelam um crescente aumento ao longo do tempo. A Associação

Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (1997) estimou que a ocorrência de violência sexual no Brasil é semelhante à observada em países desenvolvidos.

Dados obtidos de Centros de Atendimento à Vítima de Estupros, em sete países, mostram que 36% a 58% das vítimas de estupro ou de tentativas, têm menos de 16 anos, 18% a 32% menos de 11 anos, em 60% dos casos o agressor é uma pessoa conhecida (GIFFIN, 1994; HEISE, 1994).

Um estudo sobre mães adolescentes num hospital de Lima, no Peru, revela que 90% das mães entre 12 e 16 anos tinham sido estupradas e que, em sua grande maioria, o agressor foi o padrasto ou outro parente próximo. Uma entidade para mães adolescentes na Costa Rica relata que 95% das grávidas com menos de 15 anos são vítimas de incesto (GIFFIN, 1994; HEISE, 1994).

Estudo prospectivo populacional realizado entre 1989 e 1999 pela Universidade da Califórnia do Sul, avaliando 6320 pré-adolescentes e crianças, desses 109 referiram trauma genital agudo e 94 foram acompanhados e documentados. Observou-se que 92,5% dos referidos como possíveis casos de violência sexual, relataram sua própria história ou esta foi feita por familiares. Em 62 casos a violência foi perpetrada por conhecido, sendo 30 % pai, padrasto, vizinhos e 17, 7% por desconhecido. A história de penetração vaginal ocorreu em 24 casos, sendo que em 33% desses casos os agressores eram desconhecidos (HEPPENSTALL-HEGER et al., 2003).

A Organização Mundial de Saúde, estima entre 150 milhões de meninas e 73 milhões meninos, em todo mundo, abaixo de 18 anos foram forçados a manter relações sexuais, ou sofreram outras formas de violência sexual que envolveram contato físico em 2002 (PINHEIROS, 2006).

Um estudo realizado por Araújo (2002), no atendimento de vítimas de violência sexual revelou que em cerca de 80% dos casos os agressores eram os pais biológicos ou padrastos e 97% das vítimas eram meninas.

Pfeiffer, Salvagni (2005) e Habigzang et al. (2005), analisando processos de casos denunciados de violência sexual ajuizados pelas promotorias especializadas na Infância e Juventude de Porto Alegre, no período de 1992 a 1998, verificou que em 57,4% dos casos o agressor era o pai biológico da vítima e em 37,2% o padrasto ou pai adotivo.

A Gerência de Polícia da Criança e Adolescente (GPCA) de Pernambuco registrou em 2004, 824 casos de violência sexual, sendo 709 meninas menores de 17 anos de idade, predominando a faixa etária de 5 a 14 anos, 115 casos foram meninos. Os dados revelam que 82% do total das violências denunciadas são cometidas por familiares e conhecidos, tendo o pai biológico como o principal perpetrador (PERNAMBUCO, 2004).

Nos serviços especializado para atendimento às vítimas de violência da Rede Estadual de Saúde de Pernambuco, Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), e Centro de Referência Wilma Lessa, localizado no Hospital Agamenon Magalhães, registraram a interrupção da gravidez pós estupro em 66 casos, entre 2004 a 2008. Nas maternidades da Rede Municipal do Recife registrou-se apenas 3 abortos em 2008.

A maioria dos estudos aponta para a predominância dos crimes sexuais entre adolescentes e adultas jovens, porém este crime ocorre em todas as idades. Estudos realizados por Drezett (2001), em São Paulo, verificaram que a idade média das vítimas encontrada para a ocorrência dos crimes sexuais foi de 20,1 anos. Para o grupo de crianças a média foi de com 5,8 anos e 15, 6 anos a média entre as adolescentes.

Diante deste panorama, o estado brasileiro estabelece compromisso com a promoção da saúde e o fomento à garantia desses direitos, reafirmando os princípios universais os quais é signatário, publica a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001c). De acordo com esta política, os indivíduos na faixa de zero a 24 anos (criança, adolescente e jovem), têm sido vítimas de diferentes tipos de acidentes e violências, sendo o ambiente doméstico principal local onde são gerados esses agravos na infância, enquanto na adolescência e juventude o espaço extradomiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico, estabelecendo a legislação uma classificação estratégica de acidentes e violências domésticos e extradomiciliares (BRASIL, 2001c).

Em 2001 foi lançado o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, uma iniciativa da Secretaria de Direitos Humanos, Ministério da Justiça (BRASIL, 2001b). Influenciados por documentos internacionais em relação à concepção da doutrina da proteção integral, segundo a qual crianças e adolescentes passaram a serem sujeitos de direitos, aos quais se deve assegurar o respeito às condições peculiares de ser em desenvolvimento, e prioridade na formulação de

políticas públicas e no atendimento às suas necessidades fundamentais. O referido plano contempla as diretrizes e as ações a serem executadas pelos diversos setores envolvidos com o tema, orientando a participação nas diversas esferas de governo e setores da sociedade no enfrentamento.

A partir dessas iniciativas, alguns investimentos foram efetivados, criados serviços especializados para o atendimento as vítimas, sistemas de informações e realizações de capacitações em larga escala de recursos humanos.

Em 2001 foi elaborado no Recife o Plano Municipal de Enfrentamento da Violência Sexual contra a Criança e o Adolescente, de acordo com os princípios e estratégias do Plano Nacional de Enfrentamento a Violência Sexual. A Secretaria de Saúde do Recife, em 2002 teve como primeira iniciativa neste enfrentamento a implantação de notificação da violência contra a criança e o adolescente (RECIFE, 2002).

A partir de 2006 foi criado o Sistema Nacional de Informação da Violência Interpessoal, Doméstica e Sexual e outras Violências (VIVA). Em agosto deste mesmo ano, este sistema foi implantado na rede de saúde do Recife. Dados oriundos de dois anos de notificação pelo Sistema VIVA, no Recife, revelam, que entre os 822 casos notificados, 90% das vítimas de violência sexual são do sexo feminino. A faixa etária de menor de 14 anos apresentou 87,7% dos casos. As violências sexuais têm como o principal agressor o pai, seguido pelo padrasto conhecido e amigo (RECIFE, 2008a).

A despeito de tudo isso, a violência sexual permanece cercada da barreira do silêncio, em especial as praticadas contra os meninos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 1997; BIHELER, 2002; FALEIROS, 2000; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999).

Embora os dados não reflitam a real magnitude do problema, a preocupação com os efeitos dessa violência na degradação da qualidade de vida, o medo da sociedade de que a criança violentada e negligenciada possa crescer tornando-se um jovem delinqüente, e os gastos na reabilitação social, promoveram o desenvolvimento de ações preventivas. A violência tem apresentado uma importância cada vez maior na qualidade de vida das sociedades, especificamente como fator determinante de morbimortalidade, constituindo-se um grave problema de

saúde pública, possibilitando uma ampliação da atenção para o problema (BRASIL, 2002a; MORGAN; ZEDNER, 1992).

Reconhecer crianças e adolescentes violentadas sexualmente pelos efeitos danosos a curto, médio e longo prazo, tem sido o aspecto mais perseguido pelas instituições e profissionais envolvidos na prevenção contra os maus tratos de crianças e adolescentes. Várias pesquisas, identificando e quantificando as diversas conseqüências causadas pela violência sexual, estão sendo publicadas (BRASIL, 2000a; MORGAN; ZEDNER, 1992; SPENCER; FLIN, 1993).

### 3.2.3 Conseqüências da violência sexual

A literatura clínica sugere que a violência sexual durante a infância altera a sexualidade humana, trazendo sérios problemas como: anorexia nervosa, uso abusivo de álcool e outras drogas, baixa auto-estima, prostituição, estigmatização, distúrbios psíquicos, entre outras. Embora sejam poucas as comprovações empíricas existentes, há um consenso acerca dos efeitos deletérios causados (BRUNSCHOT; BRANNIGAN, 2002; FINKELHOR, 1986; FURNISS, 1995; GERKO et al., 2005; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; MOLNAR; BUKA; KESSLER, 2001; SPENCER; FLIN, 1993; STEEL et al., 2004; YSTGAARD et al., 2004).

Estudos demonstram os sérios danos causados pela violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, em especial no plano psicológico. O grau de severidade vai depender de diversos fatores, alguns subjetivos e outros relacionados ao contexto em que transcorreu a violência.

Finkelhor (1986) mostrou alguns estudos que tentaram quantificar a extensão da seqüela da violência sexual praticada contra criança e adolescente, reconhecendo a escassez dos estudos que avaliam esses efeitos devido ao incesto e envolvendo crianças e adolescentes do sexo masculino. Tais estudos empíricos demonstram que a violência sexual apresenta efeitos emocionais negativos, tanto iniciais como a médio e longo prazo. Efeitos iniciais, para, este autor são aquelas reações que acontecem dentro dos dois primeiros anos. Alguns estudos definiram padrões para medir e comparar os escores com a população em geral. Um dos estudos revelou que 66% das vítimas de abuso sexual apresentavam distúrbio

emocional, 52% estavam parcialmente comprometidas e 14% apresentavam sérios distúrbios, e apenas 24% estavam emocionalmente estáveis após o abuso sexual.

Segundo esses estudos, muitos dos efeitos reportados são oriundos da literatura clínica, especialmente reações de medo, ansiedade, depressão, raiva, hostilidade, e comportamento sexual inapropriado. Como a grande parte dos estudos não teve uma padronização adequada para uma quantificação da extensão, ou mesmo para uma comparação entre os grupos, não fica claro que os diversos achados reflitam a experiência de todas as vítimas de violência sexual, nem mesmo daquelas que estão sendo clinicamente acompanhadas (COFFEY et al., 1996; FINKELHOR, 1986).

Molnar, Buka e Kessler (2001), analisando os resultados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos em 1992, pelo National Comorbidity Survey, observou distúrbios psiquiátricos, emocionais e comportamentais em crianças em idade pré-escolar que sofreram violência sexual, reforçando a necessidade de intervenções precoces no apoio a estas famílias.

Habigzang e Caminha (2008), ao realizar avaliação psicológica de meninas de 9 e 13 anos, vítimas de violência sexual, identificaram sintomas reconhecidos como de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), seguida por sintomas de depressão, ansiedade e crenças distorcidas em relação a violência. Além de transtornos psicopatológicos e outras alterações.

Estudos publicados por Carter-Lourensz e Johnson-Powell (1999) revelaram que 85% a 90% dos pacientes com problemas psiquiátricos foram vítimas de algum tipo de maus-tratos na infância, com predominância da violência sexual. Martin et al. (2004) referem que os meninos podem apresentar um risco maior de comportamentos autodestrutivos e suicídios que as meninas.

Estudos realizados confirmam que os efeitos da violência sexual se manifestam através de sinais e sintomas a curto, médio e longo prazo (BRUNSCHOT; BRANNIGAN, 2002; COHEN; MANNARINO; ROGAL, 2001; GABEL, 1997; GERKO et al., 2005; HABIGZANG; CAMINHA, 2008; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; FINKELHOR, 1986; MIAN; MARTON; LEBARON, 1996; MOLNAR; BUKA; KESSLER, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; ROBERTS et al., 2004; SPENCER; FLIN, 1993; STEEL et al., 2004). As consequências mais observadas estão consolidadas no Quadro 1.

<b>Sinais e sintomas</b>	
<b>Curto e médio prazo</b>	<b>Médio e longo prazo</b>
Tristeza	Depressão
Medo	Comportamento auto-destrutivo
Culpa	Suicídio
Prostração aparentemente destemida	Ansiedade
Sonolência	Isolamento
Fuga de casa	Estigmatização
Medo exagerado de adultos, geralmente do mesmo sexo do perpetrador	Baixa auto-estima
Comportamento sexual adiantado para a idade	Tendência a revitimização
Masturbação freqüente e descontrolada	Gravidez indesejada
Pesadelos	Distúrbios alimentares
Choro fácil	Distúrbios afetivos
Tiques	Uso de álcool e outras drogas
Manias	Dificuldade em acreditar em outros
Encoprese	Desajuste na esfera sexual
Baixa-autoestima	Dor crônica
Dificuldades cognitivas	Comportamento de fuga

**Quadro 1** - Sinais e sintomas mais freqüentes a curto, médio e longo prazo.

O impacto da violência sexual nas suas vítimas é controverso à luz da literatura. As evidências até agora acumuladas, indicam que pode levar a problemas mentais graves, associados com vários outros problemas, na maioria das vítimas.

Habigzang e Caminha (2008), afirmam que entre as crianças e adolescentes, algumas podem apresentar nenhum, mínimos ou severos problemas emocionais, comportamentais e sociais. Na prática clínica o que se observa é que algumas crianças e adolescentes, vítimas de violência sexual, convivendo em ambiente familiar considerado desfavorável, não apresentam seqüelas psíquicas significativas, nem alterações do comportamento que permitam caracterizar a existência de um dano psíquico, pelo menos a curto ou médio prazo. Esse comportamento foi definido como resiliência, que segundo Houaiss (2001), significa: a) propriedades que alguns corpos apresentam de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma



deformação elástica; b) capacidade de se recobrar facilmente ou se adaptar a sorte ou às mudanças. Nas ciências humanas, significa um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam ter uma vida saudável em um meio insano (MUNIST et al., 1998). De acordo com Junqueira e Deslandes (2003), são diversos os conceitos nas ciências humanas, e esses termos estão ainda em fase de construção.

Diante dos casos de violência sexual, a literatura é quase unânime em relatar e existência do dano psicológico conseqüentes da mesma. O dano psíquico é definido por Castex (1997 apud SILVA JUNIOR, 2006), quando um determinado sujeito apresenta deterioração, disfunção, distúrbio, transtorno, ou desenvolvimento psicogênico ou psico-orgânico, que, afetando suas esferas afetivas e ou volitivas, limita sua capacidade de gozo individual, familiar, laboral social e ou recreativa. França (2001) define o dano psíquico como uma deterioração das funções psíquicas, devendo ser considerado dentro dos padrões de avaliação das questões de natureza penal.

Estudos apresentam vários fatores que contribuem para a gravidade do mesmo, como: a duração do abuso por um período longo de tempo; o grau de parentesco da vítima e o abusador, que será bem mais grave quando se tratar de um pai, um cuidador, isto é, pessoas próximas. A diferença de idade entre a vítima e o abusador é importante que seja considerado, sendo mais danoso quanto maior for esta diferença. A participação de múltiplos abusadores também deve ser considerada, e quanto maior este número, pior serão os danos sofridos, assim como a violação de tabus culturais. Outro fator a ser considerado na avaliação da severidade do dano, é se a vítima teve apoio por parte dos familiares no ato da revelação, uma vez que este apoio tem grande valor na redução do sentimento de culpa. É fundamental considerar se ocorreram danos físicos graves; coito com penetração; Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e gravidez; nesses casos o dano é muito maior, uma vez que pode deixar grandes seqüelas. Deve ser observado se a criança ou adolescente está sofrendo graves ameaças, o que acarretará uma forte tensão, dificultando ainda mais a revelação. O dano é maior quando o abuso ocorre de forma insidiosa porque reforça o sentimento de culpa nas vítimas (BROWNE; FINKELHOR, 1986; BRUNSCHOT; BRANNIGAN, 2002; FALEIROS, 2003; FURNISS, 1995; GABEL, 1997; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; SAFFIOTI, 1989; SILVA; SILVA, 2003; STEEL et al., 2004).

A possibilidade de contrair uma DST é concreta, porém poucos estudos têm investigado a incidência destas infecções no episódio das violências sexuais (JENNY et al., 1990). Estudos publicados em 1991 revelam que 28 a 60% das vítimas de violência serão infectadas por uma DST (ROSS; SCOTT; BUSUTTIL, 1991).

O risco de contrair uma DST durante uma violência sexual vai depender de vários fatores: a presença de DST prévia, o tipo de violência sexual, se houve penetração (genital, anal, oral), exposição de sangue, presença de solução de continuidade na vítima, secreção do agressor, infectividade dos microorganismos, susceptibilidade da vítima, número de agressões perpetradas, assistência médica em tempo hábil, bem como as condições socioeconômicas das vítimas (DREZETT, 2000; GLASER; HAMMERSCHLAG; MCCORMACK, 1989; LACEY, 1990).

Estudo de Jenny et al. (1990) avaliou prospectivamente 109 mulheres adultas e adolescentes estupradas, constatou uma incidência 4,2% para infecção de *Neisseria Gonorrhoeae*, 1,5% para *Chlamydia Trachomatis*, 12, 3% para *trichomonas vaginalis* e 19, 5% para vaginose bacteriana. O risco de contrair hepatite B, apesar de reconhecido, ainda não está esclarecido na violência sexual (CROWE et al., 1996). Estudo de Estreich, Forster e Robinsom (1990) detectaram 3% de positividade para hepatite B nas vítimas de estupro.

A ocorrência de DST na infância é pouco provável que não esteja relacionada com a violência sexual, excetuando-se os casos de transmissão vertical. Muitas vezes a revelação do fato surge a partir do diagnóstico de uma DST (MEURSING et al., 1995; SILVA; SILVA, 2003).

Dentre as conseqüências da violência sexual destaca-se a gravidez, porém a ocorrência decorrente de estupro é pouco reconhecida. Segundo Holmes et al. (1996) a taxa de gravidez decorrente de estupro variou entre 1 e 5%. Quando se trata de gravidez em menores de 14 anos, onde se caracteriza como violência presumida, a identificação tem sido ainda mais difícil.

De acordo com Furniss (1995), a severidade da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, não só deve ser levada em consideração apenas pelas suas conseqüências, ou seja os danos causados, mas sim pelo fato de ser

uma violação da norma legal. Os fatores que contribuem para agravar esse dano estão resumidos no Quadro 2 a seguir:

Fator	Efeito
Duração do abuso por longo período	Aumenta a gravidade
Proximidade do vínculo vítima e agressor	Aumenta a gravidade
Diferença entre a idade da vítima e perpetrador	Maior diferença, mais grave
Vários abusadores	Aumenta a gravidade
Apoio por parte dos familiares na revelação	Diminui a gravidade
Danos físicos graves	Aumenta a gravidade
Coito com penetração	Aumenta a gravidade
DST	Aumenta a gravidade
Gravidez	Aumenta a gravidade
Grave ameaça	Aumenta a gravidade

**Quadro 2** - Fatores que contribuem para a gravidade do trauma pós-violência sexual.

Avaliar o dano psicológico é um desafio para os serviços de responsabilização brasileiros. Pesquisadores concordam que as variáveis nas funções sexuais sejam menos consistentes, dificultando sua quantificação e consequente avaliação (BRUNSCHOT; BRANNIGAN, 2002; FINKELHOR, 1986).

### 3.3 Violência sexual e gravidez na adolescência

O setor saúde é apontado como um local propício para se intervir e interromper os ciclos de violência interpessoal através da identificação precoce de situações de risco, diagnosticando os casos através dos sinais e sintomas, que muitas vezes são difíceis de serem demonstrados.

Na busca em tornar visível o problema da violência sexual vivida pelas crianças e adolescentes nas sociedades atuais, este estudo desenvolve uma discussão do tema sob diferentes olhares, na tentativa de revelar algo muito freqüente e que nos parece muitas vezes invisível. Para tanto foi escolhido para aprofundar o debate, uma outra forma de apresentação da violência sexual contra

crianças e adolescentes, freqüente, porém não menos invisível. A violência sexual em mães menores de 14 anos, residentes no Recife.

Neste estudo procura-se discutir aspectos sociais relacionados às ocorrências de eventos de morbimortalidade de crianças e adolescentes vítimas de violência interpessoal, em especial a violência sexual, na faixa etária de até 14 anos de idade. Considerando as dificuldades de abordar o tema, não só na obtenção de dados explicada por diversos fatores citados na atual revisão. Ressalta-se ainda que esta faixa etária, somente foi incluída nos indicadores de fecundidade publicados, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir do censo do ano 2000. Informações sobre o exato destino dessas gestações ainda é pouco conhecida mesmo em países desenvolvidos (IBGE, 2000).

No Recife são escassas as informações quanto a esta questão. Porém, o Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) oferece a possibilidade de se conhecer o perfil das mães, em todas as faixas etárias em todo território nacional. A partir deste sistema foi possível fazer um diagnóstico da realidade atual dos nascimentos de crianças de mães menores de 14 anos e aprofundar este conhecimento, com a realização de pesquisa e efetivação de estratégias vinculadas ao programa saúde na família, de visitas domiciliares na perspectiva de fazer a vigilância desse evento.

A experiência tem mostrado dificuldades em abordar o tema sexualidade e direitos reprodutivos na adolescência, tornando-se bem mais difícil quando se trata da faixa etária dos 10 até 14 anos de idade. A escassez de dados sobre a vida sexual e reprodutiva não significa que não exista uma vida sexual e reprodutiva nesta faixa etária, onde as questões referentes à sexualidade são complexas e devem ser abordadas com cautela.

O conceito de adolescência é relativamente recente, surgiu nos fins do século XIX nos países ocidentais e serviram para designar um grupo específico da população jovem pertencente em geral a um nível sócio econômico elevado, que tinham uma preparação prolongada de sua infância antes de assumir a idade adulta (MOYANO; GUZMÁN; CONTRERAS, 2001).

Nos dias atuais a fase de adolescência é aquela que se situa entre a infância e a idade adulta, se consolidando como um período de idade particular da vida, com identidade própria e com necessidades específicas (MOYANO; GUZMÁN; CONTRERAS, 2001).

Para Seixas (1999) a adolescência é marcada por acontecimentos psicossociais, que acompanham as transformações biológicas ocasionadas pelo advento da puberdade, com transformações corporais e pela maturação do pensamento abstrato. É nessa etapa de transição que o indivíduo percebe a mudança de se relacionar com seus pais, com o mundo e consigo mesma.

Nessa fase o indivíduo está construindo uma identidade própria, experimentando uma multiplicidade de identificações, às vezes contraditórias entre si. Durante esse período de instabilidade cabe a família, em especial os pais estabelecer limites e orientar esse processo de descoberta, para que ele seja feito com segurança, sem que possa levar a uma situação de prejuízo a saúde física e mental (ABERASTURY; KNOBEL, 2000; SEIXAS, 1999).

É exatamente neste período de fragilidade que acontece a violência sexual, causando sério comprometimento no desenvolvimento psíquico, e que não pode ser vista como um episódio isolado, na vida dessas crianças e adolescentes. É dentro dessas famílias que ocorrem as primeiras relações afetivas, que irão construir e influenciar as suas relações futuras.

Ainda de acordo com Seixas (1999) famílias que são permeadas por relações abusivas, onde há grandes desigualdades hierárquicas entre pai e mãe ou filhos, geram relações violentas, produzindo subjetividades marcadas por conflito e sofrimento psíquico.

Madeira e Wong (1988) observam que as mudanças nos valores e costumes observados nas sociedades ao longo do tempo, refletem nos hábitos e na dinâmica das relações familiares, levando a uma reestruturação das regras comportamentais, abrindo possibilidades para uma iniciação sexual precoce, principalmente para as meninas, ampliando-se as possibilidades reprodutivas nesse período de vida.

A sexualidade humana como qualquer outro tipo de interação entre duas ou mais pessoas, é regida por leis e costumes culturais das sociedades, que garantem o convívio social. Segundo Cohen (1993 apud SEIXAS, 1999), a sexualidade é uma produção social e cultural, compreendida como um somatório de instinto sexual e pulsão sexual; sendo o instinto definido como: “um comportamento hereditário próprio dos seres vivos” enquanto a pulsão sexual é “caracterizada como uma carga genética que faz com que o indivíduo tenda a um determinado fim sexual, que pode ser variável e cujo objeto sexual não está determinado biologicamente”.

O autor defende que, as transformações dos instintos animais aconteceram com o desenvolvimento sexual do ser humano, por meio das mudanças sociais, que foram ocorrendo durante a história da humanidade. Essas transformações teriam ocorrido no final do período neolítico, com a descoberta da agricultura, período este em que provavelmente estabelece o que Freud chamou de tabu do incesto (COHEN, 1993 apud SEIXAS, 1999).

Cohen e Fígaro (1996) definiram a relação sexual como um tipo particular de relação social que possui limites individuais e sociais. Os parâmetros sociais sofrem variações dependendo da época e da cultura, podendo ou não ser aceitos pelos indivíduos. Muitos conflitos sexuais surgem da não aceitação dos tabus que a sociedade criou sobre a sexualidade humana, gerando certa dificuldade para se pensar o que pode ser normal ou patológico, em uma relação sexual. Assim, as relações humanas são determinadas pela cultura, que sofre constante interferência do ser humano.

Vários fatores têm contribuído para a mudança do comportamento sexual e social da população jovem: menor controle das famílias sobre os adolescentes, a utilização de métodos contraceptivos, exploração da sexualidade pela mídia. Um outro aspecto que tem sido motivo de grande preocupação é a tendência mundial a iniciação cada vez mais precoce e de forma mais pesada do uso abusivo de drogas (DIAZ; DIAZ, 1999; SANTOS JUNIOR, 1999).

Na tentativa de analisar as dimensões sociais e legais da gravidez na adolescência e sua relação com violência sexual recente ou em algum período da infância ou adolescência, vislumbra-se a necessidade de diferenciar os contextos sociais a serem estudados, quando se pretende compreender fenômenos referentes à sexualidade, à reprodução e as relações de gênero. Uma vez que o nosso olhar se defronta com um contexto sócio econômico e cultural bastante hostil (CAVASIN, 2004).

Este estudo parte da premissa que a saúde reprodutiva em adolescentes só pode ser entendida dentro de um contexto social e cultural em que vivem essas adolescentes. A gravidez na adolescência faz parte de um conjunto de valores socialmente construído, nas diversas culturas.

Observa-se neste estudo crianças e adolescentes vivendo em condições de subalternidade, sem ações institucionais que dêem conta da especificidade do recorte etário onde elas se inserem (mães menores de 14 anos), com uma história

de vida sexual ativa precoce e numa atmosfera de violência sexual, fruto de ações *naturalizadas* de uma sociedade machista, e de pouco investimento no enfrentamento desta realidade. Este quadro demonstra a contradição vivida por essas mães adolescentes entre ter os direitos garantidos pela Constituição Federal e pelo ECA e a garantia do acesso a esses direitos, diante da realidade que vivem (CAVASIN, 2004).

### **3.4 Violência sexual: o que diz a lei e as práticas**

Nas últimas décadas a preocupação com o tema gravidez na adolescência ganha prioridade e se configura um problema de saúde pública. No Brasil a gravidez na adolescência está em torno de 25% do total das gestantes, caindo de mais de cinco filhos por mulher, na década de 1970 para 2,5 filhos na última década, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 2000. Entretanto na faixa etária de 15 a 19 anos, a fecundidade aumentou ligeiramente na década de 90, e o aumento é ainda maior na faixa de 10 a 14 anos (DIAZ; DIAZ, 1999). Observa-se nos anos 2000 a 2008 uma diminuição na taxa de gravidez na adolescência no Recife (RECIFE, 2008b)

Os brasileiros de 10 a 14 anos correspondem a 10% da população. O incremento das gestações nessa faixa etária aponta para uma multicausalidade, destacando-se que, a idade média da menarca vem apresentando uma tendência de queda ao longo dos anos, processo de migração/urbanização, menor controle das famílias sobre os adolescentes, mudança nos costumes e valores, violência sexual, exploração da sexualidade pela mídia, condições socioeconômicas, e baixa escolaridade (COLLI, 1985; MOYANO; GUZMÁN; CONTRERAS, 2001; RECIFE, 2008b; SANTOS JUNIOR, 1999; TANNER, 1962).

Nas causas de gravidez precoce deve-se levar em consideração a possibilidade de ter ocorrido em situação abusiva, caracterizando a violência sexual. A violência sexual apresenta como uma das consequências o início precoce da atividade sexual, inclusive a promiscuidade e exploração sexual. Conhecer melhor o quanto esse momento é importante para a adolescente, para seu futuro, e das novas

gerações, é fundamental para que sejam asseguradas políticas públicas protetoras (SEIXAS, 1999).

A saúde reprodutiva, as complicações da gestação, parto, puerpério, na gravidez precoce e muitas vezes indesejada, representam um conjunto de causas que vulnerabilizam as adolescentes jovens, roubando-lhe vidas e oportunidade de um pleno desenvolvimento a que tem direito.

Para garantir a proteção integral das crianças e adolescentes, existe toda uma legislação que normatiza e orienta. A Constituição Federal Brasileira de 1988 coloca, no seu artigo 227, dentre suas leis maiores: é dever da família, da sociedade do Estado, assegurar, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração e violência (BRASIL, 1988).

Em 13 de julho de 1990, foi sancionada a Lei Federal 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e o Adolescente (BRASIL, 2001a). Este estatuto veio regular, no âmbito infraconstitucional a situação jurídica dos indivíduos até 18 anos. O ECA adequa a legislação ao texto da constituição Federal de 1988, de acordo com as diretrizes internacionais dos direitos humanos universais, revoga democraticamente o código de menores. Apesar de todos esses avanços, observa-se que nesse instrumento não há dispositivo legal que especifique os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes.

O conceito de direitos reprodutivos e sexuais consolidado na Conferência Internacional para População em Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, compreende esses direitos como: o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, o acesso aos serviços de saúde que assegurem informação, educação e meios tanto para a regulação da fecundidade, quanto para a manutenção da saúde no processo de gravidez, parto e puerpério (INTERNATIONAL CONFERENCE ON POPULATION AND DEVELOPMENT SECRETARIAT, 1994; PIOVESAN; PIROTTA, 1998).

Uma análise do ECA, desenvolvida por Pirotta e Pirotta (1999) destaca que nos artigos, 3º, 5º, 15º, 17º, e 18º, refere-se aos direitos sexuais e reprodutivos, estes se apresentam de forma genérica, contém preceitos relativos ao respeito e à integridade física e moral da criança e adolescente. O artigo 18º torna dever de



todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de tratamentos desumanos, violência, constrangimentos.

Os artigos 74º a 79º, contém preceitos de como preservar a criança e o adolescente da exposição de espetáculos e publicações de natureza pornográfica e obscena, e o artigo 82º, refere a obrigatoriedade da autorização dos pais ou responsáveis, durante a hospedagem da criança e adolescente em hotel, motel e pensão ou estabelecimento congêneres, enfrentando desta forma o problema da exploração sexual e o turismo sexual. Os artigos 240º e 241º atacam diretamente o problema da pornografia infantil, proíbe a utilização de crianças e adolescentes em cenas de sexo explícito ou pornográfico, nas representações teatrais, cinematográficas e televisivas. Reconhece a criança e o adolescente como sujeito de direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, além da proteção integral, de que trata o próprio estatuto (PIROTTA; PIROTTA, 1999).

O artigo 7º do Estatuto especifica que a criança e adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, cabendo ao estado a efetivação de políticas voltadas para o seu desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. O artigo 11º assegura o atendimento médico à criança e adolescente através do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário às ações de serviços para promoção, e proteção e recuperação da saúde (PIROTTA; PIROTTA, 1999).

Em seu artigo 12º, o Estatuto da Criança e do Adolescente diz que os estabelecimentos de atendimento a saúde deverão proporcionar condições para permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças ou adolescentes (PIROTTA; PIROTTA, 1999).

O artigo 13º do estatuto determina que casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes serão obrigatoriamente notificados ao conselho tutelar da respectiva localidade. Reforçando ainda mais a proteção das crianças e adolescentes, o Estatuto no seu artigo 130º prevê a possibilidade da autoridade judiciária determinar cautelarmente o afastamento do agressor da moradia comum, em caso de abuso sexual, entre outras agressões praticadas pelos pais ou responsáveis (BRASIL, 2001a).

Diante de toda uma legislação vigente, observa-se que existe certa dificuldade em assegurar o que está proposto. Na realidade existe um marcante descompasso entre o que está previsto na lei, e o que de fato é efetivado pelo poder público responsável, como também pela sociedade.

De acordo com o relatório do estudo “Gravidez de adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade social” desenvolvido pela ECOS, em 2004, em 5 capitais brasileiras, incluindo o Recife, há uma forte relação da gravidez na faixa etária de 10 à 14 anos com situações de abuso e violência sexual. E que muitas vezes a gravidez torna-se a primeira oportunidade de uma denúncia, uma vez que muitas dessas crianças e adolescentes foram vítimas a muito mais tempo de violência sexual (CAVASIN, 2004).

Em todos os tempos, o domínio do mais forte sobre o mais fraco foi exercido sob diversas formas de poder, nas diferentes esferas da sociedade. Historicamente as desigualdades entre sexos masculino e feminino, tendem a reforçar a concepção de que o homem tem o direito de manter relações sexuais com uma mulher sem considerar o seu consentimento e respeito a uma decisão contrária (CAVASIN, 2004; PFEIFFER; SAVAGNI, 2005).

No caso das adolescentes, essa assimetria tende a ser agravada pela falta de autonomia e de conhecimento, em função da idade e ainda pelo medo, e poder exercido sobre esta pessoa. É amplamente reconhecido que, a violência sexual nas suas variadas formas, é uma das mais cruéis formas de violência praticadas contra crianças, adolescentes e mulheres (HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; SPENCER; FLIN, 1993).

A violência sexual é de caráter íntimo e relacional, sendo por isso mais grave, por ser organizador de estruturas psíquicas e sociais, principalmente nos casos de longa duração, bem como na exploração sexual comercial (FALEIROS; FALEIROS, 2001). Os danos físicos, emocionais e sociais decorrentes dessa violência se apresentam em níveis de gravidade variável, conforme apresentado anteriormente neste estudo.

O Código Penal Brasileiro estabelece como marco para a caracterização da violência presumida, a idade de menores de 14 anos de idade. Embora a lei esteja em vigor, exercê-la de modo a preservar os direitos sexuais e reprodutivos das crianças e adolescentes, não parece está muito bem definido no Estatuto da Criança e do Adolescente (CAVASIN, 2004; OLIVEIRA, 1987; PIOVESAN; PIROTTA, 1998).

Diante de todas as dificuldades apontadas para identificação da violência sexual, mesmo nos casos de gravidez em menores de 14 anos, este estudo procura aprofundar o debate, favorecendo que sejam implementadas ações de vigilância às

mães na faixa etária de 10 a 14 anos, residentes no Recife, na tentativa de resgatar os direitos de cidadania.

No caso da gravidez em menores de 14 anos, a sua problematização no campo da pesquisa, da intervenção nos serviços de saúde pode seguir diversos caminhos, em função dos valores que é assumido na tomada de decisões. Pesquisas clínicas demonstram o problema de uma gravidez precoce, em especial nesta faixa etária, vão além do comprometimento biológico, e emocionas presentes na maioria dos casos. O desempenho escolar é notadamente prejudicado, diminuição no padrão de vida e problemas futuros profissionais, além de se confrontar diretamente com as proteções legais vigentes, como por exemplo, os direitos sexuais e reprodutivos, e o trabalho doméstico infantil (DIAZ; DIAZ, 1999).

É necessário discutir este tema levando em consideração os novos padrões comportamentais, os preconceitos, porém não se pode furtar de uma realidade apontada por pesquisas atuais, onde confirma a forte associação desta gravidez com a violência sexual, mesmo sem levar em consideração que nesses casos, pela própria idade já se trata de violência sexual presumida (CAVASIN, 2004).

A pesquisa da ECOS em 2004 no Recife, descreve que a gravidez na adolescência ocorre mais por uma relação marcada pela assimetria das relações de gênero (CAVASIN, 2004). Muitos parceiros requerem das jovens uma prova de amor, além de terem maior poder de convencimento, mantendo uma relação assimétrica e desigual. Nessa faixa etária as meninas não têm maturidade suficiente no jogo da sedução, ainda não existe o interesse pelo sexo, sendo comum a ocorrência de coação, processo mais caracterizado pela exploração do que pela sedução.

Na perspectiva de aprofundar o debate, o capítulo seguinte apresenta a contribuição das perícias legais na elucidação dos casos de violência sexual. Apesar dos investimentos nos serviços de investigação forense, existe uma pluralidade de metodologias, especificidades no atendimento, qualificação dos recursos humanos, específicos de cada região que dificulta o descortinamento dessa violência.

### **3.5 A contribuição das perícias sexológicas do IMLAPC na visibilidade do problema**

Este estudo propõe aprofundar a discussão da invisibilidade da violência sexual sob a ótica legal, ao analisar as perícias sexológicas em menores de 18 anos, realizadas no IMLAPC, no ano de 2005 e a contribuição das mesmas na elucidação dos casos notificados.

A violência sexual, além de ser uma situação traumática, pode ocasionar doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce e/ou indesejada. A gestação, o parto e o nascimento de uma criança concebida em decorrência de um estupro causam vários transtornos à saúde física e psíquica das vítimas (BRASIL, 2001b; HABIGZANG et al., 2005).

A veracidade ou falsidade da violência sexual deve ser investigada, confirmada e responsabilizada. Os casos de violência sexual devem ser analisados sob o ponto de vista dos direitos, da criança e do adolescente vítima. A questão da força e ou coerção são importantes quando se trata deste tipo de violência, alguns são claramente decorrentes de atos de força como exemplo: o estupro, outros são decorrentes de manipulação emocional, coerção, gratificações.

Na maioria das situações o jogo da força das emoções supera qualquer resistência por parte da criança e ou adolescente. A violência é apropriadamente descrita como abuso de poder. Nos casos em que envolve coerção, a diferença de idade tem que ser levada em consideração, se não é possível definir precisamente. Claramente, casos de violência sexual entre crianças de idade similar não se configura violência, mas quando envolve coerção, as situações são percebidas diferentemente (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997).

Relatos de serviços de assistência às vítimas de violência no Reino Unido referem que freqüentemente na prática clínica só se definem os casos de violência sexual, após longo período de discussão. Surpreendentemente, pouca informação é recolhida no sentido de definir o que é normal ou anormal em termo de comportamento sexual entre familiares. Os casos suspeitos de violência sexual são notoriamente difíceis de serem investigados, conduzidos e até mesmo diagnosticados pelos serviços em geral (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999). As divergências entre os

profissionais especialistas em reconhecer os sinais anogenitais, é comprovada na dificuldade de executar procedimentos legais. É um desafio que precisa, urgentemente, ser superado pelos médicos legistas e todo o setor responsável pela responsabilização deste crime (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997).

### 3.5.1 Definição dos termos médico-legais

As definições legais da violência sexual variam com a legislação de cada país. No Código Penal Brasileiro em vigor desde 1940, sobrevivendo até os dias de hoje, embora tenha sido reformado em sua parte geral em 1984 e outras alterações posteriores. Os crimes sexuais se situam no Título VI dos crimes contra os costumes, nos capítulos I e II dos crimes contra a liberdade sexual. Esses crimes são considerados de ação privada, que dependem exclusivamente da iniciativa da vítima para abertura do processo criminal, exceto nas seguintes condições: a) estado de miserabilidade da vítima (Art. 225, ação é promovida pelo Ministério Público; b) crime cometido com abuso de pátrio poder ou na qualidade de padrasto, tutor ou curador (Art. 225, a ação é promovida pelo Ministério Público) e, c) ocorrência de lesões corporais graves ou morte da vítima (OLIVEIRA, 1987; TORRES, 1999).

Quando a vítima for criança (até 12 anos) e adolescente (entre 12 até 18 anos), a suspeita ou confirmação da violência sexual deve ser obrigatoriamente notificada ao Conselho Tutelar da localidade, ou Delegacias ou Ministério Público, sem prejuízos de outras medidas legais de acordo com o Estatuto.

É estratégico conhecer as leis vigentes, códigos, estatutos, fluxos, serviços de apoio à justiça, analisando quanto e como os mesmos apontam numa direção correta na garantia da proteção física e mental das crianças e adolescentes e no bem estar das famílias (FALEIROS, 2003).

São muitas as terminologias utilizadas para conceituar as diferentes modalidades de crimes sexuais. Todas apresentam dificuldade em atender os aspectos médicos legais e éticos que esses crimes envolvem. Não há consenso entre os especialistas na área e as diversas denominações têm sido utilizadas

diferentemente por diversos autores, muitas vezes dificultando o próprio entendimento da violência praticada (DREZETT, 2000).

Atualmente os termos abuso, violência sexual, agressão, sevícias, maus tratos sexuais, assalto sexual, são utilizados de forma ampla e genérica, mesmo que entendido como categorias diferenciadas, não alteram na conduta clínica a ser adotada em cada condição específica. Alguns autores utilizam o termo abuso quando se refere aos casos que não houve penetração, não é o entendimento da maioria das publicações sobre o tema. Portanto é necessário definir o termo que está sendo aplicado. Neste estudo os termos acima citados, são entendidos como violência sexual e classificados nas suas diversas formas conforme discutido no capítulo anterior de definição e categorias da violência sexual (FALEIROS, 2000; HOBBS; HANKS; WYNE, 1999; HUFFMAN, 1980; MURAM, 1992).

O Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940) tem suas próprias definições e tipifica os crimes sexuais como: estupro, atentado violento ao pudor, atentado ao pudor mediante fraude, corrupção de menores, contágio venéreo e aborto. As definições específicas para crianças e adolescentes vítimas de crimes sexuais estão referidas nos Art. 218-corrupção de menores, no Art. 224- presunção de violência e no Art. 136, crime de maus tratos.

No referido Código, o **estupro** está definido no Art. 213 como o ato de “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. Entende-se por violência o emprego da força física capaz de sobrepujar a resistência da vítima e por grave ameaça a promessa de efetuar tamanho mal, capaz de impedir resistência e conjunção carnal, a penetração do órgão sexual masculino na vagina (BRASIL, 1940).

O **atentado violento ao pudor** (AVP) consta no seu Art. 214 como o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”. É caracterizado por diferentes formas como toques impudicos (manobras digitais, beijos eróticos), masturbações, coito anal e oral. O Art. 215 considera como crime de **posse mediante fraude** ter conjunção com mulher virgem, menor de 18 e maior de 14 anos. No Art. 216 o crime **de atentado ao pudor mediante fraude**, consiste em induzir alguém, mediante fraude, a praticar ou submeter-se à prática de ato libidinoso diverso da conjunção carnal. No capítulo II o Art. 218 define como **corrupção de menores** o ato de corromper ou facilitar a corrupção de pessoa maior

de 14 e menor de 18 anos, com ela praticar ato de libidinagem ou induzi-la a praticá-lo ou presenciá-lo (BRASIL, 1940).

O Código Penal Brasileiro no seu Art. 224 considera **presunção da violência**, as seguintes condições: se a vítima é menor de 14 anos, é alienada ou débil mental, e o agente conhecia a circunstância, e não pode por qualquer outra causa, oferecer resistência. Entre as principais causas impeditivas para a vítima oferecer resistência destaca-se os casos de idade avançada, embriaguez, hipnose, enfermidades debilitantes e deficiências físicas limitadoras (BRASIL, 1940). Esse dispositivo estabelece como marco para a caracterização da violência presumida, a idade de menor de 14 anos. Mesmo que a menina consinta, qualquer ato sexual é considerado violência presumida, determinado pelo princípio legal da *innocencia consilii*, entendida como a completa falta de entendimento em relação aos fatos sexuais, mesmo que a criança ou adolescente concorde com o contato sexual, o “consentimento” é destituído de valor (BRASIL, 1940).

**Maus tratos**, Art. 136, é definido no Código Brasileiro como, expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-se a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina (BRASIL, 1940).

Em 2005 o crime de **sedução** foi revogado no Código Penal, assumindo a nomenclatura de corrupção de menores. Tornou-se socialmente muito difícil assumir a definição de sedução. A própria lei limitou-se a situá-la como o aliciamento hábil e manhoso da vontade da virgem adolescente, no intuito da obtenção do ato sexual através de falsas juras de reparação. Havendo a violência descaracteriza a sedução e configura o estupro. A sedução tem como fundamento a prática sexual não-violenta em menores virgens (FRANÇA, 2001).

**Contágio venéreo** é expor alguém, por meio de relações sexuais ou qualquer ato libidinoso, a contágio venéreo, de que sabe ou deve saber que está contaminado.

O abortamento pós-estupro é permitido por lei, conforme o Art. 128, inciso II do Código Penal, quando resultante de atentado violento ao pudor, os casos são tratados por analogia (PINTO; WINDT; SIQUEIRA, 2001).

O Aborto é considerado a perda do produto da gestação, em qualquer momento ao longo do processo gravídico, quer por mecanismo espontâneo ou

provocado, cujo produto eliminado pode ser o ovo, embrião ou feto, conforme a idade gestacional. No conceito penal o abortamento criminoso, é considerado como sendo a morte dolosa do feto no útero ou sua violenta expulsão do ventre materno, pela qual se dá a morte do feto (VANRELL, 2001).

O **aborto** é uma conduta legalmente típica, descrita na lei penal como criminosa. No caso do abortamento, duas situações estão previstas no Código Penal Brasileiro, no Art. 128, aborto pós estupro (sentimental) e se não há outro meio para salvar a vida da gestante (necessário), ambos afastam a antijuricidade da conduta típica e não constituem crime (TORRES, 1999). Nos casos de gravidez decorrente de estupro (ou por analogia decorrente do atentado violento ao pudor), somente o médico pode praticar o abortamento, sem exceções admissíveis. Para realização do mesmo é necessário o consentimento da gestante, ou de seu representante legal. A decisão pela realização da interrupção é de responsabilidade do serviço de saúde, não havendo necessidade legal de obtenção de alvará judicial (BRASIL, 1999; FAÚNDES; ANDALAF NETO; FREITAS, 1999).

O médico deve avaliar a gestante, a data da última menstruação, o exame ultrassonográfico, a idade gestacional, e decidir, juntamente com a equipe responsável, que tipo de procedimento deverá ser realizado para a interrupção da gravidez. É de responsabilidade e dever do serviço de saúde, prestar a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei (BRASIL, 1999; RECIFE, 2008a).

**Verificação de abortamento** consiste em detectar sinais recentes e de certeza da existência de embrião.

Atualmente o Recife dispõe de 6 serviços públicos de saúde que oferecem a possibilidade de abortamento legal e seguro para as vítimas de violência sexual, seguindo as normas definidas pelo Ministério da Saúde, no qual prevê as escolhas das técnicas de acordo com o tempo da gestação. De acordo com o protocolo de assistência integral à mulher e adolescente vítima de violência doméstica do Recife, é responsabilidade do profissional de saúde, está atento quanto à possibilidade de um membro da família está praticando ou sendo vítima de violência, mesmo, que, à primeira vista, não haja indicações para suspeitas. Observações feitas através de visitas domiciliares, perguntas indiretas ou diretas, dirigidas a alguns membros da família, podem ser úteis para constatar a violência, se houver um cuidado e uma escuta voltada para estas questões (RECIFE, 2008a).



O protocolo recomenda que é de responsabilidade dos profissionais de saúde, oferecer orientação e suporte para que a vítima possa compreender o processo que está vivendo, salvo em situações de risco iminente, ou quando a vítima não tenha capacidade de tomar decisões. Todo esse processo de atendimento deve ser feito pelos profissionais de saúde, mantendo-se a preocupação com a ética, qualidade da intervenção e suas conseqüências. Devendo-se garantir o sigilo, segurança a intervenção, sem o aumento do dano, o respeito ao tempo, ritmo e decisões das pessoas e a consciência do impacto da violência sobre si mesma (RECIFE, 2008a).

A mulher grávida decorrente de estupro deve receber informações sobre seus direitos e as alternativas existentes, com relação a levar a gravidez a termo ou interrompê-la. No caso da gestante ser menor de idade (faixa etária menor de 18 anos), os pais ou responsáveis. Discutem-se as alternativas possíveis para os casos, desde a possibilidade de levar a gestação a termo ou interrompê-la. No primeiro caso, deverá ser discutida a possibilidade de dar a criança para adoção. Neste caso, ela terá que saber que é necessário abrir mão do pátrio poder em caráter irreversível e irrevogável.

A equipe de saúde não deve de modo algum, colocar suas impressões pessoais para influenciar ou coagir a mulher ou adolescente. Deve orientá-las sobre o processo de adoção e que a mesma, só poderá ocorrer após o nascimento da criança. Caso seja definido pelo aborto previsto em lei, nas situações já descritas anteriormente, o médico deve avaliar, através da data da última menstruação e do exame ultrassonográfico, a idade gestacional e decidir, juntamente com a equipe responsável, que tipo de procedimento deverá ser realizado para a interrupção da gravidez (RECIFE, 2008a).

Em todos os casos, para instauração de inquérito, a vítima deverá ser examinada por médico legista em busca de provas materiais para tipificação do crime. A tipificação do crime, mesmo para os operadores do direito é uma tarefa difícil, por ser o Código Penal permeado de elementos subjetivos que dão margem a interpretações diferentes, embora isso não signifique que se pode dispensar o discernimento e o bom senso de quem o coloca em prática (OLIVEIRA, 1987).

Dadas às definições legais, cabe analisarem-se as condições de identificação da violência sexual contra crianças e adolescentes, incluindo a suspeita, a revelação, o diagnóstico e os possíveis encaminhamentos. Na maioria dos casos as

vítimas de violência sexual são submetidas a principalmente dois tipos de exames médicos legais, verificação de estupro e o de atentado violento ao pudor.

### 3.5.2 Diagnóstico da violência sexual

Os profissionais que atendem as vítimas de violência têm dificuldade de confirmar os casos de suspeita de violência sexual, principalmente quando solicitados para auxiliar nas decisões jurídicas.

A violência sexual continua sendo de difícil diagnóstico, tendo em vista a síndrome do segredo que a envolve, o medo, a culpa, a não uniformização dos conceitos, entre outras razões e as suas múltiplas formas de apresentação, como: “carícias”, voyeurismo, manipulação dos órgãos genitais, pornografias, produção de fotos, masturbações, estupro, coito anal, coito oral, as diversas formas de exploração sexual (comercial, turismo sexual, produção de fotos, tráfico de pessoas para fins sexuais), que na maioria das vezes são inaparentes fisicamente, e invisíveis socialmente (HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; MINAYO; SOUZA, 2003; MORGAN; ZEDNER, 1992; SPENCER; FLIN, 1993).

Apesar de toda dificuldade na identificação desta violência, existe um consenso de que é preciso diagnosticá-la, para tanto é preciso definir padrões que possam contribuir nestas elucidações a luz do direito.

Gomes et al. (2002), em um levantamento das publicações científicas sobre o tema, refere ter encontrado apenas 14 publicações nacionais, colocando em debate as dificuldades para realizar um correto diagnóstico entre os profissionais responsáveis pelo atendimento destas vítimas.

Uma grande preocupação emerge da dificuldade em identificar o problema. As divergências entre os profissionais em reconhecer os sinais anogenitais e comportamentais são demonstradas nas dificuldades de executarem procedimentos legais, e também devido aos diversos pontos de vista para reconhecimento dessa violência entre os especialistas. Este desafio precisa, urgentemente, ser superado pelos setores responsáveis (ADED et al., 2006; GABEL, 1997; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; O'KEEFE, 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997).

Se uma criança de 10 anos de idade do sexo masculino for flagrada num intercurso anal com sua prima de 3 anos de idade, a criança de 10 anos não é sexualmente madura, mas é sexualmente capaz, embora com o desenvolvimento imaturo. Fato que se caracteriza por comportamentos inapropriados e podem ser entendidos como violação de direitos. Comportamentos sexuais apropriados e inapropriados para o desenvolvimento são difíceis de serem distinguidos, principalmente nos casos em que não ocorreu a revelação oral dos fatos e não se encontrou achados físicos. É crescente as pesquisa que apontam para a relação entre comportamento sexualizado, e sua relação com a violência sexual em crianças e adolescentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

É considerado comportamento sexualizado inapropriado quando ocorre com muita freqüência ou numa fase muito precoce do desenvolvimento apropriado, exemplo: garoto de 10 anos e uma garota de 2 anos brincando em público com seu pênis ou uma menina de 6 anos se masturbando repetidamente na escola. Quando o fato é acompanhado de coerção, força, intimidação como, por exemplo: uma criança de 4 anos de idade forçando outra a participar mutuamente de intercursos genitais, estes comportamentos podem ser considerados casos de violência sexual, e deverão ser tratados de acordo com as especificidades de cada local. É importante saber que esses sinais estão, muitas vezes, associados a distúrbios emocionais como: bulimia, anorexia, distúrbio do sono, agressividade e timidez (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O envolvimento de diversas categorias na identificação e no diagnóstico deste problema é um fato crescente. Profissionais como médicos legistas pediatras, enfermeiras, psicólogos e assistentes sociais, que atuam em unidades de saúde e de referência para o atendimento das vítimas, têm procurado se especializar neste tema. Por seu caráter íntimo e relacional, por ser organizador de estruturas psíquicas e sociais, principalmente nos casos de longa duração, a violência sexual deve ser investigada e responsabilizada pelas instituições competentes. Os danos físicos, emocionais e sociais decorrentes dessa violência são devastadores, portanto é fundamental intervir de forma a garantir que ele não mais aconteça (FALEIROS; FALEIROS, 2001; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999).

A revelação da violência sexual tem permitido retirar crianças e adolescentes de situações traumatizantes, é o que se observa em relatos das experiências francesas desde 1987 (GABEL, 1997). Estudos recentes têm apontado que as

estratégias utilizadas de serviços de apoio às vítimas de violência têm ajudado a minimizar os transtornos psicológicos a curto, médio e longo prazo (COFFEY, et al., 1996; JOHNSON; KENKEL, 1991).

A detecção de lesões físicas, principalmente genitais são consideradas fundamentais nos exames periciais. No entanto, poucos casos apresentam evidências materiais. Estudo realizado por O'Keefe (2004) na Escócia, mostrou que a interpretação dos achados anormais na genitália de crianças atendidas nas emergências dos hospitais, frequentemente estão em desacordo com a interpretação desses sinais quando examinados por peritos médicos legistas, especialistas na identificação dessas alterações.

A falta de critérios para o diagnóstico de violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, é um desafio de todos os pesquisadores e profissionais que lidam com este tema. As evidências médicas inequívocas não são apenas úteis ao processo legal e de proteção da criança, mas também possuem um grande valor terapêutico. Evitando assim que a criança ou adolescente venha a testemunhar novamente ou que por pressão dos familiares haja alteração no relato dos fatos (FURNISS, 1995).

A violência sexual contra crianças e adolescentes ocorre de diversas maneiras. Muitas dessas formas indicam a probabilidade, e uma grande quantidade nos orienta apenas a suspeitar que esta violência é uma possibilidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997).

Embora algumas crianças e adolescentes façam a revelação, o mais comum é a demonstração dessa violência através de sinais e sintomas, que podem surgir de diferentes formas, desde a ausência de sinais e sintomas até manifestação de sérios problemas físicos, emocionais e sociais. A pouca ênfase dada aos aspectos psíquicos é um agravante na abordagem dos casos no cotidiano dos serviços, uma vez que os danos mais frequentemente encontrados são nas esferas cognitiva, afetiva e social (FINKELHOR, 1986; FURNISS, 1995; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A metodologia utilizada pelos IMLs do Brasil, baseada numa concepção positivista da ciência, na causa/efeito, nas provas materiais, se constitui em importante entrave na comprovação dos crimes sexuais em suas diferentes formas (FALEIROS; FALEIROS, 2001). Os modelos dos laudos periciais se baseiam

unicamente nos achados de lesões físicas, ignorando a possibilidade de lesões emocionais e suas conseqüências a curto, médio e longo prazo.

Estudos revelam que a violência sexual tem repercussões na saúde mental de suas vítimas até a idade adulta. A mudança de comportamento e brincadeiras sexualizadas, tem sido a principal queixa por parte dos familiares e cuidadores na suspeição da violência sexual em crianças (ROBERTS et al., 2004). Diante destes casos deve-se fazer o diagnóstico diferencial com outras situações, que possam desencadear essas atitudes. Estudos descrevem uma variedade de achados considerados normais, demonstrando técnicas de exame, que ajudam a evidenciar o que são sinais físicos de violência sexual em crianças e adolescentes, a luz do conhecimento atual existente (MURAM, 1992; O, KEEFF, 2004; PILAI, 2005; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997).

O comportamento da criança e da família é o primeiro sinal para o qual o examinador deverá estar atento (FERRARI, 2002; GABEL, 1997; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; SILVA; SILVA, 2003). Em pesquisa realizada por Silva e Silva (2003), ao estudar o atendimento à criança em situação de violência sexual, realizado por profissionais da saúde, os sujeitos identificam a importância da avaliação do comportamento da criança para o diagnóstico.

Como já discutido, o exame pericial constitui-se de grande incômodo para a vítima. Por isso, a revelação requer o diálogo, uma abordagem acolhedora, humanizada e valorizada.

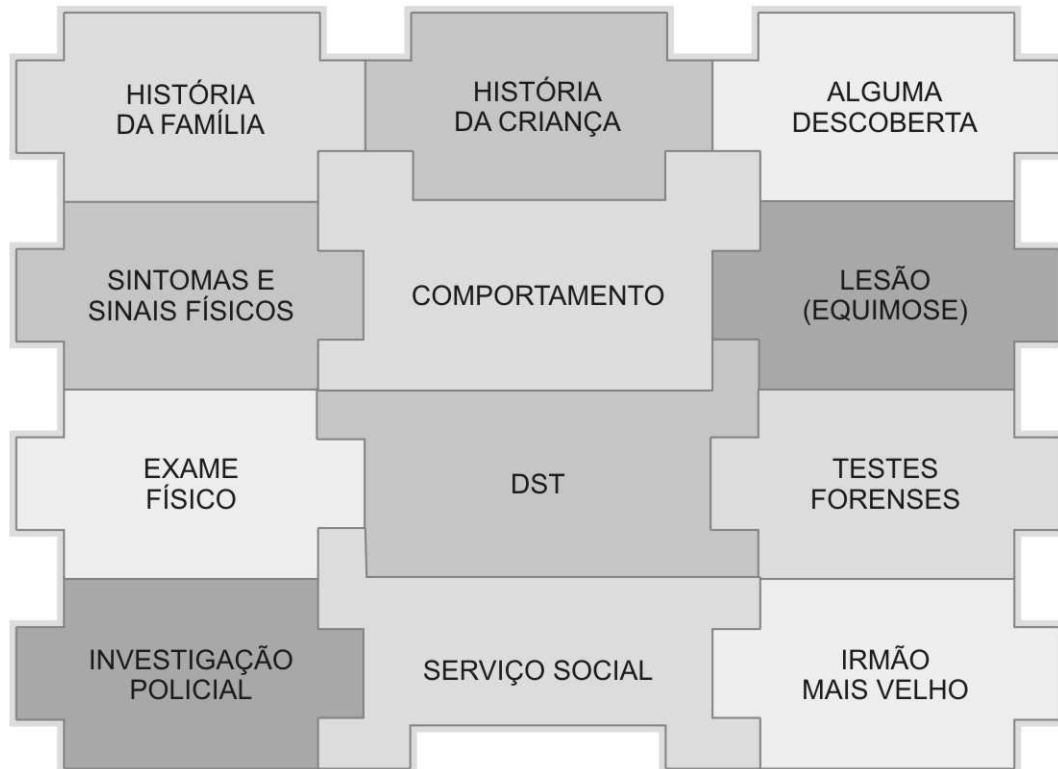
Mesmo médicos treinados para a entrevista e para o exame físico terão dificuldade em diagnosticar a violência sexual, em situações de:

- a) amnésia pós-traumática, que se caracteriza por uma dificuldade de fixar memórias relativas à violência, que pode estar presente em crianças menores, entre 3 e 10 anos de idade;
- b) a criança pode estar sofrendo ameaças e por isso não fará a revelação;
- c) o próprio tempo da criança.

A violência sexual apresenta indicadores físicos, comportamentais, sociais e psicossomáticos. Destacam-se como indicadores psicossomáticos, dor abdominal, enxaqueca, enurese, encoprese, constipação e múltiplas queixas vagas. Os indicadores comportamentais e sociais mais freqüentes são: dificuldade para dormir,

problemas escolares e no aprendizado, mudanças de comportamento, distúrbios alimentares, comportamento sexualizado/promiscuidade, exploração sexual, depressão, ansiedade, medo, fuga de casa, irritabilidade, auto-mutilação, suicídio, delinquência, comportamentos criminais, uso abusivo de álcool e outras drogas. Entre os indicadores físicos, os mais observados são: lesão genital inexplicada, vulvovaginites recorrentes, corrimento vaginal ou peniano, fissuras, laceração, dor sangramento anal e genital, equimoses, dor ao urinar, prurido, infecção do trato urinário, doença sexualmente transmissível, gravidez e muito raramente a presença de espermatozóide, tanto na área genital, como no corpo da vítima (FURNISS, 1995; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997, THOMAS et al., 2003).

O diagnóstico da violência sexual em crianças e adolescentes geralmente está baseado na história atual, na clínica, sinais e sintomas revelados, exame, físico e laboratorial. É importante juntar todas as informações disponíveis, interrogatórios policiais, achados forenses, do Serviço Social ou de outros atores envolvidos. Observa-se que pouco se aproveita dos intensos interrogatórios sofridos pelas vítimas. Raramente encontram-se lesões anogenitais sem uma história prévia de violência sexual. A Figura 2 abaixo apresenta as diversas etapas a serem seguidas pela equipe na construção do quebra-cabeça, em que cada situação apresentada vai complementando as sucessivas etapas na elaboração da conclusão diagnóstica (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1999; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999).



**Figura 2** - Etapas a serem seguidas pelos profissionais responsáveis pelo atendimento, na construção do diagnóstico de violência sexual contra crianças e adolescentes.

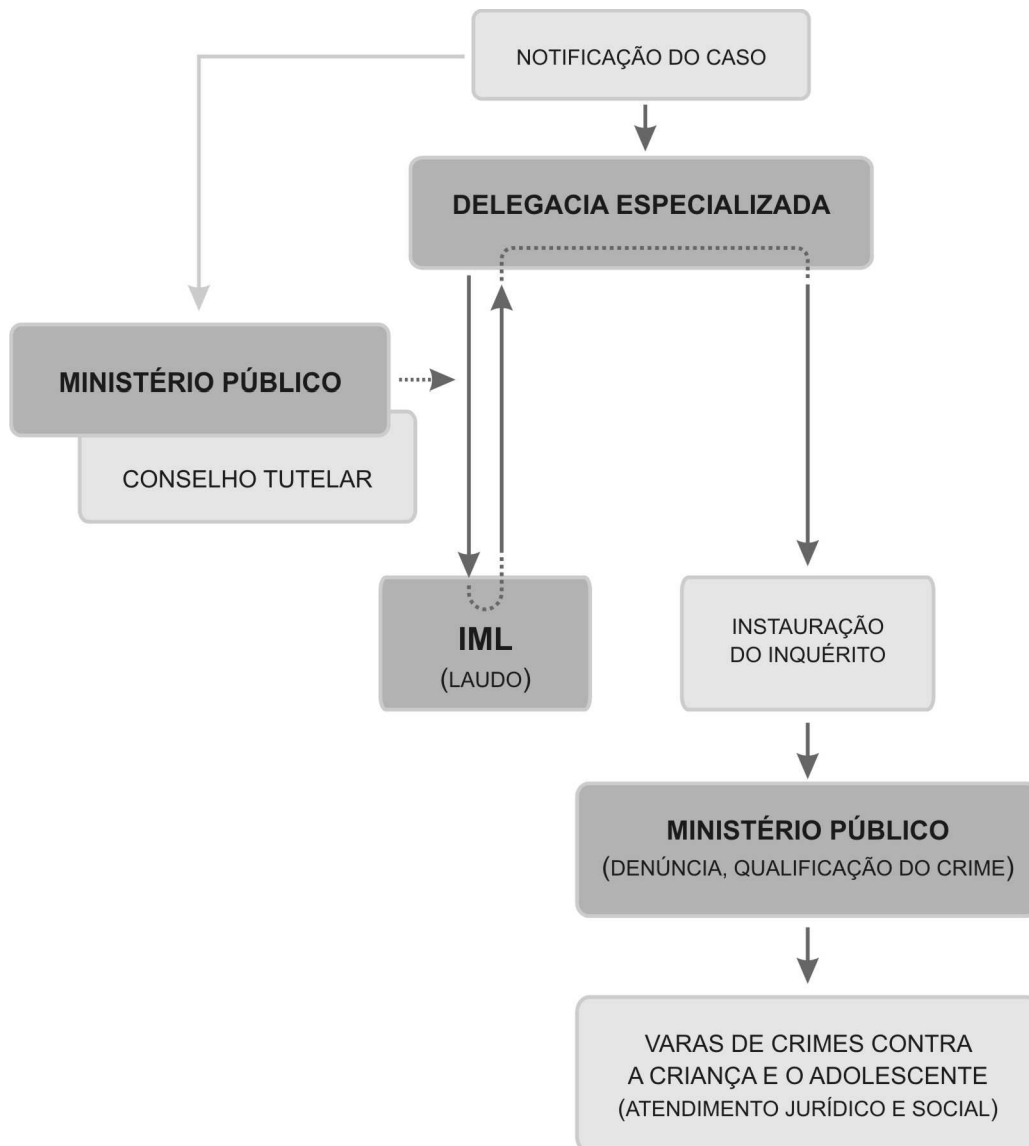
Os serviços não dispõem de técnicos capacitados, protocolos para se conduzir uma adequada entrevista que sirva como evidência legal. Os sinais físicos e comportamentais indicativos da molestação sexual são muitas vezes invisíveis e raramente diagnosticados. É importante salientar que a presença de um ou mais sinais apresentados, podem sugerir a violência, mas não necessariamente prova a sua ocorrência (HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997).

O médico legista deve estar atento para comportamentos apresentados durante todo o exame médico legal, a postura da criança, rejeição ou passividade da mesma, entre outras atitudes que poderão orientar no diagnóstico e condutas.

### 3.5.3 Caminhos a serem percorridos por um caso de violência notificada contra crianças e adolescentes

Os casos seguem um caminho previsto em lei, conforme demonstrado no fluxograma abaixo (Figura 3). Primeiramente a notificação é encaminhada ao Conselho Tutelar, Delegacia Especializada e/ou Ministério Público. A partir da delegacia os casos chegam ao IML através de ofício expedido por um delegado de polícia. Em todos os casos, para a instauração de inquérito a vítima deve ser examinada por médico legista em busca da prova material para tipificação do crime. A perícia é registrada e realizada de acordo com o tipo de crime solicitado pela autoridade policial, podendo ser feita mais de uma perícia em cada vítima. O laudo emitido pelo médico legista é encaminhado ao delegado, como resposta ao ofício. O inquérito policial é instaurado e se procede à apuração dos fatos com depoimentos da vítima e das testemunhas. O laudo do IML constará no processo como prova da violência, podendo ser positivo, negativo ou inconclusivo para a prova que se buscou através do exame. O relatório final da delegacia é encaminhado ao Ministério Público, que oferece a denúncia e qualifica o crime, encaminhando o caso a vara de crimes contra crianças e adolescentes, quando se dão os procedimentos judiciais com o atendimento jurídico-social (MENDONÇA, 2002; OLIVEIRA, 1987).

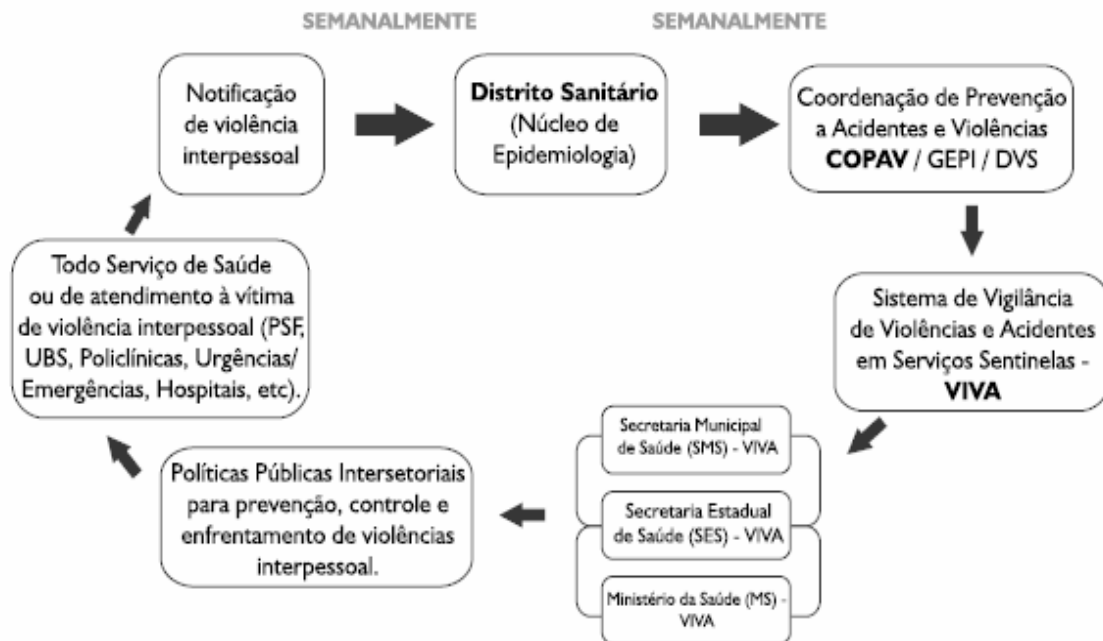




**Figura 3** - Fluxograma do caso suspeito de violência sexual.

Nos serviços de saúde, inseridos no fluxo do atendimento, os casos suspeitos de violência sexual contra crianças e adolescentes, além de seguirem a rotina adotada pelos sistemas de vigilância epidemiológica em cada localidade, devem ser notificados ao Conselho Tutelar, onde se dará os primeiros encaminhamentos, podendo ainda seguir para a Delegacia Especializada e para o Ministério Público, órgãos da defesa de direitos e da responsabilização, como demonstrado na Figura 4.

## Normatizações e fluxo da notificação da violência



**Figura 4** - Fluxo de Notificação da Violência Interpessoal nos Serviços de Saúde.

A cada dia os exames forenses são mais requisitados como prova material dos crimes sexuais. Profissionais preocupados com um melhor diagnóstico tentam elaborar protocolos, validar técnicas de exame, definir e classificar melhor os achados, na perspectiva de revelar o que foi observado no exame das vítimas de agressão sexual (ADAMS, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

### 3.5.4 A entrevista legal

A perícia médico-legal é uma situação particularmente estressante para periciados de todas as idades, especialmente para crianças. A natureza da perícia caracteriza ainda mais desconforto e constrangimento por se tratar de perícia sexológica. Por isso, a abordagem deve ser delicada, as perguntas iniciais devem ser as mais amenas possíveis e preferivelmente sobre questões de saúde geral e não diretamente sobre a violência.

No atendimento à criança e ao adolescente, recomenda-se uma atitude de acolhimento, na concepção recomendada pela Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2006).

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006, p. 35).

Conforme Ferreira (1999), acolher é dar acolhida a, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração. Todas essas ações validam a pessoa como sujeito, diferente do tratamento como objeto, que a situação de violência lhe impõe.

Furniss (1995), Gabel (1997), Pfeiffer e Salvagni (2005) chamam atenção para o relato da criança, por considerarem que as experiências sexuais relatadas são incompatíveis com seu estágio de desenvolvimento e com o tipo de vivências próprias da infância. Para Furniss (1995), a revelação da criança não é comum, por tratar-se de uma “síndrome de segredo”. O autor considera que a criança silencia devido a fatores externos, como ameaças do abusador, o medo de não ser acreditada e fatores internos, como a baixa auto-estima e o sentimento de culpa, desenvolvidos em decorrência do abuso. Deve-se levar em conta o fato de que muitas vezes a revelação da criança é parcial, pois ela não suporta reviver o sofrimento, que o relato proporciona, ou ainda teme as conseqüências da revelação para a dinâmica familiar. A criança encontra-se assustada e não tem certeza do merecimento desta confiança por terceiros, por isso ela “dá pistas”, que devem ser investigadas com cuidado e delicadeza.

A anamnese, em sexologia forense é de grande valor, pois representa um modo útil da avaliação psíquica da criança e adolescente. Autores recomendam que o perito não se deixe levar apenas pelo relato contido na guia policial, devendo observar, escutar, acreditar e registrar o que a criança e adolescente relata (HOBBS, HANKS; WYNNE, 2000; ROYAL COLLEGE OF LONDON 1997).

A Organização Mundial da Saúde (2003) recomenda que a realização da entrevista forense da criança e adolescente vítima de violência sexual, requer conhecimento especializado do processo de revelação e os problemas decorrentes

deste, sobre os métodos recomendados para a entrevista, de acordo com a fase de desenvolvimento da criança ou adolescente, incluindo linguagem, conceitos formadores, memória e sugestibilidade.

A história deve ser colhida na presença de uma pessoa conhecida da criança, para que ela se sinta mais segura. O entrevistador deve ter habilidade para a abordagem. Por se tratar de uma realidade freqüente em casos de violência intrafamiliar, Furniss (1995) recomenda estar atento para identificar a pessoa de confiança da criança, que pode ser outro familiar, uma professora, ou até o próprio profissional de saúde que acompanha a criança. O autor refere que em geral, a pessoa de confiança para a criança é aquela para quem ela primeiro fez a revelação.

Nos serviços de atendimento às vítimas de violência da Inglaterra, a entrevista tem um valor determinante no diagnóstico da violência sexual e no conseqüente processo de responsabilização. A anamnese é da competência de um assistente social, psicólogo e policiais devidamente treinados (GRÃ-BRETANHA, 1991). A experiência de serviços portugueses recomenda que a entrevista deva ser conduzida por perito médico legista e psicólogo forense (MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007). Para estas autoras, é fundamental que o primeiro profissional que realiza contato com a vítima faça intervenções mínimas, visando atender à situação de urgência clínica e médico-legal, preservando eventuais vestígios e formulando uma proposta de intervenção que objetive a orientação e proteção das vítimas.

Como essa abordagem deve ser de caráter interdisciplinar, é recomendável avaliar o momento oportuno para a realização da perícia, uma vez que os cuidados adequados de preservação dos vestígios (físicos, biológicos, e não biológicos), já foram cuidadosamente realizados.

O acolhimento adequado nessa situação pode diminuir os riscos de vitimização secundária, ou seja, as dificuldades adicionais resultantes involuntariamente do comportamento de pessoas que estão próximas a vítima, inclusive alguns profissionais, que agravam o sofrimento e as seqüelas das mesmas. Ao planejar estratégias investigativas, considere outras crianças (meninos e meninas) que podem ter tido o contato com o perpetrador alegado. Por exemplo, pode ser indicado examinar os irmãos da criança (HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999).

No entanto o que a prática revela como mais adequado, é que a anamnese seja realizada por um profissional devidamente capacitado, sensível e que siga

protocolos específicos para a obtenção de dados básicos relativos ao tempo, cronologia e sintomas diretamente relacionados ao trauma.

Os sucessivos interrogatórios presentes na rotina do sistema policial e judiciário, também produzem vitimização secundária ao se desconsiderar durante os processos legais condições particulares do desenvolvimento psicossocial da criança e adolescente (CEZAR, 2007; FURNISS, 1995).

Alguns instrumentos auxiliam no diagnóstico, como as "bonecas anatomicamente detalhadas". Vários autores concordam que as bonecas devem ser usadas por profissionais bem treinados e que seu uso isolado é insuficiente para avaliar se uma criança foi ou não sexualmente vitimizada (FURNISS, 1995; PFEIFFER; SALVAGNI, 2005). Souza, Assis e Alzuguir (2002) destaca a importância do jogo, com variadas justificativas. Como um instrumento de auxílio ao diagnóstico, tanto o jogo, como as bonecas anatomicamente detalhadas são técnicas que têm sido desenvolvidas para superação das dificuldades de comunicação com crianças pequenas. Também se considera que as crianças expressam-se melhor através dos jogos, pois estes criam um clima de descontração, propiciando ao examinador a oportunidade de observar os temas enfocados. Ainda, considera-se que o jogo infantil normalmente reflete a realidade da experiência da criança.

A Organização Mundial da Saúde (2003) publicou um guia para médicos-legistas, contendo um roteiro de entrevista para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, cujos principais tópicos estão listados abaixo:

Passos	Procedimentos
1	TODAS as crianças devem ser abordadas com sensibilidade extrema e reconhecidas e compreendidas em sua vulnerabilidade;
2	TENTE estabelecer um ambiente de tranquilidade e entendimento com a criança antes de começar a entrevista;
3	TENTE estabelecer o nível de desenvolvimento da criança a fim compreender todas as limitações, bem como a interação apropriada. É importante compreender que as crianças mais novas têm quase nenhum conceito dos números ou do tempo, e que podem usar a terminologia diferentemente dos adultos, que fazem a interpretação das perguntas e respostas, uma questão delicada;
4	IDENTIFIQUE-SE sempre como alguém disposto a ajudar;
5	PERGUNTE à criança se ele/ela sabe por que foi ao serviço (para o atendimento);
6	ESTABELEÇA as regras para a entrevista, incluindo a permissão para que a criança diga o que ele/ela não conhece, permissão para corrigir o entrevistador e a diferença entre a verdade e a mentira;

**Quadro 3** - Roteiro para os profissionais responsáveis pela entrevista das crianças nos casos de alegação de abuso sexual. *(Continua)*

Passos	Procedimentos
7	PEÇA que a criança descreva o que aconteceu, ou lhe está acontecendo, em suas próprias palavras;
8	COMECE sempre com as perguntas abertas. Evite conduzir as perguntas questionando diretamente a criança, fazendo isto somente quando a narrativa livre das perguntas abertas for esgotada. Os protocolos estruturados podem reduzir a polarização do entrevistador e preservar a objetividade;
9	AO PLANEJAR estratégias investigativas, considere outras crianças (meninos e meninas) que podem ter tido contato com o perpetrador alegado. Por exemplo, pode ser indicado examinar os irmãos da criança. Considere também entrevistar o cuidador da criança, sem a presença da criança.

**Quadro 3** - Roteiro para os profissionais responsáveis pela entrevista das crianças nos casos de alegação de abuso sexual. (Conclusão)

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2003).

Furniss (1995) identifica quatro tipos de pergunta, que se pode fazer na entrevista: as perguntas abertas, as perguntas fechadas, as perguntas de escolha e as perguntas hipotéticas. Considerando que o autor aborda a assistência interdisciplinar e em rede, inclusive para os operadores do direito, tal formato pode ser considerado para a elaboração de um roteiro para médicos legistas.

A entrevista deve buscar informações sobre a existência de ansiedade, insônia, medos, fobias, apatia, choro fácil sem motivo aparente, baixo rendimento escolar, enurese noturna, constipação intestinal, baixa auto-estima, comportamento sexualizado, extrema inibição, sinais e sintomas clínicos e outros sinais. Todos esses sinais devem ser avaliados, considerando o contexto (GABEL, 1997; GOMES et al., 2002; HABIGZANG et al., 2005; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; SILVA; SILVA, 2003).

### 3.5.5 O exame físico legal

A Identificação de achados que constituam provas médicas legais é de grande importância na violência sexual, tanto para a comprovação do crime como para identificação de agressores. Alguns tipos de violência sexual são difíceis de produzirem vestígios, exemplo, coito oral, anal, penetração nos lábios e não do hímen. A intensidade da força usada será determinante em certas circunstâncias. Lesões graves na área genital e anal são fáceis de diagnóstico, mas cicatrizes e sinais sutis de lesão são mais difíceis de serem interpretados (OSAKI et al., 1998; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997).

O sistema legal tem muitas expectativas que o exame médico forense dê o suporte aos casos notificados para que os mesmos entrem no sistema. A divergência entre os profissionais em reconhecer os sinais anogenitais é uma realidade que precisa ser urgentemente superada, pelos médicos legistas e todo o setor responsável (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997).

Na prática, achados físicos característicos de violência sexual são raramente encontrados em crianças. A maioria dos estudos refere que o exame físico é normal ou não específico nas violências sexuais de crianças principalmente na fase prepuberal (ADAMS et al., 1994). O exame genital normal não exclui a possibilidade da criança ou adolescente de ter sido violentada sexualmente. Embora na maioria dos casos o exame médico não irá confirmar nem refutar a alegação da violência sexual (FINKELHOR, 1986; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Conhecer e reconhecer a anatomia e a fisiologia constitui um pré requisito para a identificação de alterações, patologias, monitoramento e tratamento em toda extensão das ciências médicas, esse reconhecimento baseia-se na premissa de que para se restaurar o equilíbrio da função normal, ainda que esse objetivo nem sempre possa ser atingido, é necessário uma assistência integral. A função sexual não é apenas de natureza biológica, a interação entre o corpo e a mente está completamente associada à sexualidade, onde vários fatores se combinam na formação de um sistema complexo.

É consenso nos dias atuais a necessidade de realizar cuidados primários de saúde na condução dos exames forenses. A preocupação com o bem estar das vítimas de violência, tem sido recomendada para todos os serviços de saúde e médicos legais em todo o mundo, na perspectiva de minimizar o número de exames físicos invasivos e entrevistas, com vistas a restaurar a dignidade e o sentimento de humilhação e degradação das vítimas de violência sexual (HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O exame físico é determinado pelo achados anatômicos e microbiológicos. Nos casos de agressões agudas, coletar evidências forenses é importante para uma conclusão diagnóstica. Porém estes achados são encontrados numa minoria dos casos. Os achados microbiológicos são raros, e necessitam de tempo para sua elucidação, sendo necessária à exclusão da transmissão vertical nos casos prépuberal (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1999; PILAI, 2005). Nos

casos de penetração é importante que este exame seja realizado com maior brevidade possível, se possível antes das 72 horas, tempo determinado como ideal para identificação dos espermatozoides e para que sejam tomadas as medidas profiláticas necessárias aos casos (BRASIL, 1999).

O exame físico é de fundamental importância, desde que correto. A interpretação dos sinais, sendo eles menores ou maiores, podem afetar o julgamento. Um cauteloso e gentil exame muitas vezes tem um valor terapêutico para a criança e adolescente e seus familiares. É importante lembrar que um exame médico feito antes da entrevista legal deve ter muito cuidado para não induzir as respostas das vítimas. O que reforça a necessidade de um trabalho integrado das equipes que fazem este atendimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997).

Evidências médicas inequívocas não são apenas úteis ao processo legal e de proteção, mas também possuem um grande valor terapêutico, evitando que a criança ou adolescente venha testemunhar novamente ou que por pressão dos familiares haja alteração no relato dos fatos (FURNISS, 1995).

O exame médico legal deve ser completo e direcionado pela história, a clínica e observações adicionais. Um exame clínico externo completo é essencial para conclusão diagnóstica. O médico deve descrever as lesões considerando o local, tamanho, forma, percurso, cor, contornos, tempo, conteúdo, idade, bordas e profundidade. As lesões observadas devem ser classificadas com as seguintes denominações: escoriação ou abrasão; quando existe solução de continuidade da camada externa da pele; equimose área de hemorragia em baixo da pele; laceração quando apresenta uma rotura, fissura com sangramento resultante de trauma; lesão incisa; ferimento linear tipo cortante, geralmente clara com margens regulares; lesão penetrante ocorre quando há uma lesão grande, produzida por objeto perfurocortante e cicatriz quando a lesão é substituída por tecido fibroso de reparação.

As lesões observadas devem ser cuidadosamente documentadas, registradas por escrito, diagramadas e fotografadas. Nas crianças do sexo feminino a área genital externa deve ser inspecionada, pequenos e grandes lábios, clitóris, uretra, orifício uretral, hímen, fossa navicular e fourchette.

Vários são os métodos utilizados para a visualização do orifício himenal em crianças. Alguns fatores vão influenciar no tamanho do orifício e da exposição himenal e estruturas internas. Nesses, inclui-se o grau de relaxamento da criança e



a força para tracionar (leve ou moderada), os pequenos lábios, a posição adotada pela criança (supina, lateral ou ventral, com pernas estendidas e joelhos fletidos). O uso de espéculo e toques digitais não são indicados nos exames de criança.

A identificação de uma rotura himenal recente pode ser determinante na revelação de um caso. Segundo Tucker et al. (1990) cerca de 96% dos agressores não foram condenados por falta de provas materiais, muitas vezes exigidas pela justiça. A condição de virgindade é de grande importância na confirmação do crime. A membrana himenal além de variadas formas anatômicas, elas podem apresentar-se com aspecto irregular com alargamento do orifício himenal, roturas, reentrâncias, dobras, equimoses, edema e tecido cicatricial. A cicatrização ocorre espontaneamente num período de 3 a 7 dias. A integridade himenal não exclui a possibilidade de ter havido conjunção carnal (MURAN, 1992). Na maioria dos casos ocorre por complacência da membrana, segundo Gomes (1997), 10 a 33% dos casos não é possível orientar-se pela presença de rotura, deve-se utilizar outros elementos. França (2001) ressalta em 1.570 casos estudados no período de nove anos encontrou 22% das examinadas com hímen complacente.

A pesquisa de espermatozóide deve ser colhida do conteúdo vaginal, ou no canal cervical, na cavidade oral, região anal, quando necessário em outra parte do corpo que se observe o conteúdo e nas vestes quando apresenta as manchas de depósito da secreção. É recomendado que seja colhido o mais breve possível, antes das 72 horas do fato ocorrido. Atualmente às técnicas moleculares oferece condição de identificação do cromossomo Y do agressor. A análise "*in situ*" pode positivar em até 39% das amostras inicialmente negativas para espermatozóide com as técnicas convencionais (COLLINS et al., 1994).

Entre outros métodos utilizados, pode-se verificar a dosagem de fosfatase ácida, considerada significativa quando os valores estão acima de 50 UI. A imunoeletroforese da proteína prostática P-30, persiste positiva até trinta dias do coito (GABBY, et al., 1992). A avaliação do antígeno específico tem seu valor nos casos de azoospermia (KEIL; BACHUS; TROGER, 1996).

A identificação do DNA é considerada a prova mais importante na violência sexual, além de caracterizar o crime, o perpetrador é identificado. Os procedimentos para a coleta do material são simples podendo ser realizados em qualquer serviço de saúde ou médico legal. O material deve ser colhido por meio de um swab ou similar, identificando a parte do corpo em que é colhido este material. Acondicionar

em papel filtro estéril e manter em ambiente climatizado com temperatura máxima de 20°. Nos locais onde disponha de nitrogênio líquido, a congelação pode ser adotada. Nos casos em que o perpetrador fez uso de preservativo, pode-se identificar o lubrificante ou espermaticida neles contidos (BRASIL, 1999; FAÚNDES; ANDALAF NETO; FREITAS, 1999; VANRELL, 2001).

Considerar a necessidade de realização do exame sob sedação ou anestesia geral, somente se a criança ou adolescente recusar o exame e a condição requer cuidados médicos, como sangramento, ou suspeição de corpo estranho. Caso necessário a realização do exame sob sedação, a mesma deve ser informada que irá ser colocada para dormir, e durante a sedação deve ser informada dos acontecimentos (HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Nas crianças do sexo masculino examina-se o prepúcio, pênis, bolsa escrotal, observando as lesões anteriormente descritas. Em ambos os sexos o ânus deve ser examinado em posição lateral com os joelhos fletidos. Inicialmente se faz a inspeção da área, em seguida se faz a separação das regiões glúteas, possibilitando uma melhor visualização da região anal e perianal, observa-se a presença de fissuras, equimoses, edema, turgência venosa, corpo estranho e avalia-se o tempo de dilatação do reflexo anal. De acordo com o Royal College of Physicians of London (1997), quando o tempo do reflexo de dilatação anal, em crianças, excede 30 segundos, porque em adulto pode exceder 3 minutos, o teste é considerado como positivo, a dilatação também é observada quando fezes estão presente no reto, deve-se observar o interior do canal através do esfíncter dilatado, e fazer o diagnóstico diferencial (AMERICA ACADEMY OF PEDIATRICS, 1999; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Nos serviços onde se disponibiliza o colposcópico, têm se verificado um grande auxílio na qualidade dos exames, com o uso deste equipamento, pela sua iluminação, possibilita a ampliação das estruturas, além da realização de ótimas fotografias. O uso deste equipamento permite também a mensuração do orifício himenal e a demonstração do padrão da rede vascular encontrada em 95% das crianças não violentadas. Não permite a visualização de lesões que não sejam detectadas por um experiente examinador, porém estudos afirmam que pode aumentar esta detecção em até 10%, naquelas lesões menores e difíceis de serem demonstradas. O maior benefício do uso do colposcópico além da obtenção de

fotografias de boa qualidade, é permitir uma segunda opinião de um colega mais experiente, sem ter que realizar outro exame com a criança ou adolescente, e também para treinamento de profissionais com a finalidade de ensino (HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; PILAI, 2005; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997).

Embora o colposcópico possa aumentar os achados físicos, médicos experientes reconhecem sua limitação e alerta para possíveis erros de interpretação. Pequenas áreas de irritação e abrasões superficiais que não são possíveis serem identificadas o olho nu, podem ser erroneamente interpretadas como violência sexual. Irritação vulvar em crianças pequena é comum devido a precária higiene local originando prurido e posterior infecção (HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999).

### 3.5.6 O laudo pericial: respostas aos quesitos legais

A criança é submetida a perícias diferentes de acordo com a solicitação da autoridade policial. Nos crimes sexuais se submeterá ao exame sexológico, para investigar estupro, atentado violento ao pudor, sedução (corrupção de menores), contágio venéreo, gravidez, abortamento e um exame traumatológico, para verificação de lesões físicas não específicas da violência sexual (presentes, por exemplo, quando o agressor conteve a vítima por meio da força física), algumas vezes a criança é encaminhada em momentos diferentes, através de ofícios diferentes. Tudo isso obriga a criança a reviver a situação de violência e ser submetida a exames que invadem sua intimidade.

Cada ficha consta de dados de identificação do periciando (a), espaço para registro do histórico e do exame físico, conforme a perícia realizada e quesitos, que serão respondidos após o exame. De acordo com França (1985) o histórico tem apenas a finalidade de completar o relatório, remetendo para as autoridades, no final dos interrogatórios, a responsabilidade da conclusão. Esta conduta adotada pelos serviços de medicina legal do Brasil vem de encontro à prática em serviços internacionais e com a legislação brasileira em vigor. As respostas aos quesitos são importantes, como todo o atendimento feito pelo legista, e complementam as

informações colhidas através do exame físico e do histórico visando conclusões sobre o fato, seu nexos causal e avaliação do dano decorrente.

Quanto ao exame físico, a orientação é clara: *Visum et Repetum*. O legista informa o que vê. Em se tratando de lesões que não deixam dúvida para o legista treinado para os casos de violência sexual em crianças, nas várias formas como a mesma se apresenta, o exame forneceria valiosas informações. Porém, conforme o tipo de violência perpetrada, muitas vezes o exame físico não fornece elementos que permitam afirmar ou negar. Por isso, todos os dados devem ser considerados dentro do contexto, então o legista deve ter mais informações além do exame físico, para poder considerar todos esses aspectos.

O fato de não se detectar a lesão material, não significa que a violência não ocorreu, na condição de perito, deve-se conduzir seus trabalhos de modo a reduzir a ansiedade da criança ou adolescente, que se vê intimidada diante do exame, estabelecendo uma relação de confiança e evitando o dano secundário. Em se tratando do dano psíquico, França (2001) refere que se deve estabelecer o *corpo de delito*, entendendo-se como tal o conjunto de manifestações sensíveis deixadas pela ação delituosa. Se o exame for de natureza penal, será necessário que ele resulte em: a) incapacidade das ocupações habituais por mais de 30 dias; b) debilidade permanente de membro, sentido ou função; c) perda ou inutilização de membro sentido ou função; d) aceleração de parto ou provocação de aborto; e) incapacidade permanente para o trabalho; f) enfermidade incurável (funções orgânicas) e g) deformidade permanente.

A avaliação psicológica produz na vítima uma revalorização de seu papel, tornando-a parte ativa do processo consciente de seus direitos, o que permite buscar ajuda para a proteção (SILVA JUNIOR, 2006). Para Rovinski (2004), a avaliação do dano psicológico é tão importante quanto os programas de tratamento que são oferecidos por centros especializados de atendimento às vítimas. A perícia sexológica é realizada pelo médico legista, geralmente no IML ou no local designado para tal, às vezes é necessário que o exame aconteça em um hospital. Após a realização do exame, o médico responde aos quesitos oficiais legais de acordo com o tipo de exame realizado, nos casos de crianças e adolescentes é importante que o médico realize o exame completo. O quadro 4 abaixo apresenta os quesitos legais, por tipo de crime a serem respondidos pelos médicos legistas na realização da perícia sexológica.

Tipo de perícia	Investigação	Quesitos a serem respondidos pelo médico legista
Estupro e sedução (corrupção de menores)	Ocorrência de conjunção carnal (cópula vaginal)	1- Houve conjunção carnal com a examinada? 2- Havendo lesão de hímen, quais as condições das roturas? 3- A examinada sofreu violência? 4- Da violência resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração do parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30(trinta) dias? (especificar) 5- Da violência resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Atentado violento ao pudor-AVP	Atos libidinosos diversos da conjunção carnal (coito anal, coito oral, manipulação dos genitais, etc.)	1- Houve ato de libidinagem diverso da conjunção carnal? 2- Qual foi? 3- Para a realização do ato libidinoso empregou-se a violência? 4- Da violência resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração do parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30(trinta) dias? (especificar) 5- Da violência resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Contágio venéreo	Existência de doença sexualmente transmissível	1- O examinado é portador de moléstia venérea? 2- Qual a denominação da moléstia? 3- O contágio deu-se por meio de relações sexuais ou por meio de ato libidinoso?
Verificação de gravidez	Ocorrência e tempo de gravidez	1- A pericianda está grávida? 2- Qual o tempo da gravidez?
Abortamento	Abortamento provocado	1- Houve abortamento? 2- Houve provocação de abortamento? 3- Qual o meio empregado? 4- Este era próprio para produzir o abortamento? 5- Houve ou não a expulsão do produto da concepção? 6- O aborto era indispensável para evitar a morte da examinada? 7- De acordo com os meios empregados para o abortamento resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? 8- Do abortamento ou dos meios empregados para provocá-lo resultou deformidade permanente; perda ou inutilização de membro. Sentido ou função; enfermidade incurável; incapacidade permanente para o trabalho? 9- A examinada sofreu violência e qual foi? 10- A examinada é alienada ou débil mental?

**Quadro 4** - Quesitos legais para os crimes sexológicos dirigidos ao médico legista.

Nos casos de crimes de atentado violento ao pudor, há pequena alteração em relação ao sexo, o feminino possui um quesito a mais, porém não são utilizados no IMLAPC.

Se a resposta ao primeiro quesito for afirmativa, e de acordo com as circunstâncias do fato, e perfil da vítima, o perpetrador será indiciado no crime de estupro, atentado violento ao pudor, contágio venéreo, abortamento, lesão corporal, respectivamente, sendo responsabilizado de acordo com a legislação vigente.

A categoria médica hoje se sente pressionada para reconhecer e definir um caso suspeito de violência sexual. Em ordem de apenas reafirmar o caso suspeito. Os sinais físicos de violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, geralmente, estão ausentes, em especial quando o exame é realizado muitos dias

após o fato ocorrido (HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997).

Na tentativa de facilitar a elaboração do diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes, a Organização Mundial da Saúde, baseada nos estudos de Adams (2001), agrupa todos os achados em casos definitivos de violência ou contato sexual, provável violência, possível e não indicativo de violência baseada em evidências como descrito no Quadro 5.

Conclusão diagnóstica	Evidências Forenses
Atenuação da membrana himenal resultando alargamento do orifício himenal Fissura anal recente ou cicatriz da mucosa anal, estendendo-se até o orifício anal e camadas da pele anal	Presença de espermatozóide ou líquido seminal no corpo da criança
	Cultura de gonorréia positiva, sífilis e HIV positivo (afastada transmissão perinatal e sanguínea)
	Evidência de penetração com laceração himenal, recente ou com a cicatriz mostrando a interrupção himenal (com história)
	Gravidez em menores de 14 anos
	Fotos e filmes ou testemunho ocular
PROVÁVEL (caso de violência ou contato sexual)	Cultura positiva <i>chlamydia trachomatis</i> , HSV tipo 2
	Infecção por <i>trichomonas vaginalis</i> (afastando transmissão perinatal)
	Historia espontânea clara, consistente e declarada da criança com ou sem achados físicos anormais
	Lesão aguda, edema eritema laceração equimose vulvovaginal. Cicatriz na fossa navicular. Fusão labial seguido de coito vulvar
	Diâmetro transversal do hímen maior que 1.5 cm. Alargamento do orifício uretral (com história) e outros achados
	Relaxamento do tônus anal sem outra explicação
	Reflexo anal - dilatação maior que 1.5 cm com repetição
	Modificações agudas do aspecto, eritema, edema, fissura e equimoses. Congestão venosa
Diminuição das pregas anais convergindo para o orifício, aumento da elasticidade do esfíncter com redução do tônus	
POSSÍVEL (caso de violência ou contato sexual)	Achados físicos normais ou não específicos com significantes alterações de comportamento e comportamento sexualizado
	Eritema, congestão vascular
	HSV tipo 1
	Condiloma acuminado embora com exame normal
	Relato não suficientemente detalhado da criança
NÃO INDICAÇÃO (caso de violência ou contato sexual)	Sem história ou mudança de comportamento ou testemunho
	Exame normal
	Nenhum achado específico
	Achados físicos e lesão condizente com a historia de lesão acidental de forma clara e acreditável

**Quadro 5** - Classificação do diagnóstico de violência de acordo com história, achados físicos, sinais e sintomas clínicos e laboratoriais.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2003).

Os médicos legistas são especialistas em geral responsáveis pela confirmação ou negação legal dos casos. Na “dinâmica científica”, além de serem capacitados no assunto, pertencem ao conjunto de profissionais que tem como papel prioritário o auxílio de justiça. O envolvimento de outras categorias na identificação e no diagnóstico deste problema é crescente. Profissionais como pediatras, enfermeiras, psicólogos e o serviço social, que atuam em unidades de saúde e de referência para o atendimento das vítimas, têm procurado se especializar neste tema, de maneira a conduzir de forma adequada para servir de apoio a justiça.

Diante da dificuldade de apresentar a prova material da violência sexual, o presente estudo procura aprofundar o debate, demonstrando a necessidade de fazer melhor o diagnóstico médico legal visando à constatação do crime sexual praticado contra crianças e adolescentes, e discute alternativas, que vai além de ampliar as possibilidades de comprovação do crime, que possibilita também uma avaliação do comprometimento psicológico, a entrevista legal, que nos dias de hoje continua sendo preterida dos procedimentos determinados pela legislação vigente.

O estudo analisa as perícias sexológicas realizadas em crianças e adolescentes no IMLAPC, sua contribuição na revelação das evidências forenses, identificando lacunas nas leis vigentes, com vistas a propor melhorias para uma melhor identificação condução dos casos, contribuindo para uma maior visibilidade do problema e o cumprimento dos direitos da criança e adolescentes ora já assegurados.

Com vistas ao esclarecimento de indagações essenciais para tornar visível o fenômeno da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, e oferecer subsídios teóricos aos profissionais responsáveis pelo atendimento das vítimas, na realização das perícias sexológicas e aos operadores do direito, que atuam no eixo de responsabilização, formularam-se as seguintes hipóteses:

- a) Hipótese 1: Há uma relação direta da violência sexual no passado e a gravidez em menores de 14 anos;
- b) Hipótese 2: Os resultados dos exames de corpo de delito, realizados no IMLAPC, apresentam provas insuficientes para elucidação dos casos notificados.

Após o estabelecimento das hipóteses, definiu-se o desenho de estudo que permitisse melhor explicar o fenômeno, e em seguida procedeu-se a definição dos indicadores, variáveis e amostras.

# *M*aterial e métodos

---

---



## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

No primeiro estudo, realizou-se uma investigação com mães menores de 14 anos residentes no Recife que tiveram filhos no período de janeiro de 2005 a junho de 2007. Essa investigação foi feita em duas etapas: a primeira consistiu na identificação dessas mães e a análise dos dados sócio-demográficos, clínicos e epidemiológicos disponíveis no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Na segunda etapa, investigou-se o reconhecimento da violência sexual, levando em consideração o significado da experiência vivida, as práticas de saúde, a correspondência com a lei, e a violação dos direitos assegurados pelo ECA. Tomou-se como definição de violência sexual em crianças e adolescente, um contato sexual forçado, durante a infância ou adolescência, que vai desde uma exposição sexual de um agressor, um contato íntimo que causou constrangimento, até um forçado intercuro sexual. O contato definido como violência sexual deverá ter ocorrido até o período do nascimento do bebê.

A invisibilidade também é discutida a partir da análise do perfil das vítimas de violência sexual e tipos de exames realizados para confirmação dos crimes sexuais, levando em consideração os pré-requisitos da lei. Teve como base a revisão dos laudos de violência sexual em crianças e adolescentes, no IMLAPC do Recife, no ano de 2005. O IMLAPC é referência estadual de apoio à justiça, para a evidência legal da prova material do crime.

### **4.2 Local de estudo**

A pesquisa foi desenvolvida na cidade do Recife, local selecionado por ser o campo de prática da pesquisadora, e onde estão congregados os elementos necessários para o desenvolvimento da investigação.

Recife, capital do Estado de Pernambuco, situada na Região Nordeste do Brasil, com uma extensão territorial de 209 km<sup>2</sup> de área totalmente urbana o que corresponde a 0,2% da área do estado, apresenta um ambiente natural diversificado com planície, morros estuário e praia. O território é subdividido, desde 1988, em 94 bairros, e para efeito de planejamento e gestão, a cidade é dividida espacialmente em 6 Regiões Político-Administrativa (RPA), sendo cada uma destas subdivididas em três microrregiões (MR), que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais demonstrado na Figura 5 (RECIFE, 2008b).



**Figura 5** – Mapa dos Distritos sanitários de Recife, PE.

Para a área de saúde, cada RPA corresponde a um distrito sanitário. A população por faixa etária e sexo, estimada para o ano de 2007, foi de 1.568.121 pessoas, distribuídas num espaço totalmente urbano, sendo 729.219 (46,5%) do sexo masculino e 838.902 (53,5%) do sexo feminino. As faixas etárias de 10 a 29 anos apresentam as maiores concentrações populacionais, ultrapassando 38% do total, enquanto a população com idade superior a 60 anos representa 9,4% dos

habitantes. Na faixa etária de 0 a 18 anos estima-se uma população de 570.611, e na faixa etária de 10 a 14 anos de 146.330, sendo 81.495 do sexo feminino, representando aproximadamente 9,3% da população (IBGE, 2000; RECIFE, 2008b). Entre 2001 e 2007, o número de nascidos vivos residentes no Recife diminuiu 13,4%. A taxa de natalidade geral neste mesmo período reduziu 20,1%. A proporção de mães adolescentes (10 a 19 anos) caiu 14,2%, passando de 23,2% em 2001, para 19,9% em 2007 (RECIFE, 2008b).

Os dados sobre renda familiar confirmam o quadro de desequilíbrio nesta distribuição. Renda inferior a um salário mínimo, ou não possuir rendimento, observa-se em 33,4% dos domicílios, enquanto 6,6% dispõem de rendimentos superiores a 20 salários mínimos. De um modo geral, a população é considerada bastante pobre, pois cerca de 70% da população possui responsável pelo domicílio com renda até 5 salários mínimos.

O Recife, entre os municípios pernambucanos, é o que apresenta maior complexidade do sistema de saúde e onde se encontra localizada a quase totalidade dos serviços de referência do estado, confluindo um significativo contingente populacional de outros municípios em busca de ações básicas de saúde e atenção mais complexa.

### **4.3 População de estudo**

No primeiro estudo a população foram todas às mães menores de 14 anos, residentes no Recife, que tiveram filhos entre 1º de janeiro de 2005 e 30 de junho de 2007.

Para o segundo utilizou-se as perícias sexológicas realizadas em crianças e adolescentes menores de 18 anos, de ambos os sexos, durante o ano de 2005, no IMLAPC.

## **4.4 Fonte de dados e instrumentos de coleta**

### **4.4.1 Investigação com mães menores de 14 anos residentes no Recife**

Para a identificação e análise dos dados sócio-demográficos das mães menores de 14 anos, utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos, implantado no Recife desde 1991, onde estão armazenadas as informações sobre natalidade. O documento de entrada dos dados no SINASC é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), que é preenchido para toda criança nascida viva de partos hospitalares e domiciliares. No Recife, mais de 99% dos partos ocorrem em ambiente hospitalar.

Assim, a população do estudo foi obtida a partir da seleção dos nascidos vivos de mães menores de 14 anos de idade, ocorridos entre janeiro de 2005 a junho de 2007, totalizando 99 casos. Foi construída uma relação das mesmas, com informações sobre nome, endereço, idade e data do parto.

Para a etapa seguinte do estudo, que constituía da entrevista com as mães, elaborou-se um questionário especificamente para essa pesquisa, composto de 74 perguntas fechadas – contendo itens sobre a vítima, família, maus tratos, sexualidade, perpetrador, duração e tipo de violência, duração, frequência, data do primeiro contato, descoberta ou revelação do fato, notificação, suporte social depois da ocorrência da violência – visando a identificação das variáveis relacionadas à gravidez, maternidade e a possibilidade da ocorrência da violência sexual e os encaminhamentos originados a partir do evento (Apêndice A).

Ressalta-se que as 34 primeiras questões, oriundas do SINASC, incluíram os dados sócio-demográficos e clínicos dessas mães no momento do parto. As demais 40 questões, foram adaptadas da pesquisa de abuso sexual realizada pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF, 2004), no Ceará. Esse conjunto de questões visa captar a presença da violência sexual e sua correlação com a gravidez precoce, além de dados epidemiológicos, notificação, encaminhamentos e de cuidados com a saúde e hábitos.

Para localização dos casos e realização das entrevistas foi feito contato com as unidades de saúde das áreas correspondentes aos endereços das mães. O

agendamento das entrevistas foi feito pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). A aplicação do questionário foi feita, preferencialmente, nas unidades de saúde da família de referência da residência, e somente em situações em que o ACS não localizou, a pesquisadora dirigia-se à residência das mães. A entrevista foi feita após o consentimento por escrito das participantes (Apêndice B). As entrevistas foram realizadas no período de fevereiro a junho de 2008.

No período de localização das mães para a entrevista constatou-se que, embora no SINASC constasse endereço de residência no Recife, três delas não eram residentes da cidade, apenas pariram em maternidades do Recife. Das 96 restantes, 51 (53%) não foram localizadas, sendo de 45 mães o grupo estudado.

Os motivos da não localização foram: informação errada do endereço no momento do parto e por mudança para outra área sem deixar endereço ou contato.

#### 4.4.2 Análise das perícias sexológicas em crianças e adolescentes realizadas no IML no ano de 2005

Neste estudo, foram revisados 2.031 laudos periciais de violência sexual correspondendo a 1.144 crianças e adolescentes menores de 18 examinados no ano de 2005 pelo IMLAPC. A coleta das variáveis de interesse da pesquisa foi feita em um questionário individual, elaborado pela pesquisadora (Apêndice C), que incluiu os dados do perfil das vítimas, tipos de exames realizados para confirmação dos crimes sexuais, a frequência desta confirmação, a evidência forense, o sexo do agressor e o grau de relacionamento com a vítima.

Os registros de exames periciais do IMLAPC são baseados nos tipos de crimes, sendo possível que a mesma vítima tenha comumente mais de um laudo. Além disso, não há um sistema de informação para a sistematização e gerenciamento dessas informações. Para a coleta dos dados, a pesquisadora revisou manualmente cada um dos laudos arquivados e fez a identificação e correspondência individual dos mesmos, gerando um banco que consolidou todos os tipos de crime, por pessoa.

#### 4.5 Variáveis de estudo

Para a escolha das variáveis foram considerados os determinantes descritos na literatura específica, dados secundários e criação de novos bancos de dados. Para caracterizar o perfil das mães menores de 14 anos residentes no Recife, foram resgatados do banco do SINASC as seguintes características sócio-demográficas: endereço, idade, escolaridade, filhos anteriores nascidos vivos, característica da gestação e do parto, pré-natal, idade gestacional, tipo de gravidez, tipo de parto, local de ocorrência do parto (Quadro 6).

Variável*	Definição/conceitual operacional	Categorização
Idade	Idade em anos completos	< 14 anos
Raça/cor	Raça/cor	Branca, negra, parda, preta, amarela, indígena
Endereço	Local de residência	Rua, Bairro, CEP, Cidade
Gravidez	Gravidez atual	Sim, Não
Gestações	Gestações ocorridas	Número
Partos	Partos ocorridos	Número
Nascidos mortos	Filhos nascidos mortos	Número
Nascidos vivos	Filhos vivos	Número
Abortos	Abortos ocorridos	Número
Consulta pré-natal	Consultas pré-natais realizadas no período da última gestação	Número
Frequência escolar	No momento estar freqüentando a escola	Sim, Não
Escolaridade	Nº de anos de estudos concluídos	Nenhum, 1 a 3, 4 a 7 a, 8 a 11, 12 e +
Por que não freqüenta (ou) escola?	Motivo que não frequenta a escola	-
Ocupação	Ocupação atual	Categorização segundo código brasileiro de ocupação
DST	Tem ou contraiu DST	Sim, Não
Métodos contraceptivos	Faz uso atual de método contraceptivo	Sim, Não
Estado civil	Situação conjugal atual	Solteira, casada/união consensual, viúva, separada

**Quadro 6** - Definição e categorização de variáveis relacionadas às mães menores de 14 anos do SINASC, jan. 2005 a jun.2007.

Do questionário aplicado as mães menores de 14 anos tomou-se as variáveis relativas à família, maus tratos, sexualidade, perpetrador, duração e tipo de violência, duração, freqüência, data do primeiro contato, descoberta, notificação, suporte social depois da violência (Quadro 7)

Variável*	Definição/conceitual operacional	Categorização
Idade da criança	Idade atual	Idade em dias, meses e anos
Responsável pela criança	Quem assume a responsabilidade da criança	Pai, companheiro, avó, tio, padrinho, outros
Cuidador da criança	Cuidador habitual da criança	Pai, mãe, avó, tia, pessoa que adotou
Acompanhamento de programa social	Crianças acompanhadas por programas sociais	Sim, Não
Benefício, apoio de programa social	Recebimento de benefício ou apoio de programa social	Sim, Não, Qual?
Tipo de deficiência	Possui algum tipo de deficiência	Física, mental, visual, auditiva, outra
Provedor da família	Pessoa que mantém financeiramente a família	Pai, mãe, pai e mãe, familiares, avós, vizinhos, companheiro, reside em abrigo, outro familiares
Convivência	Condição da vida em família	Boa, ótima, regular, péssima,
Tipo de convivência	Condição da convivência familiar	Boa, ótima, regular e péssima
Motivo de maus-tratos	Sofrimento de maus-tratos em casa	Desentendimento, agressão, alcoolismo, não vive em casa, medo, falta de diálogo, expulsão de casa.
Tipos de maus-tratos	Tipos de maus tratos nos casos positivos	Físico, psicológico, sexual, físico e psicológico
Agressor	Pessoa que cometeu a agressão	Pai, mãe, padrasto/madrasta, avó/avô, pai e mãe, irmãos, outros
Problema mais sério	Problema mais sério que passou	Desentendimentos, separação dos pais, morte pai/mãe, maus tratos/agressão
Menarca	Idade da primeira menstruação	Anos
Primeira experiência sexual (sem relação)	Idade da primeira experiência sexual	Anos
Primeira experiência sexual	Pessoa com quem ocorreu a 1ª experiência sexual	Namorado, amigo, não sabe, pai, desconhecido, padrasto, irmãos, outro, nunca ocorreu
Situação como ocorreu a 1ª experiência sexual	Pessoa e local onde ocorreu a 1º experiência sexual	Namorado, em casa com familiares, amigos, casa da vizinha, casa de patrões, desconhecido, na escola, religiosos, professor, em casa com amigos, outros
Idade da tentativa de primeiro toque	Idade quando alguém tentou toca-la	Idade em meses e anos, não sabe, não respondeu
Situação da 1ª vez que alguém tentou tocá-la	Pessoa e local onde ocorreu o 1º toque	Namorado, em casa com familiares, amigos, casa da vizinha, casa de patrões, desconhecido, na escola, religiosos, professor, em casa com amigos, outros
Local que se encontrava no 1º toque	Onde estava quando alguém tentou tocá-la	Casa, terreno baldio, casa do vizinho, casa do perpetrador, não sabe/não respondeu, escola outro,
Tempo dos toques e carícias	Tempo e duração dos toques dos toques e carícias	Única vez, mais de 1 ano, mais de 1 mês, entre 1 e 6 meses, continua acontecendo, entre 6 meses e 1 ano
Motivo da agressão	Por que aconteceu essa agressão	Ameaça, medo, prazer, influência de amigos, necessidade/gratificação, pressão familiar, outro, não respondeu/não sabe
Revelação	A quem revelou sobre o abuso	Mãe, não revelou, amigo, profissional, irmã(o), pai, parente, não respondeu, outro
Sentimento pós-violência	Como se sente em relação a violência	Não aceita, não sabe/não respondeu, aceita, não aceita mas nada pode fazer, outra
Motivos da aceitação da violência	Motivos porque aceita (ou) a situação de violência	Gosta/apaixonada, medo, recebia bens materiais, não acha errado, teve vontade, quer esquecer, chantagem, outros
Motivo da não aceitação da violência	Motivos porque não aceita ou aceitou a situação de violência	Acha errado, acha ruim, medo/ameaça, angustiante, sem consentimento, nojento/horrível, outros
Consumo bebida alcoólica	Consome bebida alcoólica	Não, já consumiu, sim, ocasionalmente, sim, sempre, não sabe/não respondeu

**Quadro 7** - Definição e categorização de variáveis relacionadas às mães menores de 14 anos entrevistadas. *(continua)*

Variável*	Definição/conceitual operacional	Categorização
Uso drogas	Faz uso de alguma droga ilícita	Não, já usou, sim, ocasionalmente, sim sempre, não sabe/não respondeu
Se positivo	Em caso positivo, quais drogas	Maconha, craque, cocaína, êxtase, outra
Fornecedor	De quem ganha ou compra a droga	Amigo, mãe, avó, não respondeu, outro
Denúncia	Efetivação da denúncia da violência	Positivo ou negativa
Notificação	Instituição que notificou	Conselho tutelar, sentinela, delegacia, CERCA, GPCA
Motivo da não notificação	Por que não denunciou	Medo, não sabe, quer esconder da família, não achou necessário, esperar mais uma tentativa, não foi verdade, não considerou abuso, foi com o pai, agressor sustenta a casa
Autor da denúncia	Quem fez a denúncia nos casos positivos	Mãe, vítima, vizinha, anônima, diretora da escola
Providências	Foram tomadas providências	Sim, Não
Tipo de providência	Tipo de providências tomadas	Queixa na delegacia, exame de corpo de delito, encaminhamento para conselho tutelar, encaminhamento para GPCA, prisão do acusado, encaminhamento para promotoria, conversa com familiar/acusado, visita domiciliar, abrigo, vítima saiu de casa, escola que protege
Motivo por não tomar providência	Motivo que levou a vítima a não tomar providências	Não quer, não houve denúncia, não respondeu, não sabe, família não quer, agressor fugiu, medo, falta de prova, certeza de impunidade, outros.
Atendimento	Foi atendido(a) por alguma instituição	Sim, Não
Instituição de atendimento	Tipo de instituição	Conselho tutelar, sentinela, SOS criança, delegacia, Serviço de saúde, CAPS, casa abrigo, abrigo domiciliar, promotoria, ONG, CERCA
Avaliação do trabalho da instituição	Nível de satisfação do atendimento da instituição	Bom, ótimo, regular, péssimo

**Quadro 7** - Definição e categorização de variáveis relacionadas às mães menores de 14 anos entrevistadas. (conclusão)

Dos laudos das perícias sexológicas foram selecionadas as seguintes variáveis: o perfil das vítimas, sexo, idade, raça, cor, tipos de exames realizados, confirmação, percentual de confirmação, entendendo como caso confirmado, aqueles que mostraram alguma evidência de ter havido o crime sexual. Isto é, as respostas aos quesitos legais tiveram a confirmação, levando em consideração os pré-requisitos da lei (Quadro 8).



Variável*	Definição/Conceitual operacional	Categorização
Idade	Idade que consta no laudo pericial	Anos
Sexo	Sexo que consta no laudo pericial	Feminino, masculino
Raça/Cor	Raça/cor que consta no laudo pericial	Branca, parda, amarela, preta, indígena
Endereço	Local de residência	Município, Bairro, Rua e CEP
Agressor	Pessoa que cometeu a agressão	Pai, mãe, irmão, padrasto, madrasta, tio, vizinho, desconhecido, namorado, amigo, não informado, outro
Número de agressores	Número de participantes na agressão	Um ou mais de um
Atentado violento ao pudor	Confirmado	Sim, Não
Sedução/ Corrupção de menores	Confirmado	Sim, Não
Estupro	Confirmado	Sim, Não
Contágio venéreo(CV)	Confirmado	Sim, Não
Verificação de gravidez	Confirmado	Sim, Não
Abortamento	Confirmado o	Sim, Não
Suspeita não confirmada por apresentar	Não Confirmado	Sim, Não
Não confirmado, porém com lesões (Região genital, perigenital, oral e mamária).	Não Confirmado	Sim, Não

**Quadro 8** - Definição e categorização das variáveis relacionadas às perícias realizadas no IMLAPC no ano de 2005.

Fonte: Pernambuco (2005)

#### 4.7 Processamento e análise dos dados

Foram criados dois bancos de dados separadamente, um contendo os dados resultantes da aplicação de questionário as mães menores de 14 anos, junto com os dados do banco do SINASC e outro banco contendo os dados dos laudos das perícias sexológicas realizados no IMLAPC, em menores de 18 anos de idade no ano de 2005. Utilizou-se o software Epi info, versão 6.04 para as análises dos dados e construção de tabelas, gráficos e testes estatísticos.

No primeiro estudo a escolha das variáveis leva em consideração os referenciais teóricos do estudo, selecionando-se as variáveis com maior poder discriminativo da situação da ocorrência da violência sexual e a gravidez, além da disponibilidade de dados censitários válidos e com confiabilidade para os recortes utilizados.

Foi feita uma descrição do perfil das mães menores de 14 anos, dados da gravidez, parto e da possível associação da história de violência sexual progressiva e

a gravidez precoce, além da identificação da existência de apoio ou de políticas protetoras institucionais para essas mães.

O estudo das perícias sexológicas realizou uma a descrição do perfil dos periciados pelas seguintes categorias: sexo, tipo de crime sexual e a confirmação revelada no exame médico legal. Procedeu-se a distribuição percentual das categorias para analisar as associações entre as variáveis estudadas.

#### **4.8 Aspectos éticos e legais**

Para dar início a pesquisa realizou-se reunião com profissionais da Secretaria de Saúde do Recife, coordenadores dos setores de referência para este estudo, gerente do SINASC, núcleos de vigilância dos distritos sanitários e núcleo de violência, que contribuíram para aprofundar uma discussão de como abordar essas mães e posteriormente promover a continuidade do trabalho de vigilância das mesmas. Este momento facilitou o compartilhamento das informações entre os diversos setores e técnicos envolvidos, tornando possível a execução recomendada pelos princípios éticos em pesquisa com seres humanos, além de gerar uma maior integração dos diversos setores envolvidos.

O estudo teve anuência das instituições envolvidas: Secretaria de Saúde do Recife (Anexo A) e Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha (Anexo B).

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - FIOCRUZ, pareceres nº 65/07 e 66/07 (Anexo C e D). O estudo atendeu aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos, estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, através da resolução 196/96.

A participação dos sujeitos ocorreu após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressaltamos, respeitada a livre participação, com liberdade para desistência quando deseja-se, em qualquer fase da pesquisa, garantindo-lhes total sigilo e anonimato das respostas. A assinatura do Termo de Consentimento em duas vias, sendo que uma ficou com o sujeito e a outra com a pesquisadora (Apêndice B).

# *Resultados*

---

---

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 Estudo de investigação com mães menores de 14 anos que tiveram filho no Recife (janeiro 2005 a junho 2007)**

Em concordância com os objetivos, os resultados encontrados na realização deste estudo são apresentados em dois momentos. Inicialmente se analisa as características sociodemográficas e clínicas das mães menores de 14 anos residentes no Recife nos anos de 2005 até junho de 2007. A seguir, a ocorrência de violência sexual no passado e a possível associação com a gravidez precoce, além da identificação da existência de apoio ou de políticas protetoras institucionais para essas mães.

No período estudado, ocorreram 99 nascimentos, mas só foram entrevistadas 45 mães (conforme descrito no capítulo da metodologia). A Tabela 1 mostra a distribuição das características demográficas dessas mães, onde observa-se que a idade com maior número de partos foi de 13 anos, totalizando 82% dos nascidos vivos. A maioria (80%) dessas mães tem uma escolaridade na faixa de 4 a 7 anos de estudos. A ocupação é informal, sendo que 46% continuam freqüentando a escola, 3 delas desempenham a função de doméstica, 2 vendedoras, 1 ajudante de idoso, 1 ajudante de feira e 1 catadora de sururu. A raça parda foi predominante (71%). Quanto a situação conjugal, 38% consideram-se casadas, 58% solteiras e 4,4% separadas.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007.

Variáveis		Nº	%
Idade (anos)	11	1	2,2
	12	7	15,5
	13	37	82,2
Escolaridade (anos concluídos)	Nenhum	1	2,2
	1 a 3	1	2,2
	4 a 7	36	80
	8 a 11	6	13,3
	12 e mais	1	2,2
Ocupação	Acompanhante de idoso	1	2,2
	Doméstica	3	6,6
	Ajudante de feira	1	2,2
	Estudante	20	44,
	Vendedora	2	4,4
	Catatadora de sururu	1	2,2
	Do lar	17	37,8
Raça/Cor	Branca	5	11,1
	Preta	7	15,5
	Amarela	1	2,2
	Parda	32	71,1
	Indígena	-	-
	Ignorado	-	-
Situação conjugal	Casada	17	38
	Separada	2	4,4
	Solteira	26	58
<b>Total</b>		<b>45</b>	<b>100</b>

Em relação às características obstétricas e clínicas (Tabela 2) observa-se que 80% tiveram uma gestação e somente 2,2%, três gestações. Foram 43 partos com um nascido vivo (NV) e dois NV de partos gemelares. Foram relatados seis abortos, não sendo especificado a o tipo, porém não foi o aborto previsto em lei. O parto normal ocorreu em 55,5%. A maioria das mães (57,8%) realizaram mais de sete consultas de pré-natal. A menarca ocorreu na sua maioria com 10 (33,3%) e 11 anos (46,6%), sendo três com 9 anos.

**Tabela 2** - Características obstétricas e clínicas das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007.

Variáveis	Categoria	Nº	%
Gestações	1	36	80,0
	2	8	17,7
	3	1	2,2
Nº partos	1	43	95,5
	2	2	4,4
Nascidos vivos	-	43	95,5
Nascidos mortos	-	2	4,4
Abortos		6	13,3
Tipo de parto	Cesárea	19	42,2
	Normal	25	55,5
	Ignorado	1	2,2
Consultas de pré-natal	1 a 3	3	6,6
	4 a 6	16	35,5
	7 e mais	26	57,8
Menarca (anos)	9	3	6,6
	10	15	33,3
	11	21	46,6
	12	6	13,3
<b>Total</b>		<b>45</b>	<b>100</b>

A Tabela 3 apresenta as características sociais das mães. Observa-se que mais da metade não frequenta a escola, sendo o desinteresse (53,3%) e a gravidez (46,6%) como os principais obstáculos referidos. Os avôs maternos são os principais responsáveis em prover economicamente as crianças, em seguida o pai biológico. A mãe adolescente é quem cuida do bebê em 61 % dos casos, sendo que em 31%, este cuidado é compartilhado com a avó materna. Em 51% dos casos, a mãe adolescente está incluída no programa bolsa família. Ressalta-se que em cinco casos (11,1%), a avó incluiu o recém nascido da mãe adolescente como sendo seu dependente.

**Tabela 3** - Características sociais das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007.

Variável	Categoria	Nº	%
Frequente a escola	Sim	21	46,6
	Não	24	53,3
	Ignorado	-	-
Motivo por não frequentar	Gravidez	21	46,6
	Desinteresse	24	53,4
Responsável (financeiro) pelo bebe	Pai	17	37,7
	Companheiro	6	13,3
	Avó	21	46,6
	Outros	1	2,2
Cuidador do bebe	Adolescente	30	66,7
	Avós	14	31,1
	Tia	1	2,2
Inclusão em programa social* (Adolescente)	Sim	23	51,1
	Não	22	48,9
Inclusão em programa social* (Bebe)	Sim	5	11,1
	Não	40	88,9
<b>Total</b>		<b>45</b>	<b>100</b>

Nota: \* Programa Bolsa Família.

A tabela 4 mostra que 27% das mães tiveram história de maus tratos na família, sendo na maioria físico/psicológico (66,7%). O agressor na sua maioria foi mãe e pai (35,7%). A convivência em família na sua maioria foi considerada boa ou ótima com um total de 64,4%.

**Tabela 4** - Características epidemiológicas das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007.

Variável	Categoria	Nº*	%
Convivência em família	Ótima	9	20,0
	Boa	20	44,4
	Regular	4	8,9
	Péssima	12	26,7
Maus tratos	Sim	12	26,7
	Não	31	68,9
	Não respondeu	2	4,4
Tipos de maus tratos	Físico	3	25,0
	Psicológico	3	25,0
	Físico/psicológico	8	66,7
Agressor	Pai	2	14,2
	Irmão	2	14,2
	Mãe e Pai	5	35,7
	Padrasto	1	7,1
	Outros	4	28,6
<b>Total</b>		<b>45</b>	<b>100</b>

Nota: \* Os totais parciais de cada grupo de informações podem diferir do total em função de valores ignorados em relação às variáveis estudadas.

A tabela 5 mostra as características da sexualidade das mães. A idade da primeira menstruação, também conhecida como menarca ocorreu para a maioria aos 11 anos (46,7%). Com respeito a primeira experiência sexual sem relação sexual, a maioria experimentou com o namorado (71%) e na idade de 12 anos (42,2%).

**Tabela 5** - Características da sexualidade das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007.

Variável	Categoria	Nº	%
Idade da 1ª menstruação	9	3	6,7
	10	15	33,3
	11	21	46,7
	12	6	13,3
Idade da 1ª experiência sexual sem relação	8	1	2,2
	9	3	6,7
	10	8	17,8
	11	11	24,4
	12	19	42,2
Com quem ocorreu a 1ª experiência sexual sem relação	13	3	6,7
	Amigo	11	24,4
	Namorado	32	71,1
	Não sabe/não respondeu	1	2,2
Situação como ocorreu a 1ª experiência sexual (com relação)	Padrasto	1	2,2
	Com amigo	5	4,4
	Namorado	33	73,3
	Familiar	1	2,2
<b>Total</b>	Outros	6	13,3
		<b>45</b>	<b>100</b>

A tabela 6 apresenta as características da ocorrência da violência sexual. Observou-se que 12 mães (26,7%) sofreram violência sexual no passado; 8,9% não souberam ou se omitiram de responder. Em se considerar a omissão como uma resposta afirmativa, levando-se em consideração a dificuldade de confirmar este tipo de violência, o valor observado é de 35,6%. Em relação ao perpetrador, as entrevistadas informaram que a violência foi praticada pelo namorado, amigo, familiares e outros.



**Tabela 6** - Características da violência sexual das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007.

Variável	Categoria	Nº	%
Alguém tentou tocá-la	Não	29	64,4
	Não sabe/Não respondeu	4	8,9
	Sim	12	26,7
Idade (anos)	3	2	16,7
	8	3	25
	11	4	33,3
	12	1	8,3
	13	2	16,7
Com quem ocorreu	Amigo	2	16,7
	Namorado	4	33,3
	Familiares	3	25
	Religiosos	1	8,3
	Outros	2	16,7
Local	Casa do abusador	5	41,7
	Em casa	3	25
	Terreno baldio	1	8,3
	Outros	3	25
Duração	1 vez	3	25
	Mais de 1 mês	2	16,7
	Entre 1 e 6 meses	2	16,7
	Entre 6 meses e 1 ano	1	8,3
	Mais de 1 ano	4	33,3
<b>Total</b>		<b>45</b>	<b>100</b>

**Nota:** \* Os totais parciais de cada grupo de informações podem diferir do total em função de valores ignorados em relação às variáveis estudadas.

Na tabela 7, aborda-se a realização da notificação da violência sexual. No grupo de mães que confirmaram a ocorrência de violência sexual no passado apenas 3 fizeram a denúncia. Os motivos alegados para não efetivação da denúncia, foram: não acharam necessário; medo; não considerou violência. Das que fizeram a notificação, duas foram ao Conselho Tutelar e uma à Delegacia de Polícia. Todas as denúncias foram feitas pela genitora da adolescente. A única que realizou a queixa na delegacia não sabe que providências legais foram desencadeadas; e apenas uma dessas três meninas foi atendida por uma instituição de apoio às vítimas de violência.

**Tabela 7** - Notificação da violência sexual das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007.

Variável	Categoria	Nº	%
Efetivação da denúncia	Não	8	66,7
	Não sabe/não respondeu	1	8,3
	Sim	3	25
Motivo da não denúncia	Medo	2	25
	Não achou necessário	4	50
	Não considera abuso	1	12,5
	Não sabe/não respondeu	1	12,5
Instituição da denúncia	Conselho Tutelar	2	66,6
	Delegacia	1	33,4
Autor da denúncia	Mãe	3	100,0
Providências tomadas	Sim	1	33,4
	Não	2	66,6
Tipo de providência	Encaminhamento ao Conselho Tutelar	1	33,3
	Queixa na delegacia	1	33,3
	Não sabe/ Não respondeu	1	33,3
Atendido por instituição	Sim	1	33,4
	Não	2	66,6

Em relação aos cuidados e hábitos adotados com a saúde em especial a reprodutiva (tabela 8), 78% afirmaram fazer uso de contraceptivo, sendo os hormonais os preferenciais com 63% de adesão entre elas. Uso de camisinha é feito por 37% dessas mães. Observa-se que 69% são acompanhadas nos serviços de saúde, porém sem uma regularidade (dados não tabulados).

Quando perguntadas sobre o uso de bebidas alcoólicas 44,4% dizem fazer uso ocasionalmente. O uso de drogas foi referido por 7 das entrevistadas e a maconha foi a droga preferencial entre as que consumiam, sendo uma consumidora de crack e uma de cola.

**Tabela 8** - Cuidados com a saúde e hábitos das mães menores de 14 anos. Recife, 2005 a junho de 2007.

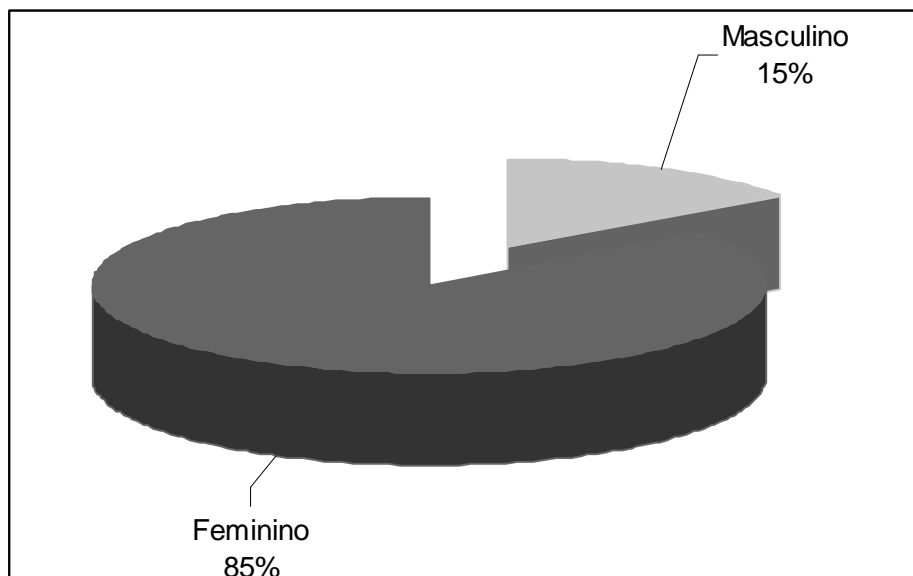
Variável	Categoria	Nº	%
Uso de contraceptivo	Sim	35	78,0
	Não	10	22,2
Tipo de contraceptivo	Camisinha	13	37,0
	Injeção	12	34,0
	Pílula	10	29,0
Acompanhamento por Unidades de Saúde	Sim	31	69,0
	Não	14	31,0
Uso de bebida alcoólica	Já usou	10	22,2
	Sim, ocasionalmente	20	44,4
	Não	14	31,1
	Não respondeu	1	2,2
Uso de drogas	Sim	7*	15,5
	Não	35	77,7
	Não respondeu	3	6,8
Tipo de droga	Cola	1	14,2
	Crack	1	14,2
	Maconha	4	57,4
	Ignorado	1	14,2
Tipo de fornecimento	Compra	3	42,8
	Ganha	3	42,8
	Não respondeu	1	14,2

Nota: \*Incluído já usou e sim, ocasionalmente.

## 5.2 Estudo sobre a contribuição legal do exame pericial nos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes atendidas no IMLAPC/2005

No segundo estudo foram analisadas as perícias sexológicas realizadas no ano de 2005. Os crimes sexuais representaram cerca de 10% das perícias em pessoas vivas realizados no IMLAPC em 2005 (dados não tabulados). Foram realizadas 2.031 perícias sexológicas em 1.144 crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

De acordo com o Gráfico 1, a maioria das vítimas (85%) era representada pelo sexo feminino.



**Gráfico 1** - Distribuição dos exames periciais segundo sexo. IMLAPC/Recife-2005.

Na tabela 9, observa-se um predomínio da cor da pele parda (92,1%), e a cor branca com apenas 5,2%. A faixa etária acima dos 10 anos foi a predominante para o sexo feminino, e abaixo de 10 anos, para o masculino.

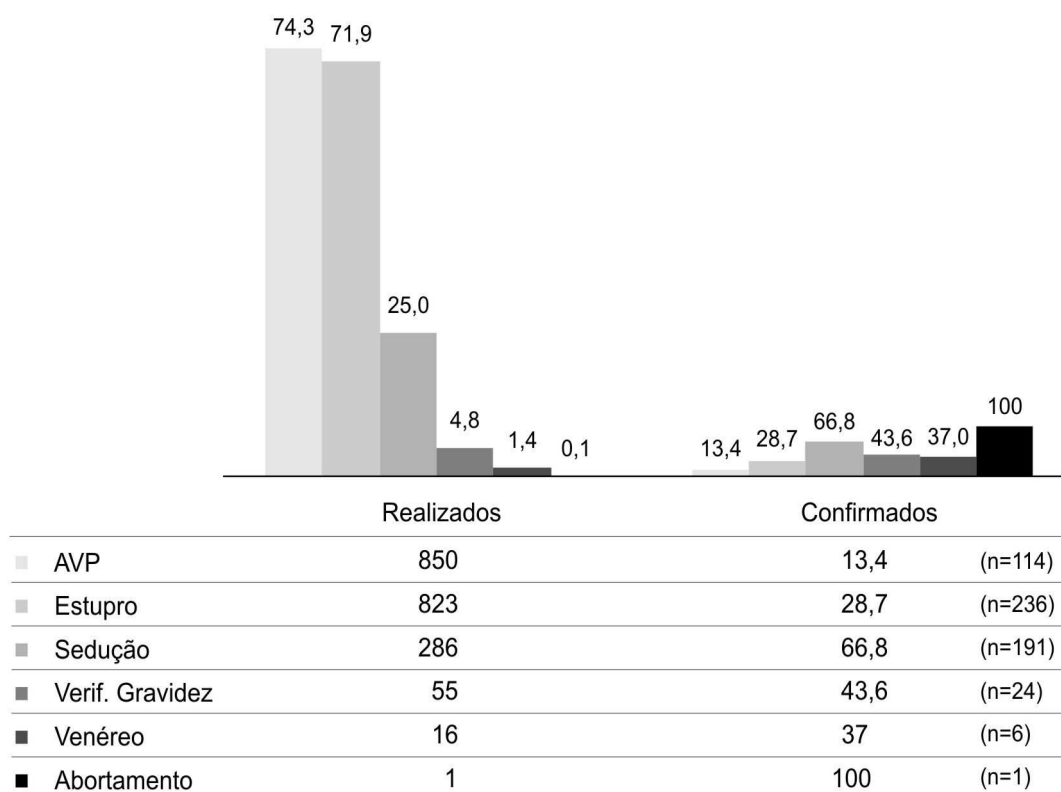
**Tabela 9** - Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual segundo faixa etária, sexo e cor. Recife, 2005.

Sexo/faixa etária (anos)	Raça/cor						Total* (N)
	Branca		Preta		Parda		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
<b>Masculino</b>							
<1	2	25,0	-	-	6	75,0	8
1-4	5	12,2	-	-	36	87,8	41
5-9	3	5,7	2	3,8	48	90,5	53
10-13	2	5,0	1	2,5	37	92,5	40
14-18	1	3,8	3	11,1	23	85,1	27
<b>Sub-total</b>	13	7,7	6	3,6	150	88,7	169
<b>Feminino</b>							
<1	1	6,7	-	-	14	93,3	15
1-4	11	9,6	-	-	104	90,4	115
5-9	3	2,2	3	2,2	131	95,6	137
10-13	13	4,0	9	2,8	301	93,2	323
14-18	18	4,9	12	3,3	335	91,8	365
<b>Sub-total</b>	46		24		885		955
<b>Total</b>	59	5,2	30	2,7	1035	92,1	1124

Nota: \*Sem informação quanto a cor 3 casos masculinos e 15 femininos, excluídos 2 casos com idade ignorada no sexo feminino.

Conforme descrito no Gráfico 2, das 2.031 perícias, o Atentado Violento ao Pudor (AVP) predominou com 74,3% dos casos, tendo apenas 13,4% de casos confirmados segundo evidência forense colhida no exame pericial médico-legal. A verificação de estupro foi o segundo exame mais realizado (71,9%) com 28,7% dos casos confirmados. Para a verificação da sedução foram realizadas 286 perícias, das quais 66,8% confirmadas.

O exame de contágio venéreo foi solicitado pelos legistas para elucidação dos casos examinados em apenas 16, e confirmando-se clinicamente seis casos. O exame de verificação de gravidez foi solicitado em 55 exames, com 24 confirmações. O abortamento só foi realizado em um caso e este foi confirmado.



**Gráfico 2-** Distribuição dos exames periciais sexológicos realizados e confirmados em 2.031 crianças e adolescentes, segundo casos suspeitos de violência sexual. IMLAPC/Recife, 2005.

As Tabelas 10 e 11 mostram a distribuição dos casos confirmados de atentado violento ao pudor por faixa etária, sexo e evidência forense. A confirmação dos casos no sexo feminino (76) foi maior que no masculino (45), o que representa 1,7 vezes. A faixa etária entre 5 e 9 anos obteve a maior confirmação no sexo masculino (37,8%) e entre 14 a 18 anos no feminino (42,9%). O tipo de evidência

forense mais observada para a confirmação desse exame foi lesão anal, seguida pela lesão corporal, presença de espermatozóide e lesão himenal.

**Tabela 10** - Distribuição dos exames de atentado violento ao pudor (AVP) confirmados, em crianças e adolescentes do sexo masculino, segundo evidência forense e faixa etária. Recife, 2005.

Faixa etária (anos)	Evidência forense								Total		
	Lesão anal		Lesão corporal		Presença esperma		DST/ outros				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
> 5	6	16,2	-	-	-	-	-	-	-	6	13,3
5-9	16	43,2	1	25	-	-	-	-	-	17	37,8
10-13	7	18,9	-	-	1	100,0	3	100,0	9	24,4	
14-18	8	21,6	3	75	-	-	-	-	-	11	24,4
<b>Total</b>	37	100,0	4	100,0	1	100,0	3	100,0	45	100,0	

Nota: A confirmação do exame pode ocorrer com mais de uma evidência forense por caso

**Tabela 11** - Distribuição dos exames de atentado violento ao pudor (AVP) confirmados, em crianças e adolescentes do sexo feminino, segundo evidência forense e faixa etária. Recife, 2005.

Faixa etária (anos)	Evidência forense										Total	
	Lesão anal		Lesão corporal		Presença esperma		Lesão himenal		DST/ outros			
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
> 5	6	12,5	1	9,1	1	14,3	-	-	4	44,4	8	11,7
5-9	8	16,7	3	27,3	-	-	1	20	2	22,2	14	18,2
10-13	12	25	3	27,3	3	42,9	2	40	1	11,1	21	27,3
14-18	22	45,8	4	36,4	3	42,9	2	40	2	22,2	33	42,9
<b>Total</b>	48	100	11	100	7	100	5	100	9	100	76	100

Nota: a confirmação do exame pode ocorrer com mais de uma evidência forense por caso.

Ainda em relação à violência praticada contra as meninas, nos exames de estupro, as faixas etárias de 10 a 13 anos e de 14 a 18 anos, tiveram praticamente a mesma positividade, 47,1% e 49%, respectivamente. O tipo de evidência material mais observada foi a lesão himenal com 216 casos (83,4%), seguido da presença de espermatozóide com 22 casos (8,5%) e a gravidez em 12 casos (4,6%) (Tabela 12).

**Tabela 12** - Distribuição dos exames de estupro confirmados, segundo evidência forense e faixa etária. Recife, 2005.

Faixa etária (anos)	Evidência forense										Total	
	Corporal		Esperma		Gravidez		Lesão himenal		DST			
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n.	%
< 10	1	14,3	-	-	-	-	9	3,4	-	-	10	3,9
10-13	2	28,6	9	40,9	3	25,0	106	40,1	2	100,0	122	47,1
14-18	4	57,1	13	59,1	9	75,0	101	39,0	-	-	127	49,0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>2,7</b>	<b>22</b>	<b>8,5</b>	<b>12</b>	<b>4,6</b>	<b>216</b>	<b>83,4</b>	<b>2</b>	<b>0,8</b>	<b>259</b>	<b>100,0</b>

Nota: a confirmação do exame pode ocorrer com mais de uma evidência forense por caso

Dos 197 casos confirmados de “sedução” (recentemente interpretada como corrupção de menores) foram considerados 11,2% de meninas entre 11 e 13 anos. Apesar da lei brasileira considerar como crime de estupro (violência presumida), neste estudo foi incluído como crime de sedução. Esta observação só foi possível através da história referida no momento do exame médico-legal, onde a vítima referia ter tido uma relação permitida, praticada com namorado e que se submetia ao exame médico-legal, por imposição de sua mãe para comprovação da virgindade. Nas meninas de 14-18 anos, a evidência material predominante foi a lesão himenal (84,6%) e apenas 3,4% dos casos tinha presença de espermatozóide (Tabela 13).

**Tabela 13** - Distribuição dos exames de sedução confirmados, segundo evidencia forense e faixa etária. Recife, 2005.

Faixa etária (anos)	Evidência forense								Total	
	Esperma		Gravidez		Lesão himenal		Outros			
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
11- 13	2	9,1	1	1	19	86,4	-	-	22	11,2
14-18	6	3,4	19	19	148	84,6	2	1,2	175	88,8
Total	8	4,1	20	10,1	167	84,8	2	1,0	197	100,0

A análise dos agressores, mostrada na tabela 14, revela que os mesmos foram majoritariamente do sexo masculino, apenas cinco casos do sexo feminino,

tendo a mãe como agressora. O principal agressor no total das perícias realizadas em ambos os sexos foi o vizinho/amigo (28,1%), o pai e padrasto junto, ocupam a segunda posição (15,7%), em seguida vem o namorado/companheiro (14,9%). Nas perícias do sexo feminino predomina o agressor vizinho/amigo, seguido do namorado/companheiro, pai padrasto. No sexo masculino observa-se como principal agressor o vizinho/amigo, seguido do pai, padrasto tio, irmão e avô. Observa-se um elevado percentual de não informado (22,2%), nos laudos periciais do IMLAPC.

Não se observa nesses laudos referência à avaliação do dano psicológico e a conduta adotada na condução da entrevista legal, durante o exame pericial.

**Tabela 14** - Distribuição de frequência e percentual dos agressores por grau de relação com as vítimas e sexo. IMLAPC/Recife, 2005.

Agressor	Vítima				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	n	%		
Pai	12	7,0	82	8,4	94	8,2
Namorado / companheiro	0	-	170	17,5	170	14,9
Não informado	51	29,7	203	20,9	254	22,2
Outros	14	8,1	3	6,5	77	6,7
Mãe	1	0,6	4	0,4	5	0,4
Irmão	2	1,2	12	1,2	14	1,2
Padrasto	7	4,1	79	8,1	86	7,5
Avô	1	0,6	8	0,8	9	0,8
Tio	4	2,3	27	2,8	31	2,7
Vizinho / amigo	73	42,4	248	25,5	321	28,1
Desconhecido	7	4,1	76	7,8	83	7,3
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>15,0</b>	<b>972</b>	<b>85,0</b>	<b>1144</b>	<b>100,0</b>



# *Discussão*

---

---

## 6 DISCUSSÃO

A literatura apresenta publicações que têm os conceitos e as diversas formas de apresentação da violência sexual, não havendo, no entanto um consenso, conforme se constata na primeira parte deste trabalho, reforçando a visão de complementação dos mesmos. A violência é um fenômeno universal que ocorre em todas as classes sociais, etnias, credos religiosos e políticos e que comumente não acontece de forma isolada, isto é, um tipo de violência vem sempre associado a outro (AZEVEDO; GUERRA, 1989; HOBBS; HANKS; WYNNE; 1999; MINAYO; SOUZA, 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Os efeitos deletérios da violência sexual, que recaem não somente nas vítimas e familiares, mas sobre toda a sociedade, tem sido motivo de investimentos, em políticas públicas setoriais de prevenção e assistência na perspectiva de uma melhor qualidade de vida.

Existe unanimidade entre os autores, que a violência sexual é um problema histórico, complexo, que se expressa de várias formas e com conseqüências danosas a curto, médio e longo prazo na saúde física e mental das vítimas (AZEVEDO; GUERRA, 1989; FINKELHOR, 1986; FURNISS, 1995; GERKO et al., 2005; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; MOLNAR; BUKA; KESSLER, 2001; SILVA; SILVA, 2003; STEEL et al., 2004). A possibilidade de revitimização e de que a vítima se torne um agressor ou até um delinqüente no futuro, é tema recorrente nos estudos revisados (FURNISS, 1995; MORGAN; ZEDNER, 1992). Da mesma forma, há evidência de repetidas tentativas de suicídios e automutilação pelas vítimas (MOLNAR; BUKA; KESSLER, 2001; YSTGAARD et al., 2004).

Embora a violência sexual acarrete vários sinais e sintomas comportamentais a suas vitimas, a presença de comportamento sexualizado na infância é considerado como sendo o mais específico sinal de abuso sexual (BRILLESLIJPER-KATER; FRIEDRICH; CORWIN, 2004).

A autora deste trabalho, há muito tempo envolvida em atividades de assistência e intervenção neste campo, considerando os graves problemas decorrentes da violência sexual, atribui como um dos itens fundamentais ao seu enfrentamento a identificação dos casos de violência. A literatura refere à relação entre gravidez precoce de (crianças e adolescentes menores de 14 anos) e a

possibilidade da ocorrência de violência sexual, muitas vezes de caráter incestuoso (MOYANO; GUZMÁN; CONTRERAS, 2001).

A falta de estudos empíricos mais detalhados muitas vezes, conduzem a interpretações erradas sobre o fenômeno de gravidez na adolescência. As adolescentes representam um grupo altamente afetado pela violência sexual. A cultura de discriminação contra as mulheres, a falta de mecanismo de proteção e as limitadas condições de autonomia e poder são determinantes para a expressão desta forma de violência, que se manifesta de maneira silenciosa e clandestina (CAVASIN, 2004).

Os achados do presente estudo revelam a dificuldade da visibilidade da violência sexual a partir do momento da não localização das mães adolescentes nos endereços referidos nas maternidades, no momento do parto. Decorrente da alta rotatividade observada das populações de baixa renda, uma vez que todas as mães do estudo residem em locais com precárias condições de infraestrutura social e de moradias, esta situação foi observada no momento da realização da entrevista. O bairro do Ibura, localizado na Região Política Administrativa 6, onde se observa os piores indicadores sociais e de saúde, foi também o que apresentou o maior número de mães menores de 14 anos (RECIFE, 2008b). Outro aspecto a ser considerado, é que provavelmente as mesmas não quererem ser identificadas ou não residirem mais no Recife.

Segundo Drezett (2001), mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher. A gravidez decorrente do estupro se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais, médicas, jurídicas que a desencadeia, é considerada um fato abominável, não só pela vítima e familiares, como também pela sociedade (FAÚNDES; BEDONE; PINTO E SILVA, 1997). Estudo realizado no EUA em 1996, admite que a taxa de gravidez decorrente de estupro varia de 1 a 5%, e estima que a cada ano possa ocorrer 32.000 gestações por estupro (HOLMES et al., 1996).

Estudo de Drezett (2000) na cidade de São Paulo revelou que metade das gestações decorrentes de estupro, são de mães adolescentes, e entre os agressores identificados destacam-se o pai e padrasto. Esses dados são semelhantes aos obtidos no presente estudo. Considera-se que, mesmo estando presente no Código Penal Brasileiro, desde 1940, a interrupção de gravidez decorrente de estupro, tem sido realizada de forma excepcional pelos serviços de

saúde, e parte das adolescentes recorrem ao aborto clandestino e inseguro, impactando as taxas de morbimortalidade nesta causa. Além disso, muito pouco ainda se sabe sobre o destino das gestações nessas crianças e adolescentes.

A análise dos casos de gravidez em menores de 14 anos de idade e a ocorrência da violência sexual, um dos objetos deste estudo, revela que o universo das mães adolescentes, vivem em áreas de precárias condições sócio-econômicas, com baixa escolaridade, e que na sua maioria tiveram que abandonar os estudos para cuidar do bebê, situações que refletem diretamente na qualidade de vida das mesmas.

Chama a atenção, a invisibilidade jurídica e social do problema, uma vez que todas essas mães estão em idade em que a prática sexual não é permitida por lei. A gravidez e conseqüente parto em menores de 14 anos de idade estão caracterizados pelo Código Penal Brasileiro como violência presumida, e os casos estudados não foram notificados no sistema policial ou judiciário. As ações protetoras também não estão sendo garantidas, e que a maioria dessas mães, sequer estão sendo acompanhadas regularmente pelos serviços de saúde ou de assistência social. Como já discutido anteriormente a dificuldade em localizar as mães foi um obstáculo na condução da pesquisa. É muito provável que isso decorra em parte da não compreensão por parte da população da violência sofrida, e também pelo fato da violência ocorrer dentro da família. Essa constatação favorece uma resolução também doméstica, e muitas vezes o casamento é estimulado como solução de um problema (CAVASIN, 2004).

No período estudado, ou seja de janeiro de 2005 a junho de 2007, 0,9% das mães residentes no Recife eram adolescentes na faixa de 10 a 14 anos (RECIFE, 2008b). No período de 2001 a 2007 houve uma diminuição dos nascidos vivos no Recife da ordem de 13, 4% em todas as faixas etárias exceto na faixa etária das menores de 14 anos. Esse comportamento não acompanha a tendência da diminuição da natalidade geral dos últimos anos observada na cidade, cuja taxa passou de 17,4 nascidos vivos por mil habitantes, em 2001, para 13, 9 em 2007, representando uma redução de 20, 1%. A proporção de mães adolescentes, entre 10 e 18 anos de idade, neste período caiu 14, 2%, em todos os Distritos Sanitários do Recife (RECIFE, 2008b).

Em relação ao grau de instrução materna, nesse estudo, observa-se que a grande maioria (84,4%) tinha cursado menos de 7 anos. Estudos reforçam a

importância que a escolaridade desempenha na maneira dos jovens conduzirem suas vidas (DREZETT, 2000). A maternidade contribuiu de forma expressiva para a evasão escolar. No presente estudo, 24 mães tiveram que abandonar os estudos para cuidar de seus filhos, e apenas 21 tiveram apoio familiar, e continuaram os estudos.

As jovens incluídas no estudo são usuárias do Sistema Único de Saúde, pertencem à camada mais pobre da população e são integrantes de famílias com problemas de alcoolismo, desemprego, violência doméstica e, frequentemente, ausência da figura paterna. Esse perfil é semelhante ao encontrado pela pesquisa realizada em Recife em 2004 (CAVASIN, 2004).

A descrição do perfil socioeconômico não foi objeto de análise do estudo, a validação das informações sobre o possível perpetrador da violência sexual presumida e a conseqüente maternidade; a observação sobre as condições de vida das mães, só foi possível mediante a identificação do local pela pesquisadora, no momento da realização das entrevistas, observando as condições de moradia e o local dessas residências. Assim constatou-se que a maioria das mães entrevistadas reside com os pais; 17 delas tinham o seu filho reconhecido pelo pai biológico e desses, apenas 6 pais apóiam financeiramente suas crianças e são companheiros. São sustentadas economicamente na sua maioria pela avó materna e o cuidado diário dos bebês é feito pelas mães adolescentes. Este achado mostra mais um conflito que essas mães se deparam, uma vez que nessa faixa etária é proibido o trabalho pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2001a).

Em relação aos dados de sexualidade os resultados encontrados no presente estudo corroboram com os estudos de Terezinha da Costa (2002) e o de Alberto Abeche (2002), que demonstraram que as jovens estão tendo relações sexuais cada vez mais cedo e seus parceiros são rapazes da mesma idade ou mais velhos, com quem elas estabelecem ou não, uma relação de vínculo mais ou menos estável.

A gravidez em menores de 14 anos de idade e sua relação com situação de violência sexual no passado foi observada em 27% dessas mães. O fato de que quatro delas omitir-se em responder pode reforçar a hipótese da dificuldade da revelação inerente aos casos de violência sexual. A relação da maternidade atual com a violência sexual, no entanto, não foi diretamente explorada por problemas éticos e legais que advinham da revelação. A ocorrência de violência sexual no passado, embora não seja um indicador direto, foi colocado neste estudo como

sendo fortemente associado à gravidez precoce, reforçando a necessidade de implementar ações, capazes de assistir às crianças e adolescentes nos seus direitos sexuais e reprodutivos, intervindo precocemente nos casos de violência sexual. Os resultados podem indicar que muitas das jovens foram provavelmente vítimas de violência sexual e não a reconhecem por razões culturais, valores e costumes. Esses comportamentos tendem a reforçar a concepção que o homem tem o direito de manter relações sexuais com a mulher, sem considerar o seu consentimento e respeito a uma decisão contrária (CAVASIN, 2004).

Apenas três casos de violência sexual foram notificados, sendo dois casos ao Conselho Tutelar e um caso na Delegacia de Proteção a Criança (GPCA) que não resultou em processo. Este tipo de violência ocorre sem que seja efetivada a denúncia. No Recife, a GPCA, revela que as denúncias de violência sexual praticadas na faixa etária de 10 a 14 anos, com conseqüente gravidez praticamente não são feitas. Segundo Cavasin (2004), as denúncias são mais freqüentes quando praticadas por estranhos. Quando se trata de uma gravidez em que a violência foi praticada por uma pessoa da família ou é um amigo, podem até se fazer acordos, vindo o agressor a se tornar o marido da menina, mesmo sendo vítima de estupro (CAVASIN, 2004).

O posicionamento das mães entrevistadas diante do uso de contraceptivos é favorável, uma vez que estão em atividade sexual, 78% delas faz uso de algum método, sendo predominante o uso de condons. Observa-se que um percentual razoável fez uso de contraceptivos hormonais injetáveis e orais; e jovens são medicadas sem o devido acompanhamento médico, cuja aquisição ocorre nas farmácias privadas, uma vez que os serviços de saúde apresentam obstáculos para o acesso a esses insumos, esta dificuldade, também foi observada no estudo de Drezett (2001) em São Paulo. Apesar de não ter sido colocada no questionário uma pergunta direta sobre a possibilidade de uma nova gravidez, foi identificado durante as entrevistas, uma unanimidade quanto à preocupação em engravidar novamente, o que provavelmente, e assim contribui para a opção do uso de contraceptivos orais e injetáveis (hormonais), pela segurança que eles apresentam na prevenção de uma nova gravidez. Em contraposição a idéia de não engravidar, durante as entrevistas havia uma mãe grávida, e outra amamentando um segundo filho.

Outra questão a ser ressaltada, e que concorre para a manutenção deste quadro de gravidez em menores de 14 anos, é a de que os serviços de saúde não

têm protocolos definidos para realização da contracepção nesta faixa etária. Muitos profissionais médicos fazem ressalvas quanto à indicação de métodos hormonais em fase de crescimento e contra indicam, embora alguns não consideram problema o uso de contraceptivos de baixa dosagem, configurando uma contradição com as políticas de prevenção e de educação sexual para jovens. De acordo com Drezett (2001) em São Paulo, os serviços de saúde oferecem uma informação que estimulam a prevenção e o auto cuidado; de outro lado não garantem o acesso e disponibilidade desses métodos.

Várias são as razões para a dificuldade do diagnóstico e notificação dos casos de violência sexual, entre elas: diferenças conceituais, culturais, a própria legislação, condutas dos profissionais de todas as áreas do atendimento, o despreparo das instituições responsáveis, e a inexistência ou escassez de serviços especializados de atendimento e apoio às vítimas de violência sexual (ADED et al., 2006; FALEIROS; FALEIROS, 2001; FINKELHOR, 1986; FURNISS, 1995; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; PILAI, 2005; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997; SALVAGNI; WAGNER, 2006; SILVA; SILVA, 2003; SPENCER; FLIN, 1993).

No estudo conduzido a partir da análise dos laudos periciais do IMLAPC, observa-se que os mesmos são dirigidos a procura da evidência forense do crime. A literatura é unânime em afirmar que a maioria dos crimes sexuais não deixa vestígios materiais e reforça a necessidade de uma maior atenção e valorização dos sinais e sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes no momento da revelação ou anterior a mesma, uma vez que os exames físicos e laboratoriais não confirmam o relato da vítima (HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; FURNISS, 1995).

Considerando ainda que há casos de violência sexual em que não existe o contato físico, como: *voyerismo*, exibicionismo e as situações em que o contato físico não produzem vestígios ou lesões como os toques impudicos, manipulação de genitais e manobras impudicas, ressalta-se a importância da entrevista na elaboração do diagnóstico da violência sexual, uma vez que a maioria dos sinais e sintomas apresentados são alterações na esfera cognitiva e comportamental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; PILAI, 2005).

As diferentes interpretações diante dos casos de violência sexual têm sido freqüentes, e podem ser explicadas pela falta de conhecimento dos profissionais

responsáveis pelo atendimento, como também a falta de protocolos e padronizações dos serviços de auxílio da justiça, em especial os IML e delegacias especializadas (GOMES et al., 2002; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

É amplamente difundido que a violência sexual praticada contra crianças e adolescentes deve ser acreditada, investigada e responsabilizada, cabendo aos profissionais envolvidos manter o distanciamento necessário à apuração dos fatos. Diante das dificuldades enfrentadas para um diagnóstico acurado, relatado por diversos autores, o recomendado é que o atendimento seja realizado por uma equipe interdisciplinar devidamente capacitada. A anamnese deve ser cautelosa, devendo-se poupar o máximo a vítima de estar repetindo sua história, mesmo para profissionais diferentes, pois fará reviver sua dor e até mesmo revitimizá-la (FURNISS, 1995; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1997).

Há registro na literatura de crimes sexuais em todas as idades e sexo (DREZETT, 2001). No entanto os estudos apontam para uma predominância no sexo feminino, acima dos 10 anos de idade (COHEN; MATSUDA, 1991; DREZETT, 2001; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999). No presente estudo a violência sexual contra meninos contribuiu com 15 % dos casos examinados. Dados comparativos de 21 países revelarem que as meninas, em relação aos meninos, são violentadas em uma razão de 1,5 a 3 vezes, e esta relação varia de acordo com a amostra utilizada nas pesquisas (FINKELHOR, 1986). Watkins e Bentovim (1992) identificaram nos estudos com amostras colhidas em comunidades que 1 menino é violentado sexualmente para 2 a 4 meninas. No atual estudo 1 menino para cada 5.7 meninas. Fatores culturais e sociais podem ser responsáveis por esta subnotificação em meninos, destacando-se o medo da homossexualidade, respostas emocionais diferenciadas e a culpa (FURNISS, 1995).

São escassas as referências quanto a ocorrência de crimes sexuais e a raça/cor das vítimas. Estudo publicado por Drezett (2001), encontrou uma predominância da raça/cor branca entre as vítimas, com frequência quatro vezes maior que a soma das demais categorias raciais. O presente estudo revela que 90% das vítimas são da cor parda. Pesquisa sobre abuso sexual realizada no Ceará (UNICEF, 2004), observou que 69% das vítimas eram pardas ou negras. A falta de uniformidade quanto à classificação da raça/cor da paciente ou mesmo das



composições das populações estudadas torna difícil a comparação desses dados (DREZETT, 2001).

Durante décadas, um grande número de casos de violência sexual praticada contra crianças e adolescentes e mulheres, vem sendo reportado, porém não significando que esteja ocorrendo aumento da violência, e sim um incremento das notificações. Apesar do considerável número de casos notificados, esse valor representa apenas uma parte dos existentes, certamente muitos casos não foram revelados (FURNISS, 1995; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; MAGALHÃES et al., 1998).

A cada dia os exames forenses são mais requisitados como prova material do crime. Profissionais preocupados com um melhor diagnóstico tentam elaborar protocolos, validar técnicas de exame, definir e classificar melhor os achados, na perspectiva de revelar o que foi observado no exame das vítimas de agressão sexual (ADAMS, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Para os casos passíveis de identificação, há condições que dificultam o diagnóstico médico legal. Entre esses fatores, assinalam-se o tempo decorrido entre a agressão e a realização do exame, tempo de cicatrização das lesões anogenitais, elasticidade de certos tecidos, especialmente a partir da puberdade, a destruição involuntária dos vestígios biológicos e a colaboração da periciada no decorrer do exame.

Pelas razões acima expostas estudos sugerem que são poucos os casos em que o exame físico conduz com confiança ao achado definitivo da violência sexual, e mesmo em casos confirmados os achados físicos são infreqüentes (MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007; MURAM, 1992; PILAI, 2005; SILVA JUNIOR, 2006).

A penetração do pênis pode causar rotura himenal, porém estudo de Muram (1992) achou 39% de garotas vítima de violência sexual com penetração vaginal confirmada pelo perpetrador confesso, com exame físico normal e ou achados não específicos. Não há clareza nos critérios ou terminologias que classificam os achados característicos de violência sexual, diferentes termos são utilizados para descrevê-los. Adams (2001) e Muram (1992) referem primordialmente dois fatores: diferentes concepções do que vem a ser anormalidade e a não existência de um padrão ouro como prova da violência.

Na tentativa de estabelecer padrões de diagnóstico que possam contribuir com essa maior visibilidade a Organização Mundial da Saúde (2003) divulgou a classificação baseada em estudos de Adams (2001), indicando como modelo no

diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes. Este modelo classifica os achados numa escala de valores, permitindo objetivar um diagnóstico e colaborar de forma mais definitiva com a justiça (Quadro 5).

No presente estudo, a elucidação forense variou de acordo com o tipo de perícia realizada, idade e sexo. Nos crimes de AVP, para o sexo masculino a faixa etária mais freqüente foi de 6 a 9anos de idade, e no sexo feminino foi acima de 10 anos aumentando a positividade com o aumento da idade. Nos crimes de estupro a idade mais freqüente de confirmação no exame médico legal foi acima de 10 anos também com uma maior positividade dos casos com o aumento da idade.

A elucidação forense variou também de acordo com o tipo de perícia realizada, como a maioria dos casos foi para a verificação do crime de AVP, a prova material foi obtida em 13,4% dos exames, resultado que mostra um nível abaixo da média de 20% referida na literatura internacional (FURNISS, 1995). Estes dados reservam similaridades também com estudos publicados pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (1997) e Drezett (2001), que encontraram positividade em apenas 10% dos casos atendidos. O tipo de lesão mais observada nestas confirmações foi o coito anal. É preocupante o nível de elucidação encontrada, o AVP é o crime mais freqüente praticado contra crianças, e a evidência material é a única prova investigada nos serviços de medicina legal brasileiro. Esta conduta vem dificultando mais ainda o processo de responsabilização (FALEIROS; FALEIROS, 2001; FURNISS, 1995).

Em segundo lugar aparecem os exames para elucidar o crime de estupro, cuja positividade foi de 28,1%. Esses achados corroboram com estudos americanos de Adams et al. (1994) e Muram (1992), baseados em revisão de casos cujo perpetrador foi condenado como molestador. Esses estudos revelaram uma freqüência de achados anormais em 45% e 23%, respectivamente, entre as crianças examinadas, mas as definições de anormalidades diferiram de acordo com a condução do examinador.

Considerando que a maioria dos exames sexológicos médicos legais em crianças e adolescentes dificilmente deixam vestígios físicos, esse fato não foi observado nos exames para a verificação da “sedução”(que consiste na observação da integridade himenal das vítimas), onde se observa uma razoável positividade, tendo em vista ser realizado também com a finalidade de saber sobre a condição de da virgindade da periciada. Embora o crime de sedução tenha sido revogado do

Código Penal em 2005, o exame para sua verificação continua sendo realizado até a presente data, sendo o crime interpretado como corrupção de menores ou posse mediante fraude e contribuem com 25% das perícias sexológicas realizadas no IMLAPC.

Foram realizadas 286 perícias para constatar a sedução, destacando-se com um total de 66,8% de casos confirmados, retratando uma realidade cultural machista, onde as adolescentes, na maioria das vezes, comparecem ao serviço, constrangidas e obrigadas pela família, para “verificação da virgindade”. Como a idade legal do consentimento sexual no Brasil é aos 18 anos, esse exame é realizado em adolescentes que tiveram a sua iniciação sexual anterior aos 18 anos e maiores de 14 anos de idade. Nos casos de menores de 14 anos, configura-se como crime de estupro presumido, mesmo que a adolescente tenha permitido a prática sexual.

Neste estudo 12,5% dos casos foram incluídos como sedução e ocorreram em menores de 14 anos e maiores de 10 anos, porém elas referiram que consentiram a relação sexual com o namorado. Como todos os exames realizados são para o auxílio da justiça, fica inteiramente sob a responsabilidade do juiz, o julgamento dos casos.

A tipificação do agressor neste estudo, variou com o tipo de crime. O vizinho/amigo, pai, padrasto, foram os principais agressores para os crimes de estupro e AVP, e o namorado/companheiro para os crimes aqui denominados “sedução”.

De acordo com a literatura a maioria dos agressores é do sexo masculino, na casuística estudada cinco casos examinados tiveram a mulher como agressora. Autores têm encontrado que, entre adolescentes e adultas jovens, o agressor é referido como conhecido em cerca de 70% dos casos (GARZA-AGUILAR; DIAZ-MICHEL, 1994; PEIPERT; DOMAGALSKI, 1994; RICKERT; WIEMANN, 1998). Para outros, o perpetrador desconhecido assume maior frequência após a adolescência, entre 50 e 70% dos casos (DREZETT, 2001; LACEY, 1990; MURAM, 1992).

Quanto à elevada ocorrência de agressores conhecidos entre as crianças, resultados obtidos nesta pesquisa foram semelhantes aos da literatura. Considera-se fato incontestável que a agressão sexual durante a infância é, na maioria dos casos, perpetrada por pessoas que a criança conhece e, provavelmente, depende e confia. Supostamente, são pessoas acima de qualquer suspeita para a família e/ou

responsáveis que, paradoxalmente, deveriam exercer a função de proteção, para que possam ter um desenvolvimento pleno e saudável (HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). No Brasil, segundo dados da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (1997), na violência sexual cometida contra crianças e adolescentes o pai biológico representa cerca de 30% dos casos; o avô 2%; o padrasto 12%; vizinho 8%; irmão 1%; e tio 4%. Neste estudo, resultados semelhantes foram verificados quanto à agressão promovida pelo pai biológico (15,4%) e padrasto (15,1%). No entanto, observamos percentuais significativos para a participação do tio entre as crianças (5,1%), do irmão entre as adolescentes (2,4%), e do avô (1,4%)

As constatações de Drezett (2001) corroboram com nossos resultados. O autor, analisando o tipo de agressor em função da idade da vítima, constatou que o pai biológico e outros familiares foram os perpetradores mais frequentes entre aquelas com idade inferior a 14 anos. Enquanto o agressor vizinho/amigo nos casos nas vítimas com mais de 14 anos.

Entre os agressores identificados pela vítima, sem laços de consangüinidade estabelecidos, os resultados do presente estudo mostram que um vizinho/amigo foi o elemento mais freqüente em todos os grupos etários analisados. Este resultado é semelhante ao encontrado no estudo realizado por Drezett (2001) e Pimentel, Schritzmeyer e Pandjarian (1998).

O elevado número de “não informado” quanto à relação vítima/agressor denota que os médicos legistas têm dificuldade em registrar esse dado no exame pericial. É provável que por não existir uma padronização do exame pericial, o registro fica a critério do médico.

A premissa de que ser violentado no passado é indicativo de vir a ser perpetrador no futuro, é difícil de ser aceita. Pois se assim fosse, às mulheres seriam muito mais perpetradoras que os homens, já que são as principais vítimas. Isso remete a necessidade de se explorar com muito cuidado esta questão, dada a sua complexidade e determinações.

A responsabilização dos crimes de violência sexual está fortemente dependente das evidências forenses, encontradas no exame pericial médico legal realizado na vítima. As dificuldades encontradas para realização de um exame médico legal, corroborada pela ausência de evidências, é um consenso entre os

estudos, levando a não caracterização da violência e conseqüente não responsabilização (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1999; PILAI, 2005).

A autora, após realização da busca nos arquivos da Gerência de Polícia da Criança e o Adolescente, constatou que nenhum desses casos periciados em 2005, confirmados ou não legalmente, efetivou-se numa responsabilização até o final da coleta de dados. Considerando que os crimes praticados contra crianças deveriam ter prioridade, na elucidação e responsabilização, porém a morosidade da justiça é uma triste realidade enfrentada no Brasil.

O presente estudo revela que de acordo com a ótica do exame médico legal atual, onde valoriza a evidência material para conclusão do laudo, e que a entrevista legal não está sendo considerada como subsídio na elaboração do diagnóstico e resposta aos quesitos legais. A violência psicológica não está sendo avaliada pelos serviços jurídicos legais, contrariando inúmeros estudos que confirmam que a violência sexual é profundamente danosa para a vida afetiva e emocional das crianças/adolescentes, e interfere no seu desenvolvimento biopsicossocial normal (FALEIROS; FALEIROS, 2001; FURNISS 1995; GABEL, 1997; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; SILVA JUNIOR, 2006; SPENCER; FLIN, 1993).

O grau de comprometimento psicológico da criança e adolescente é discutido amplamente na literatura, e depende de diversos fatores já citados anteriormente na revisão desse estudo (BROWNE; FINKELHOR, 1986; BRUNSCHOT; BRANNIGAN, 2002; FALEIROS, 2003; FURNISS, 1995; GABEL, 1997; HOBBS; HANKS; WYNNE, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; SAFFIOTI, 1989; SILVA; SILVA, 2003; STEEL et al., 2004). A análise de cada um desses fatores, dentro de um contexto, propiciará ao médico legista e equipe, uma avaliação do dano psicológico acarretado nas vítimas, propiciando um diagnóstico e a possibilidade de uma resposta adequada aos quesitos legais.

É fundamental considerar se ocorreram danos físicos graves, coito com penetração, doença sexualmente transmissível e gravidez. Nesses casos, o dano é muito maior, uma vez que pode deixar grandes seqüelas. Também deve-se levar em conta se a criança ou adolescente está sofrendo graves ameaças, o que acarretará uma forte tensão, dificultando ainda mais a revelação. Para Saffioti (1989), o dano é maior quando a violência ocorre de forma insidiosa, pois reforça o sentimento de culpa nas vítimas.

No entanto observa-se que as situações citadas não são avaliadas, considerando a ausência de dados nos laudos periciais que caracterizem os danos psicológicos, como também na avaliação no exame médico legal. Essa conduta tem como consequência prejuízo às vítimas, onde medidas de proteção deveriam ser acionadas para garantir os direitos assegurados.

Apesar dos repúdios da sociedade brasileira aos crimes sexuais, colocando-o como crime hediondo, e a aversão social destinada aos perpetradores desses crimes, a violência sexual continua sendo pouco responsabilizada nos serviços da justiça. Foram grandes os avanços no campo dos direitos humanos, porém ainda se convive com leis anacrônicas que precisam ser alteradas. São muitos os preconceitos e discriminações envolvendo o ato, e que estão presentes em nossa cultura e enraizados na consciência dos indivíduos e dos operadores do direito dificultando ainda mais a responsabilização pelo crime (DREZETT, 2001; MORGAN; ZEDNER, 1992; VIGARELLO, 1998).

Esses fatos demonstram um verdadeiro abismo entre o que a sociedade entende como crimes sexuais e o que ela promove quando se depara com eles.

O presente estudo procura contribuir com o debate sem, no entanto, definir todos os caminhos a percorrer, sobretudo suscitar o tema, tornando-o mais visível. Levando a sociedade a refletir sobre a magnitude do problema, os riscos que as crianças e adolescentes estão sujeitos, os danos sofridos e as seqüelas deixadas. E que a melhor forma de evitar os danos sofridos pela criança e adolescente é evitando que a violência sexual aconteça.

Entendemos que a mudança da realidade apresentada nesse estudo, passa pela modificação dos comportamentos, das relações de gênero e por investimento nas áreas da saúde e justiça na busca de envolver os técnicos responsáveis no atendimento dos casos de violência sexual, em busca de garantir os direitos previstos em lei. É papel da sociedade em especial dos técnicos que lidam nesta área, conhecer melhor o problema, torná-lo visível e se preparar para enfrentar de forma efetiva, contribuindo para que a violência sexual contra a criança e adolescente não mais ocorra.

# *Considerações finais*

---

---

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual apesar de ser um tema cada vez mais emergente, continua sendo subnotificada e de difícil diagnóstico, necessitando maiores investimentos para o seu descortinamento. Entendida como um fenômeno histórico, universal que causa danos indelévels às suas vítimas e familiares, portanto, deve ser prevenida, evitada e, intervenções precoces no sentido de proteção às vítimas devem ser instituídas.

A gravidez em meninas menores de 14 de idade está associada à violência sexual em 27% dos casos entrevistados. Mesmo sabendo que todas se enquadram em situação de violência sexual presumida, muitas dessas jovens não reconhecem por razões culturais, valores e costumes. A denúncia não foi efetivada pelas meninas ou familiares nem providências legais foram encaminhadas.

As vítimas de violência sexual têm baixa escolaridade, tiveram que abandonar os estudos e vivem em precárias condições de vida, sem acesso às políticas públicas de direitos reprodutivos previstos na lei. Essas mães estão excluídas das políticas públicas reparadoras como bolsa família, e também estão na contra mão da lei que rege o trabalho infantil. A frequência na escola e outros direitos previstos no Estatuto de Criança e do Adolescente, não estão assegurados.

Uma limitação encontrada no presente trabalho foi à impossibilidade de localizar todas as mães menores de 14 anos que pariram no Recife no período estudado, pela alta rotatividade da população em áreas de concentração de população de baixa renda, e também por elas não deixarem voluntariamente sua localização, referindo endereço errado na maternidade. Isto remete a uma preocupação ainda maior para a realização de ações de vigilância em saúde a serem desenvolvidas com essas mães.

A proposta de que a partir do Sistema de Nascidos Vivos, seja possível promover ações de vigilância em saúde de proteção às mães adolescentes menores de 14 anos residentes no Recife, estabelecendo articulação das políticas de saúde, educação a assistência social, propiciando as mães o retorno a escola, assistência na saúde de forma contínua, na perspectiva de se promover a garantia dos direitos assegurados na legislação, é uma das contribuições do presente estudo.



O estudo destaca a possibilidade de uma reflexão sobre a prática da medicina legal nas perícias de violência sexual, em que se deposita uma excessiva necessidade de se ter a prova material dos crimes praticados, quando esses vestígios são de baixa sensibilidade diante da complexidade deste agravo. A história do relato do caso, a história clínica, os sinais e sintomas apresentados, além de outros exames laboratoriais deveriam ser mais valorizados e incorporados na rotina dos serviços.

Os laudos periciais dos institutos médicos legais brasileiros, baseados em evidências físicas, ignoram a possibilidade de avaliar as lesões emocionais, que marcadamente deixam marcas indelévels nas suas vítimas. Situação que se mantém devido à interpretação do Código Penal Brasileiro datado de 1940, que define como grave as lesões essencialmente corporais, considerando o pouco saber da época sobre o desenvolvimento psicossocial, em especial de crianças e adolescentes. A constatação do dano psicológico não é feita, remetendo a necessidade de esclarecer as repercussões na vida da criança e adolescente e atestar o nexo de causalidade com o evento investigado

É urgente a necessidade de incorporar tecnologias, adotar padrões e protocolos como sugeridos pela OMS, além de qualificar técnicos para um melhor diagnóstico dos casos, e uma maior qualificação dos serviços de atendimento às vítimas.

É necessário uma equipe multidisciplinar capaz de realizar uma entrevista legal que possa auxiliar à justiça na evidência dos casos, como também evitar que a criança seja revitimizada com exaustivos interrogatórios.

Deve ser estimulada a criação de protocolos e rotinas nos serviços de atendimentos às vítimas, bem como efetivação de equipes interdisciplinares no atendimento das vítimas e seus familiares. Reforça-se a necessidade de programas de intervenção precoce nesses casos, possibilitando minimizar os danos sofridos, reduzir a prevalência e desenvolver tratamentos eficazes.

No campo do direito civil, a violência sexual está estabelecida com a necessidade da reparação do dano moral. A reparação também terá que ser compensatória e produzir impacto na figura do agressor. Além das implicações previstas no código penal o perpetrador teria que reparar o dano, propiciando condições para tratamento e melhor qualidade de vida para a vítima.

É necessário mudanças no Código Penal Brasileiro, já proposta por vários juristas nacionais (ALMEIDA; COSTA; PRADO, 1974; ROMERO, 2002), que é a mudança da denominação do crime de lesão corporal para lesão pessoal e acrescenta no artigo de lesão de natureza grave o dano psíquico. Como consequência os quesitos a serem respondidos nos exames médicos legais seriam acrescido da avaliação do dano psíquico. Dessa maneira o exame médico legal necessitaria de um redirecionamento, onde a entrevista médico legal teria um valor de destaque neste processo, e medidas estruturantes no sistema policial e jurídico teriam que ser efetivadas, com implementação de políticas públicas de prevenção e assistência, na perspectiva de uma melhor qualidade de vida.

# *Referências*

---

---

## REFERÊNCIAS

ABECHE, A. M. A **gestante adolescente e seu parceiro**: características do relacionamento do casal e aceitação da gravidez. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2000.

ADAMS, J. A. et al. Examination Findings in Legally Confirmed Child sexual Abuse: It's Normal to be Normal. **Pediatrics**, Illinois, v. 94, p. 310- 317, 1994.

ADAMS, J. A. Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. **Child maltreatment**, Thousand Oaks, v. 6, p. 31-36, 2001.

ADED, N. L. O. et al. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 204-213, 2006.

AGUDELO, S. F. **El Quinto no matar**: contextos explicativos de la violencia en Colombia. Bogotá: Tercer Mundo, 1999.

ALMEIDA JUNIOR, A. F.; COSTA JUNIOR, J. B. O. **Lições de medicina legal**. 12 ed. São Paulo: Nacional, 1974.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. **Pediatrics**, Evanston, v. 103, n. 1, p. 186-191, Jan. 1999.

ARAÚJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 3-11, jul./dez. 2002.

ASSIS, S. G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 126-134, 1994.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Abuso sexual**: mitos e realidade. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados, 1997.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). **Crianças vitimizadas: síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989.

BIHELER, S. **As pessoas não estão preparadas para lidar com o abuso sexual, porque a sexualidade assusta**. Florianópolis: UFSC, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2007.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília, DF, 1940. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/DecretoLei/Del2848compilado.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2007.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei 8.069/1990. Recife: CEDCA, 2001a

BRASIL. Ministério da Justiça. **Plano nacional de enfrentamento a violência sexual infanto-juvenil**. Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001c. Seção 1E.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviços. Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área técnica Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1999. (Norma Técnica).

BRILLESLIJPER-KATER, S. N.; FRIEDRICH, W. N.; CORWIN, D. L. Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: theory and research challenges. **Child abuse & neglect**, Elmsford, v. 28, n. 10, p. 1007-1017, Oct. 2004.

BROWNE, A.; FINKELHOR, D. Impact of child sexual abuse: a review of the research. **Psychological bulletin**, Washington, v. 99, n. 1, p. 66-77, Jan. 1986.

BRUCK, M.; CECI, S. J. The suggestibility of children's memory. **Annual review of psychology**, Palo Alto, v. 50, p. 419-439, 1999.

BRUNSCHOT, E. G. V.; BRANNIGAN, A. Childhood maltreatment and subsequent conduct disorders. The case of female street prostitution. **International journal of law and psychiatry**, Elmsford, v. 25, p. 219-234, 2002.

CAMINHA, R. M. A violência e seus danos à criança e ao adolescente. In: ASSOCIAÇÃO DE APOIO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE (Org.). **Violência doméstica**. Porto Alegre: UNICEF, 2000. p. 43-60. 2001

CARTER-LOURENSZ, J. H.; JOHNSON-POWELL, G. Abuso físico, abuso sexual e negligência da criança, In: KAPPLAN, H. I.; SADDOCK, B. J. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 2660- 2676.

CAVASIN, S. (Coord.). **Gravidez de adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade social**: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras. São Paulo: ECOS Comunicação em Sexualidade, 2004. Disponível em: <<http://www.ecos.org.br/download/Pesquisa%20Gravidez%20na%20Adolescencia%20%20Mar%20C3%A7o2004.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2008.

CEZAR, J. A. D. **Depoimento sem dano**: uma alternativa para inquirir crianças e adolescentes nos processos judiciais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

COFFEY, P. et al. Mediators of long –term impact of child sexual abuse: perceived stigma, betrayal, powelessness, and self-blame. **Child abuse & neglect**, Elmsford, v. 20, p. 447-455, 1996.

COHEN, C.; FIGARO, C. J. Crimes relativos ao abuso sexual. In: COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. **Saúde mental crime e justiça**. São Paulo: Edusp, 1996. p. 149-170.

COHEN, C.; MATSUDA, N. E. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. **Revista paulista de medicina**, São Paulo, v. 109, p. 157-164, 1991.

COHEN, J. A.; MANNARINO, A. P.; ROGAL, S. Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. **Child abuse & neglect**, Elmsford, v. 25, p. 123-135, 2001.

COLLI, A. S. Maturation sexual de los adolescentes de São Paulo. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud del adolescentes y el jovem em lãs Américas**. Washington, 1985. (OPAS Publication científica, 489).

COLLINS, K. A. et al. Identification of sperm and non-sperm male cells in cervicovaginal smears using fluorescence in situ hybridization: applications in alleged sexual assault cases. **Journal of forensic sciences**, Philadelphia, v. 39, p. 1347-1355, 1994.

CONTE, J. R. Sexual abuse of children. In: HAMPTON, R. L. et al. **Family violence: prevention and treatment**. Newbury Park: Sage, 1993. cap. 3, p. 56-85. (Issues in children's and families lives, v. 1).

COSTA, T. J. M. N. **Gravidez na adolescência**: um estudo de caso sobre a maternidade na faixa etária de 10 a 14 anos em Juiz de Fora, MG. 2002. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CROWE, C. et al. A case of acute hepatitis B occurring four months after multiple rape. **International journal of STD and AIDS**, London, v. 7, p. 133-134, 1996.

CUADROS, I. **Manual básico para el diagnostico y tratamiento del maltrato infantil**. Santafé de Bogotá: Convenio Asociación Afecto y Save the Children, 2000.

DeMAUSE, L. La evolucion de la infancia. In: DeMAUSE, L. (Org.). **Historia de la Infancia**. Madri: Alianza, 1982. p. 15-92.

DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 177-187, 1994.

DIAZ, J.; DIAZ, M. Contracepção na adolescência. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; CASTELO BRANCO, V. (Org.). **Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. v. 1. p. 249- 257.

DREZETT, J. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: os desafios dos profissionais de saúde. In: SEMINÁRIO ESTADUAL PACTO SÃO PAULO CONTRA A VIOLÊNCIA, ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 2001, São Paulo. **[Trabalho apresentado]**. São Paulo: [s. n.], 2001.

DREZETT, J. **Estudo dos fatores relacionados com a violência sexual contra crianças e adolescentes e mulheres adultas**. 2000. Tese (Doutorado) - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, São Paulo, 2000.

ESTREICH, S.; FORSTER, G. E.; ROBINSOM, A. Sexually transmitted diseases in rape victims. **Genitourinary medicine**, London, v. 66, p. 433-438, 1990.

FALEIROS, E. T. S. **O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des) caminhos da denúncia**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

FALEIROS, E. T. S. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília, DF: Thesaurus, 2000.

FALEIROS, E. T. S.; FALEIROS, V. P. (Coord.). **Circuitos e curtos-circuitos: atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes**. São Paulo: Veras, 2001.

FAÚNDES, A.; ANDALAFT NETO, J. A.; FREITAS, F. III Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto por lei. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 317-321, 1999.

FAÚNDES, A.; BEDONE, A.; PINTO E SILVA, J. L. I Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1-8, 1997.

FERRARI, D. C. A. Atendimento psicológico a casos de violência intrafamiliar. In: FERRARI, C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Summus, 2002. p. 160-173.



FERREIRA, A. L. **O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual**: avaliação de um serviço público. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

FERREIRA, A. L. et al. A prevenção da violência contra a criança na experiência do ambulatório de atendimento à família: entraves e possibilidades de atuação. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 123-130, 1999.

FINKELHOR, D. **A sourcebook on child sexual abuse**. London: Sage, 1986.

FLORES, R. Z. Definir e medir o que são abusos sexuais. In: LEAL, M. F. P.; CÉSAR, M. A. (Org.). **Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes**: relatório final da oficina. Brasília, DF: CECRIA, 1997. p. 23-32.

FLORES-SANDI, G. Importância de la entrevista médico forense em la evaluación del abuso saxual em el paciente pediátrico. **Acta médica costarricense**, San Jose, v. 49, p. 149-153, 2007.

FRANÇA, G. V. Avaliação e valoração médico-legal do dano psíquico. In: \_\_\_\_\_. **Medicina legal**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

FRANÇA, G. V. de. **Medicina legal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

FURNISS, T. **The multi-professional handbook of child sexual abuse**: integrated management, therapy, and legal intervention. London: Rout Ledge, 1995.

GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997.

GABBY, T. et al. Sexual abuse of children: the detection of semen on skin. **American journal of diseases of children**, Chicago, v. 146, p. 700-703, 1992.

GARZA-AGUILAR, J.; DIAZ-MICHEL, E. Elementos para el estudio de la violacion sexual. **Salud pública de México**, México, v. 36, p. 36-45, 1994.

GERKO, K. V. et al. Reported Childhood sexual abuse eating disorderes cognitions and behaviors. **Child abuse & neglect**, Elmsford, v. 29, p. 375-382, 2005.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 146-155, 1994.

GLASER, J. B.; HAMMERSCHALAG, M. R.; MCCORMACK, W. M. Epidemiology of sexually transmitted diseases in rape victims. **Journal of infectious diseases**, Chicago, v. 11, p. 246-254, 1989.

GOMES, H. **Medicina legal**. 2. ed. São Paulo: Freitas Bastos, 1997.

GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbimortalidade de crianças vítimas de violência. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 301-311, 1998.

GOMES, R. et al. A abordagem dos maus tratos contra criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 275-283, 2002.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, jan./fev. 2002.

GRÃ-BRETANHA. Home Office and Department of Health. **Memorandum of good practice on video recorded interviews with child witnesses for criminal proceedings**. London: Stationery Office Books, 1991.

HABIGZANG, L. F. et al. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 341-348, set./dez. 2005.

HABIGZANG, L. F.; CAMINHA, R. M. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

HEISE, L. Gender-based Abuse: the global epidemic. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 135-145, 1994.

HEPPENSTALL-HEGER, A. et al. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. **Pediatrics**, Evanston, v. 112, n. 4, p. 829-837, 2003.

HOBBS, J. C.; HANKS, H. G. I.; WYNNE, J. M. **Child abuse and neglect: a clinician's handbook**. 2nd. ed. London: Churchil Livingstone, 1999.

HOLMES, M. M. et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. **American journal of obstetrics and gynecology**, St. Louis, v. 175, p. 320-324, 1996.

HOUAISS, A. Resiliência. In: \_\_\_\_\_. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Versão 1.0. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 1 CD-ROM.

HUFFMAN, J. W. Ginecologia pediátrica e adolescente. In: BENSON, R. C. **Diagnóstico e tratamento em obstetrícia & ginecologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1980. p. 393-411.

IBGE. **Censo demográfico 2000**: resultados do universo. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelagrandes\\_regioes211.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelagrandes_regioes211.shtm)>. Acesso em: 15 set. 2005.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON POPULATION AND DEVELOPMENT SECRETARIAT, 1994, Cairo. **Analytical tools for the study of the draft Programme of Action of the International Conference on Population and Development**. Nova York: [S. n.], 1994.

JENNY, C. et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. **New England journal of medicine**, Boston, v. 322, p. 713-716, 1990.

JOHNSON, B. K.; KENKEL, M. B. Stress, coping, and adjustment in female adolescent incest victims. **Child abuse & neglect**, Elmsford, v. 15, p. 293-305, 1991.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-235, 2003.

KEIL, W.; BACHUS, J.; TROGER, H. D. Evaluation of MHS-5 in detecting seminal fluid in vaginal swabs. **International journal of legal medicine**, Heidelberg, v. 108, p. 186-189, 1996.

LABBÉ, J. Ambroise tardieu: the man and his work on child maltreatment a century before kempe. **Child abuse & neglect**, Elmsford, v. 29, p. 311-324, 2005.

LACEY, H. B. Sexually transmitted diseases and rape: the experience of a sexual assault centre. **International journal of STD and AIDS**, London, v. 1, p. 405-409, 1990.

LEAL, M. L. P. **Estudo analítico do enfrentamento da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes no Brasil - ESCCA: período 1996-2004**. Rio de Janeiro: Casa da Comunicação, 2005.

MADEIRA, F. R.; WONG, L. R. **Responsabilidades precoces**: família, sexualidade, migração e pobreza na Grande São Paulo. Trabalho apresentado no Seminário A família nos anos 80: dimensões sociais do novo regime demográfico em Campinas, 1988.

MAGALHÃES, T. et al. Child sexual abuse: a preliminary study. **Journal of clinical forensic medicine**, Edinburgh, v. 5, p. 176-182, 1998.

MAGALHÃES, T.; RIBEIRO, C. A colheita de informação a vítimas de crimes sexuais. **Acta medica portuguesa**, Lisboa, v. 20, p. 439-445, 2007.

MARTIN, G. et al. Sexual abuse and suicidality; gender differences in a large community sample of adolescents. **Child abuse & neglect**, Elmsford, v. 28, p. 491-503, 2004.

MASSON, J. M. **The assault of truth**: Freud's suppression of the seduction theory. New York: Farrar, Strauss & Giroux, 1984.

MEES, L. A. **Abuso sexual, trauma infantil e fantasias femininas**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2001.

MENDONÇA, V. N. T. O mau-trato infantil e o Estatuto da Criança e o Adolescente: os caminhos da prevenção, da proteção e da responsabilização. In: SILVA, L. M. P. (Org.). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002.

MEURSING, K. et al. Child sexual abuse in Matabeleland, Zimbabwe. **Social science and medicine**, New York, v. 41, n. 12, p. 1693-1704, Dec. 1995.

MIAN, M.; MARTON, P.; LEBARON, D. The effects of sexual abuse on 3 - to 5 years - old girls. **Child abuse & neglect**, Elmsford, v. 20, p. 731-745, 1996.

- MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 7-18, 1994.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde**: a intrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. E possível prevenir a Violência?. Reflexões a partir do Campo da Saúde Pública. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.
- MOLNAR, B. E.; BUKA, S. L.; KESSLER, R. C. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. **American journal of public health**, Washington, v. 91, n. 5, p. 753-760, 2001.
- MORALES, A. E.; SCHARMM, F. R. A moralidade do abuso intrafamiliar em menores. **Ciências & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 265-273, 2002.
- MORGAN, J.; ZEDNER, L. **Child victims**: crime, impact, and justice. Oxford: Clarendon, 1992.
- MOYANO, M. F.; GUZMÁN, J. M.; CONTRERAS, J. M. La adolescência y la salud reproductiva. In: GUZMÁN, J. M. et al. **Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe**. México: Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas, 2001.
- MUNIST, M. et al. **Manual de indentificación y promoción de la resiliência em niños y adolescentes**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1998.
- MURAM, D. Child sexual abuse. **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, Philadelphia, v. 19, p. 193-207, 1992.
- O'KEEFE, M. A case suspected child sexual abuse. **Journal of clinical forensic medicine**, Edinburgh, v. 11, p. 316-320, 2004.
- OLIVEIRA, J. **Código penal**. 25. ed. São Paulo: Saraiva, 1987.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World report on violence and health**: summary. Geneva, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence**. Geneva, 2003.

OZAKI, P. E. et al. Atendimento à mulher Vítima de violência sexual. **Revista brasileira de medicina: ginecologia e obstetrícia**, São Paulo, v. 9, p. 185-192, 1998.

PADILHA, R. P.; GOMIDE, P. I. C. Descrição de um processo terapeutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. **Estudos de psicologia (Natal)**, Natal, v. 9, n. 1, p. 53-61, 2004.

PEIPERT, J. F.; DOMAGALSKI, L. R. Epidemiology of adolescent sexual assault. **Obstetrics and gynecology**, Hagerstown, v. 84, p. 867-871, 1994.

PERNAMBUCO. Secretaria de Defesa Social. Gerência de Polícia da Criança e o Adolescente. **Estatística anual**. Recife, 2004.

PFEIFFER, L.; SAVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, supl., p. S197-S204, 2005.

PILAI, M. Forensic examination of suspect child victims of sexual abuse in the UK: a personal view. **Journal of clinical forensic medicine**, Edinburgh, v. 12, p. 57-63, 2005.

PIMENTEL, S.; SCHRITZMEYER, A. L. P.; PANDJIARJIAN, V. **Estupro: crime ou "cortesia"?** - abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre: SAFE, 1998.

PINHEIROS, P. S. **Relatório do especialista independente para o estudo das Nações Unidas sobre a violência contra crianças**. New York: Nações Unidas, 2006.

PINTO, A. L. T.; WINDT, M. C.; SIQUEIRA, L. E. A. **Código penal**. 39. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

PIOVESAN, F.; PIROTTA, W. R. T. A Proteção dos direitos reprodutivos no direito internacional e no direito interno. In: PIOVESAN, F. **Temas de direitos humanos**. São Paulo: Max Limonad, 1998.

PIROTTA, W. R. B.; PIROTTA, K. C. M. O adolescente e o direito à saúde após a constituição de 1988. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; CASTELO BRANCO, V.

(Org.). **Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. v. 1, p. 30-40.

PRADO, P. A. **Medicina legal e deontologia médica**. São Paulo: Juiriscredi, 1972.

RAVAZZOLA, M. C. **Histórias infames: los maltratos em lãs relaciones**. Buenos Ayres: Paidós, 1997.

RECIFE. Secretaria de Política da Assistência Social. **Plano de enfrentamento a violência sexual infanto-juvenil**. Recife, 2002.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria de Assistência a Saúde. **Assistência integral à mulher vítima de violência doméstica e sexista: protocolo**. Recife, 2008a.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Perfil epidemiológico do Recife (2001 a 2007)**. Recife, 2008b.

RICKERT, V. I.; WIEMANN, C. M. Date rape among adolescents and young adults. **Journal of pediatric and adolescent gynecology**, Philadelphia, v. 11, p. 167-175, 1998.

ROBERTS, R. et al. The effects of child sexual abuse in family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. **Child abuse & neglect**, Elmsford, v. 28, p. 525-545, 2004.

ROCHE, A. J. et al. The work of ambroise tardieu: the first definitive description of child abuse. **Child abuse & neglect**, Elmsford, v. 29, n. 4, p. 325-334, 2005.

ROMERO, J. O. **Roteiro de medicina legal**. São José dos Campos: UNIVAP, 2002.

ROSS, J. D.; SCOTT, G. R.; BUSUTTIL, A. Rape and sexually transmitted diseases: patterns of referral and incidence in a department of genitourinary medicine. **Journal of the royal society of medicine**, London, v. 84, p. 657-659, 1991.

ROVINSKI, S. L. R. **Fundamentos da perícia psicológica forense**. São Paulo: Vetor, 2004.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS O LONDON. **Physical signs of sexual abuse in children.** Report of a working party of the Royal College of Physicians. 2 nd ed. Suffolk: Lavenham, 1997.

SAFFIOTI, H. I. B. A síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder.** São Paulo: Iglu, 1989. p. 13-21.

SALVAGNI, P.; WAGNER, M. B. Estudo de caso controle para desenvolver e estimar a validade discriminante de um questionário de avaliação de abuso sexual em crianças. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, p. 431-436, 2006.

SANTOS JUNIOR, J. D. Fatores etiológicos relacionados a gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; CASTELO BRANCO, V. (Org.). **Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. v. 1, p. 223-229.

SEIXAS, A. H. Abuso sexual na adolescência. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; CASTELO BRANCO, V. (Org.). **Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. v. 1, p. 117-135.

SILVA, M. C. M.; SILVA, L. M. P. **Guia de assistência integral à saúde da criança e do adolescente em situação de violência: abordagem disciplinar.** Recife: EDUPE, 2003.

SILVA JUNIOR, A. P. **Dano psíquico em crianças vítimas de abuso sexual sem comprovação de ato libidinoso ou conjunção carnal.** 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.

SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G.; ALZUGUIR, F. C. V. Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 2, n. 2, p. 105-116, maio/ago. 2002.

SPENCER, J. R.; FLIN, R. **The evidence of children: the law and the psychology.** New York: Blackstone, 1993.

STEEL, J. et al. Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. **Child abuse & neglect**, Elmsford, v. 28, p. 785-801, 2004.



TANNER, J. M. **Growth at adolescence**. 2nd. ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1962.

THOMAS, A. et al. National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people. **Archives of disease in childhood**, London, v. 88, p. 303-311, 2003.

TORRES, J. H. R. Aspectos legais do abortamento. **Jornal da redevsaúde**, São Paulo, v. 18, p. 7-9, 1999.

TUCKER, S. et al. Sexual assault evidence collection. **Wisconsin medical journal**, Madison, v. 89, p. 407-411, 1990.

UNICEF. **Pesquisa sobre abuso sexual de crianças e adolescentes no estado do Ceará**: relatório final. Fortaleza, 2004. Mimeografado.

VANRELL, J. P. **Sexologia Forense**. Montes Claros: Unimontes, 2001.

VIGARELLO, G. **História do estupro**: violência sexual nos séculos XVI-XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

WATKINS, B.; BENTOVIM, A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. **Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines**, Elmsford, v. 33, p. 197-248, 1992.

YSTGAARD, M. et al. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? **Child abuse & neglect**, Elmsford, v. 28, p. 863-875, 2004.

# *Apêndices*

---

---

## Apêndice A – Ficha de Vigilância da Adolescente Mãe - Perfil

FICHA DE VIGILÂNCIA DA ADOLESCENTE MÃE - PERFIL												
<b>I - Dados da Adolescente</b>												
1	Nº do questionário	2	Data de nascimento	3	Idade				Anos	Meses		
4	Nome da vítima											
5	Sexo	1 - Masculino	9 - Ignorado	2 - Feminino	6	Raça / Cor	1 - Branca	2 - Preta	3 - Amarela	4 - Parda	5 - Indígena	9 - Ignorado
7	Residência logradouro									8	Nº	
9	Bairro											
10	Distrito Sanitário						11	Cep.				
	1 - DS I	2 - DS II	3 - DS III	4 - DS IV	5 - DS V	6 - DS VI						
12	No momento está gestante			13	Se sim, quantas semanas		14	Data da última menstruação				
	1 - Sim	2 - Não	9 - Ign									
15	Nº de gestações			16	Nº de partos		17	Nº de nascidos mortos				
18	Nº de nascidos vivos						19	Nº de abortos				
	Normal: _____		Cesárea: _____		Fórceps: _____							
20	Nº total de consultas pré-natal da última gestação						21	Freqüente a escola				
							1 - Sim	2 - Não	9 - Ign			
22	Escolaridade (em anos de estudos concluídos)											
	1 - Nenhuma	2 - 1 a 2	3 - 4 a 7	4 - 8 a 11	5 - 12 e +	9 - Ignorado						
23	Porque não freqüentou ou freqüente escola?											
24	Ocupação habitual						25	Código Brasileiro de Ocupação				
26	Tem ou já contraiu alguma DST						27	Faz uso de métodos contraceptivos				
	1 - Sim	2 - Não	9 - Ign			1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado				
28	Qual?											
29	Situação conjugal											
	1 - Solteiro	2 - Casado / União Consensual	3 - Viúvo	4 - Separado	5 - Não se Aplica	9 - Ignorado						
30	Idade do bebê?			31	Quem assume a responsabilidade do bebê?							
	Anos		Meses	1 - Pai	2 - Companheiro	3 - Avó	4 - Tio	5 - Padrinho	6 - Outros			
32	Quem cuida do bebê?											
	1 - Mãe	2 - Pai	3 - Avó	4 - Tia	5 - Amiga / Vizinho	6 - Adoção	7 - Outros					
33	A(s) criança(s) é (são) acompanhada(s) por algum programa social?											
	1 - Sim	2 - Não										
34	Qual?											
35	Recebe algum benefício, apoio ou está ligada algum programa?											
	1 - Sim	2 - Não										
36	Qual?											
37	Possui algum tipo de deficiência?											
	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado									
38	Qual?											

39	<b>Outras deficiências / síndromes?</b>						
<b>II - Família</b>							
40	<b>Provedor da família?</b>						
	1 - Pai	2 - Pai e Mãe	3 - Mãe	4 - Familiares	5 - Avô / Avó	6 - Vizinhos	7 - Adolescente/companheiro(a)
	8 - Mãe e outros familiares	9 - Pai e outros familiares	10 - Outros	11 - Não sabe/Não respondeu	12 - Reside em brigo		
41	<b>Vida em Família (convivência)</b>			42	<b>Sofrimentos de maus-tratos em casa?</b>		
	1 - Boa	2 - Ótima	3 - Regular	4 - Péssima	1 - Sim	2 - Não	3 - Não respondeu
43	<b>Motivo por convivência regular, péssima ou nenhuma</b>						
	1 - Desentendimento	2 - Maus tratos / agressão	3 - Não vive em casa	4 - Alcoolismo	5 - Saída de membro familiar		
	6 - Medo do pai	7 - Falta de diálogo	8 - Expulsão de casa				
44	<b>Tipos de maus-tratos nos casos positivos</b>						
	1 - Físico	2 - Físico e psicológico	3 - Psicológico	4 - Abuso sexual	5 - Não respondeu		
45	<b>Quem agrediu nos casos positivos</b>						
	1 - Pai	2 - Mãe	3 - Padrasto/madrasta	4 - Avô/avó	5 - Pai e mãe	6 - Irmãos	7 - Outros
46	<b>Problema mais sério por que passou</b>						
	1 - Desentendimentos	2 - Separação dos pais	3 - Morte pai / mãe	4 - Maus tratos / agressão	5 - Dificuldade financeira		
	6 - Fome	7 - Expulsão de casa	8 - Alcoolismo pai/mãe	9 - Abuso sexual	10 - Estupro	11 - Outros	
<b>III - Sexualidade</b>							
47	<b>Idade na primeira menstruação (sexo feminino)</b>			48	<b>Idade na primeira experiência sexual (sem relação)</b>		
49	<b>Com quem ocorreu a 1ª experiência sexual (sem relação)</b>						
	1 - Namorado(a)	2 - Amigo(a)	3 - Não sabe/Não respondeu	4 - Pai	5 - Desconhecidos		
	6 - Padrasto	7 - Irmã(o)	8 - Outros	9 - Nunca teve experiência			
50	<b>Situação como ocorreu a 1ª experiência sexual</b>						
	1 - Com o namorado	2 - Em casa com familiares	3 - Com amigos	4 - Casa de vizinha	5 - Com desconhecidos		
	6 - Com religiosos	7 - Na escola	8 - Em casa com amigos	9 - Com o professor	10 - Outros		
<b>IV - Abuso Sexual</b>							
51	<b>Idade quando alguém tentou tocá-la</b>						
	1 - Não sabe	2 - Não respondeu	Qual:				
52	<b>Situação 1ª vez que alguém tentou tocá-la</b>						
	1 - Em casa por familiares	2 - Com vizinhos	3 - Com amigos	4 - Com namorados	5 - Com religiosos		
	6 - Com professores	7 - Com o atual companheiro	8 - Em casa de patrões	9 - Outros			
53	<b>Onde estava quando alguém tentou tocá-la?</b>						
	1 - Em casa	2 - Em terreno baldio	3 - Na casa do vizinho	4 - Casa do abusador(a)			
	5 - Não sabe / Não respondeu	6 - Na escola	7 - Outro				
54	<b>Tempo dos toques e carícias</b>						
	1 - Uma única vez	2 - Por mais de 01 ano	3 - Por mais de um mês	4 - Entre 01 e 06 meses			
	5 - Continua acontecendo	6 - Entre 06 meses e 01 ano	7 - Não sabe / Não respondeu				
55	<b>Por que aconteceu essa agressão</b>						
	1 - Ameaça	2 - Prazer	3 - Medo	4 - Influência de amigos	5 - Necessidade / Gratificação		
	6 - Pressão familiar	7 - Outros	8 - Não sabe / Não respondeu				
56	<b>A quem revelou sobre o abuso?</b>						
	1 - Mãe	2 - Não revelou	3 - Amigo(a)	4 - Profissional	5 - Irmão(a)	6 - Pai	
	7 - Outro parente	8 - Não respondeu	9 - Outro				
57	<b>Como se sente em relação ao abuso?</b>						
	1 - Não aceito	2 - Não sabe / Não respondeu	3 - Aceito	4 - Não aceito mas nada posso fazer	5 - Outra		
58	<b>Motivos porque aceita ou aceitou a situação de abuso?</b>						
	1 - Gosta / Apaixonada	2 - Medo	3 - Recebia bens materiais	4 - Não acha errado	5 - Teve vontade		
	6 - Quer esquecer	7 - Chantagem	8 - Outros				
59	<b>Motivo por que não aceita ou aceitou a situação de abuso?</b>						
	1 - Acha errado	2 - Acha ruimo	3 - Medo / Ameaça	4 - Angustiante	5 - Sem consentimento		
	6 - Nojento / horrível	7 - Outros					



## Apêndice B - Consentimento livre e esclarecido.



Centro de Pesquisas  
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **Questionário- usuárias (mães menores de 14 anos)**

A senhora está sendo convidada para participar como entrevistada na pesquisa: "Descortinando a Violência Sexual em Crianças e Adolescentes: análise da invisibilidade do problema sobre a ótica epidemiológica e clínica lega". Será desenvolvida por mim, Maria Carmelita Maia e Silva, no Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, com previsão para conclusão em março de 2009.

O objetivo principal do estudo é caracterizar o perfil das mães menores de 14 anos residentes, no Recife, nos anos de 2005 a junho de 2007, e suas percepções sobre violência sexual.

A entrevista durará em torno de 30 minutos, constará de perguntas diretas com múltiplas alternativas para a resposta, não é remunerada, e não será gravada. Todas as informações obtidas serão confidenciais, não sendo divulgadas para ninguém, e utilizadas apenas para os objetivos da presente pesquisa. Os dados de identificação serão retirados e apenas um código será utilizado. Embora a entrevista não represente nenhum benefício para a senhora, poderá contribuir para o aprimoramento do Programa de Vigilância das Mães sob Risco do Recife (Projeto Cidadão).

A senhora pode a qualquer momento, recusar-se a responder qualquer pergunta, ou retirar o seu consentimento para realização da entrevista, sem que haja constrangimento para nenhuma das partes.

Serão garantidos confidencialidade e anonimato, assim como o direito de não responder algumas das perguntas ou de, a qualquer momento, interromper a entrevista, pode inclusive determinar que as informações que já tenha nos dado sejam colocadas de fora do resto do material coletado. A assinatura deste consentimento não inviabiliza nenhum dos seus direitos legais. Nas entrevistas realizadas com os menores de 18 anos, os pais ou responsáveis legais não terão acesso as suas respostas. Este documento será feito em duas vias, uma cópia fica com o pesquisador e a outra com a entrevistada.

Caso ainda haja dúvidas, ou em surgindo alguma no decorrer das entrevistas, a pesquisadora se colocará ao seu dispor para esclarecê-las. A qualquer momento poderá contactar a pesquisadora principal, Maria Carmelita Maia e Silva pelo telefone 34131260 ou pelo celular – 99796883, E-mail – mariacarmelita@recife.pe.gov.br, COPAV na Rua Major Codeceira, 194 – Edf. Julião Paulo da Silva – Santo Amaro – Recife/PE. CEP: 50.100-070. Ainda pode procurar o Comitê de ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-CEP, na Cidade Universitária Recife /PE, CEP: PABX: (81) 21012500.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos contidos neste consentimento esclarecido, Eu, RG \_\_\_\_\_, concordo em participar da entrevista, colaborando, desta forma, com esta pesquisa. Sei que assinado este consentimento não abro mão de meus direitos legais e que me ficarão garantidos a confidencialidade e o anonimato. Este termo deverá ser assinado em duas vias, com cópia para a senhora, e outra para a pesquisadora.

Atenciosamente,  
Maria Carmelita Maia e Silva

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na referida pesquisa, e declaro a minha concordância em participar.

Recife, de 200\_\_

Nome da entrevistada

Assinatura \_\_\_\_\_

**Apêndice C – Questionário Violência sexual contra crianças e o adolescente**

Violência Sexual Contra a Criança e o Adolescente Menor que 18 anos																	
Identificação da Vítima	1	Nº do Questionário			2	Data da Coleta			3	Data da Ocorrência							
	4	Nome da Vítima															
	5	Idade		Anos		Meses		6	Sexo		7	Raça / Cor					
									1 - Masculino 9 - Ignorado		2 - Feminino		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena				
	8	Residência Logradouro								9	Nº						
	10	Complemento															
Dados da Agressão	11	Bairro					12	Distrito Sanitário									
								1 - DS I 4 - DS IV			2 - DS II 5 - DS V						
	13	Município				14	CEP.		15	UF							
	16	Agressor			1 - Pai 7 - Tio		2 - Mãe 8 - Vizinho/amigo		3 - Irmão 9 - Desconhecido		4 - Padrasto 10 - Namorado/Companheiro		5 - Madrasta 11 - Não informado		6 - Avô / Avó 12 - Outros		
	17	Se Outro Qual					18	Números de Agressores									
								1 - 1 (Um) 2 - Mais de 1 (Um)									
19	Tipo de Suspeita do Abuso Sexual - Confirmada					Se Confirmada, através de:											
	<input type="checkbox"/> Atentado Violento ao Pudor		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Pesquisa de Esperma		<input type="checkbox"/> Gravidez		<input type="checkbox"/> Lesão de Hímem		<input type="checkbox"/> Outra Lesão Corporal		<input type="checkbox"/> Lesão de Anus		<input type="checkbox"/> Exame de DNA		
					<input type="checkbox"/> Violência Psicológica		<input type="checkbox"/> Outros										
20	<input type="checkbox"/> Sedução/Corrupção de Menores		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Pesquisa de Esperma		<input type="checkbox"/> Gravidez		<input type="checkbox"/> Lesão de Hímem		<input type="checkbox"/> Outra Lesão Corporal		<input type="checkbox"/> Lesão de Anus		<input type="checkbox"/> Exame de DNA		
					<input type="checkbox"/> Violência Psicológica		<input type="checkbox"/> Outros										
21	<input type="checkbox"/> Estupro		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Pesquisa de Esperma		<input type="checkbox"/> Gravidez		<input type="checkbox"/> Lesão de Hímem		<input type="checkbox"/> Outra Lesão Corporal		<input type="checkbox"/> Lesão de Anus		<input type="checkbox"/> Exame de DNA		
					<input type="checkbox"/> Violência Psicológica		<input type="checkbox"/> Outros										
22	<input type="checkbox"/> Contágio Venéreo		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Laboratório		<input type="checkbox"/> Clínico (lesões)										
23	<input type="checkbox"/> Verificação de Gravidez		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Bet HCG		<input type="checkbox"/> USG		<input type="checkbox"/> Batimentos Cardio Fetais		<input type="checkbox"/> Planoteste (urina)						
24	<input type="checkbox"/> Abortamento		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Bet HCG		<input type="checkbox"/> USG		<input type="checkbox"/> Batimentos Cardio Fetais		<input type="checkbox"/> Planoteste (urina)						
25	Suspeita Não confirmada por apresentar:					26 Não confirmado, porém com lesões (Região genital, perigenital, oral e mamária):											
	<input type="checkbox"/> Himen complacente		<input type="checkbox"/> Lesão cicatrizada ocorrida anterior ao fato relatado			<input type="checkbox"/> Equimose		<input type="checkbox"/> Escoriação		<input type="checkbox"/> Fissura							
	<input type="checkbox"/> Outras					<input type="checkbox"/> Outras											

*A*nexos

---

---



*A*nexos

---

---

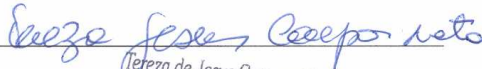
**Anexo A - Carta de anuência da Secretaria de Saúde do Recife.**

**PREFEITURA DO RECIFE**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

**CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO**

A Prefeitura do Recife autoriza a doutoranda, MARIA CARMELITA MAIA E SILVA, médica, funcionária e coordenadora do núcleo de prevenção aos acidentes e violências e promoção à saúde exercendo a função Diretoria de Vigilância em Saúde – DVS, a realizar a sua pesquisa sobre Perfil Epidemiológico das Mães Menores de 14 Anos Residentes no Recife no período 2005-2006. Esclareço que só serão utilizados dessa Instituição, os dados do banco SINASC. Será desenvolvido também uma entrevista com a mães menores de 14 anos residentes no Recife, visando complementar os dados coletados pelo SINASC neste referido período, de forma a implementar as ações do Projeto da Vigilância do Recém-nascido de Risco-Projeto Cidadão. Informamos que não haverá nenhuma identificação das vitimas, apenas será traçado um perfil desses casos notificados, mantendo dessa forma a ética e o sigilo.

Recife, 19 de junho de 2007

  
Tereza de Jesus Campos Neto  
Secretária de Saúde  
Mat. 27.939-2

**Anexo B - Carta de anuência do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha.****CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO**

O Instituto de Medicina Legal Antonio Persivo Cunha, autoriza a doutorada, MARIA CARMELITA MAIA E SILVA, médica legista e funcionaria da Instituição no momento exercendo a função de Supervisora de Qualidade Técnico Administrativo e Divulgação, a realizar a sua pesquisa sobre ABUSO SEXUAL EM CRIANÇA E ADOLESCENTE. um problema sem visibilidade. Esclareço que só serão utilizados nessa Instituição, os prontuários do arquivo, correspondente às vítimas de abuso sexual menores de 14 anos, no período de 2005. Informamos que não haverá nenhuma identificação das vítimas, apenas será traçado um perfil desses casos notificados, mantendo dessa forma a ética e o sigilo.

Recife, 07 de fevereiro de 2007

**Dr. Clovis Cezar de Mendoza.**  
**Gestor em Exercício do IMLAPC.**

**Dr. Clovis Cezar de Mendoza**  
Médico Legista  
GERENTE COORDECAO-IMLAPC  
Mat 107 423-7

## Anexo C – Parecer do Comitê de Ética de Pesquisa, nº 018/2008.



**Título do Projeto:** Descortinando a Violência Sexual em Crianças e Adolescentes: análise da invisibilidade do problema na ótica epidemiológica e clínica legal

**Pesquisador responsável:** Maria Carmelita Maia e Silva

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 17/08/2007

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 65/07

**Registro no CAAE:** 0065.0.095.000-07

### PARECER Nº 018/2008

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 14 de abril de 2011. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 14 de abril de 2008.

  
Dr. Zuleide Maria de Medeiros  
Bióloga  
Coordenadora  
CEPICqAM/FIOCRUZ

**Observação:**

**Anexos:**

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 14/04/2009.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n  
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
Recife - PE - Brasil  
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



## Anexo D – Parecer do Comitê de Ética de Pesquisa nº 019/2008.



**Título do Projeto:** Violência sexual em crianças e adolescentes: análise das perícias realizadas pelo IML/Recife no ano de 2005

**Pesquisador responsável:** Maria Carmelita Maia e Silva

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 17/08/2007

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 66/07

**Registro no CAAE:** 0066.0.095.000-07

### PARECER Nº 019/2008

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 14 de abril de 2011. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 14 de abril de 2008.

Dr. Zilda Maria de Medeiros  
Biomédica  
Coordenadora  
CEPICPqAM/FIOCRUZ

#### Observação:

##### Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 14/04/2009.