

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Universidade Federal do Rio de Janeiro

**MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. PROBLEMA DE
SAÚDE PÚBLICA OU CASO DE POLÍCIA? EXAMES MÉDICO-PERICIAIS E
TRÂMITES LEGAIS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.**

Naura Liane de Oliveira Aded

Tese de Doutorado submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental - PROPSAM do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Doutor em Psiquiatria.

Orientadora: Dra. Maria Tavares Cavalcanti

Rio de Janeiro

Agosto de 2010

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Universidade Federal do Rio de Janeiro

MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA OU CASO DE POLÍCIA? EXAMES MÉDICO-PERICIAIS E TRÂMITES LEGAIS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.

Naura Liane de Oliveira Aded

Tese submetida ao corpo docente do Instituto de Psiquiatria – IPUB da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psiquiatria.

Aprovada por:

Prof^a Maria Tavares Cavalcanti – Presidente (Orientadora)

Prof. Jorge Adelino Rodrigues da Silva

Prof. Flavio Jozef

Prof. Talvane Marins de Moraes

Prof. Alexandre Martins Valença

Prof. Miguel Chalub (suplente)

Prof. Mauro Vitor Mendlowicz (suplente)

Rio de Janeiro

Julho 2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Aded, Naura Liane de Oliveira

Maus tratos contra crianças e adolescentes. Problema de saúde pública ou caso de polícia? Exames médico-periciais e trâmites legais na cidade do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro: UFRJ/ Instituto de Psiquiatria, 2010.

xii; 191

Bibliografia: 91-105

Orientador (a): Maria Tavares Cavalcanti

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB.

1. Abusos físico e sexual de menores
2. Maus tratos e violência doméstica
3. Psiquiatria
4. Medicina Legal
5. Perícia médico-legal.

I. Maus tratos contra crianças e adolescentes. Problema de saúde pública ou caso médico-periciais e trâmites legais na cidade do Rio de Janeiro/ orientador(a):

Maria Tavares Cavalcanti II. Universidade Federal do Rio de Janeiro

III. Tese de Doutorado .

DEDICATÓRIA

Para Nestor...

... embora simples palavras não bastem para explicar todo um sentimento.

Sua existência coloriu e iluminou a minha vida, serviu de inspiração e estímulo.

Sua morte me obrigou a aprender (... mais uma vez) e a me superar.

AGRADECIMENTOS

A Dra. Maria Tavares, minha orientadora, que acreditou nas possibilidades de alguém “nem tão jovem”. Sua firmeza, delicadeza, sabedoria e tranqüilidade foram elementos essenciais ao desenvolvimento, continuação e conclusão deste trabalho.

A Sra. Márcia Valéria de Almeida pelo estímulo, paciência e carinho demonstrados desde o estágio probatório. Os agradecimentos são extensivos às “meninas” da Secretaria Acadêmica.

À Chefia de Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro, na pessoa do Dr. Walter Barros, diretor do Departamento de Polícia Técnico-Científica quando do início da pesquisa, cuja autorização para o acesso aos arquivos do Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto e ao sistema da Divisão de Tecnologia da Informação da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro (DTI/PCERJ) possibilitou este trabalho.

Aos Sr. Geraldo Roberto Peixoto e Sra. Adriana Gomes, responsáveis pela seleção e encaminhamento dos dados da DTI/PCERJ, indispensáveis à realização desta pesquisa, pela ajuda, gentileza e paciência.

A minha irmã, Dete, que na sua aparente fragilidade foi um porto seguro.

A “amiga-irmã” Kátia que me socorreu e cuidou e, junto com Williams, “segurou a barra” e me ajudou a vencer esta etapa, particularmente difícil.

Ao Bruno (Luís Galluzzi da Silva Dalcin), pela compreensão e cuidados de amigo e médico. Sua missão desta vez foi bem mais pesada que a ajuda nos trâmites acadêmicos (parece que o meu estilo deu uma melhorada, pois não houve mais críticas ao “rebuscamento”; só o inglês continua o mesmo). Mais uma vez seu empenho e a crença no meu trabalho foram inestimáveis.

A Ecir (de Fátima Brasília), por ter confeccionado o banco de dados utilizado para armazenar as informações colhidas nos laudos, por franquear seu pequeno espaço no IML para a realização do levantamento dos dados e por ser um “ouvido amigo”.

Aos funcionários do arquivo do IMLAP – Sede pela ajuda e paciência.

E aos que não citei nominalmente, mas que de algum modo me ajudaram a concluir este trabalho, mais árduo desta vez pela sua natureza e complexidade (e também porque ocasionalmente a vida testa nossa capacidade de superação).

RESUMO

ADED, **Naura Liane de Oliveira**. Maus tratos contra crianças e adolescentes. Problema de saúde pública ou caso de polícia? Exames médico-periciais e trâmites legais na cidade do Rio de Janeiro. Orientadora: Dra. Maria Tavares Cavalcanti; IPUB/UFRJ, 2010. Tese (Doutorado em Psiquiatria).

Revisão e análise de laudos de exame de corpo de delito de crianças e adolescentes examinados no Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, nos anos de 2000 e 2003, sob a alegação e/ou presunção de terem sido vítimas de atos de violência. Foram selecionados os laudos de lesões corporais (alegações de agressão física) e os de conjunção carnal e atentado violento ao pudor (suposição de abuso sexual). Dados considerados na revisão dos laudos: data, autoridade requisitante, tipo de exame, idade, sexo, cor, realização ou não de exames laboratoriais subsidiários e eventuais resultados, grau de instrução dos periciados e profissão, histórico alegado pela vítima e/ou seu responsável, relação vítima-agressor, local da ocorrência, principais achados do exame pericial, respostas dos peritos aos quesitos obrigatórios por lei e situação legal dos laudos revisados. A violência (física e/ou sexual) que atinge crianças e adolescentes interessa diversas áreas do conhecimento, notadamente Saúde e Segurança Públicas, sendo também responsável por prejuízos à economia em diferentes níveis da administração. Políticas públicas de prevenção e enfrentamento do problema se fazem necessárias a partir de modelos autóctones, sem o que serão inócuas. Apesar da aparente facilidade na detecção das lesões, a comprovação dos abusos físico e sexual constitui desafio para os profissionais de saúde, mesmo para os habituados à prática forense, tanto na cidade do Rio de Janeiro, quanto no País. Mudanças de mentalidade se fazem necessárias, através um maior comprometimento da sociedade, como um todo, formando cidadãos e profissionais capazes de identificar, prevenir e lidar com situações de violência.

ABSTRACT

ADED, **Naura Liane de Oliveira**. Maus tratos contra crianças e adolescentes. Problema de saúde pública ou caso de polícia? Exames médico-periciais e trâmites legais na cidade do Rio de Janeiro. Orientadora: Dra. Maria Tavares Cavalcanti; IPUB/UFRJ, 2010. Tese (Doutorado em Psiquiatria).

An appraisal of children and adolescents' cases examine at the Instituto Médico-Legal of the Rio de Janeiro city, at 2000, under sexual assault allegation or presumption. The victims' histories and their relationship with the offenders, the request to laboratorial searches and its results, either the forensic examinations findings were considered at this study. Medical and policial documents were also data sources. The maltreatment against children and adolescents is related with several knowledge areas, as the Health and the Public Assurance. Preventive and facing public polices are necessary, but they will be innocuous if the real dimension of the problem remain unknowed. The sexual abuse, one of the dammaging forms of maltreatment, seems easier to be detected but in pratice is very difficult to prove its occurrence, or not, in the Rio de Janeiro city, also in wide country. Bias, shame, fear, the lower offical notification of cases, either the insufficient profissionial trainnig have keeping the problem in obscurity. It is imperious to implement protocols to victims' attendance, laboratorial search techniques implantation in order to improve the investigation of suspicious cases, either long-terms studies about maltreatment against children and adolescents and its consequences.

Lista de Siglas e Abreviaturas

- AP ? atentado ao pudor: ato libidinoso diverso da conjunção carnal.
- AVP ? atentado violento ao pudor; ato libidinoso diverso da conjunção carnal, praticado contra quaisquer pessoas, mediante violência ou grave ameaça (antigo Artigo 214 do Código Penal Brasileiro, modificado pela Lei 12015/2009); os exames que têm por objetivo a investigação de atos libidinosos que não a conjunção carnal, são designados na prática médico-legal como de atentado violento ao pudor.
- CC ? conjunção carnal; cópula vaginal.
- CC/AVP ? exame médico-legal realizado nos casos em que exista alegação da prática de cópula vaginal e de outros tipos de ato libidinoso.
- DEAM ? delegacia especializada de atendimento à mulher.
- DP ? delegacia policial.
- DPCA ? delegacia de proteção à criança e ao adolescente.
- DST ? doenças sexualmente transmissíveis.
- DTI/PCERJ ? Divisão de Tecnologia da Informação da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro.
- ECA ? Estatuto da Criança e do Adolescente.
- IMLAP ? Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto.
- IML ? Instituto Médico-Legal.
- ISP ? Instituto de Segurança Pública.
- LC ? lesão corporal.
- PAF ? projétil (eis) de arma de fogo.
- PRPTC ? Posto de regional de polícia técnico-científica.
- RO ? registro de ocorrência.

SUMÁRIO

1. FOLHA DE APROVAÇÃO	ii
2. FICHA CATALOGRÁFICA	iii
3. DEDICATÓRIA	iv
4. AGRADECIMENTOS	v - vi
5. RESUMO	vii
6. ABSTRACT	viii
7. LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	ix
8. SUMÁRIO	x - xii
9. INTRODUÇÃO	1 - 7
9.1. Aspectos Históricos	6 - 13
9.2. Estado tual do problema	13 - 17
10. OBJETIVOS DO ESTUDO	17- 19
11. REVISÃO DA LITERATURA	19 - 44
11.1. Metodologia	19 – 20
11.2. Revisão da literatura	20 – 44
11.2.1. Aspectos sociais	20 – 27
11.2.2. Repercussões na saúde mental	27- 36
11.2.3. Relação vítima-agressor	36- 37
11.2.4. Dados populacionais	37- 44
12. METODOLOGIA E LEVANTAMENTO DE DADOS	44- 47
13. RESULTADOS	47- 70
13.1. Ano de 2000	47- 62
13.2. Exames de lesão corporal no ano de 2000	48- 54
13.3. Exames de AVP, CC e associações no ano de 2000	54- 62

13.4. Ano de 2003	62- 62
13.5. Exames de lesão corporal no ano de 2003	62- 63
13.6. Exames de AVP, CC e associações no ano de 2003	63- 70
14. DISCUSSÃO	71- 84
14.1. Sobre os resultados dos exames de LC nos anos de 2000 e 2003	71- 78
14.2. Sobre os resultados dos exames de AVP, CC e associações nos anos de 2000 e 2003	78- 85
15. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85- 90
16. CONCLUSÃO	90- 91
17. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91- 105
18. ANEXOS	106- 191
18.1. Anexo I – Gráficos e tabelas exames de LC no ano de 2000	107 -113
18.2. Anexo II- Tabelas de AVP, CC e associações no ano de 2000	114- 120
18.3. Anexo III - Tabelas de AVP, CC e associações no ano de 2003	121- 125
18.4. Anexo IV - Autorização do Departamento de Polícia Técnico-Científica	126- 126
18.5. Anexo V - Artigos	127- 185
V.1. Maus Tratos na Infância: o Abuso Sexual. Levantamento de Casos Examinados no Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto –	

Serviço de Clínica Médico-Legal – Município do Rio de Janeiro	127- 149
V.2. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil	150- 155
V.3. Agressões físicas contra crianças e adolescentes: análise de exames médico-legais na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.	156- 185
18.6. Anexo VI - Modelos de laudos	186- 191
VI.1. Laudo de exame cadavérico	187- 189
VI.2. Laudo de corpo de delito (CC)	190- 191

1. INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes, na cidade do Rio de Janeiro, vista através dos casos de suposto abuso sexual examinados no Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto (IMLAP), e que deu origem à dissertação de Mestrado, “Maus tratos contra crianças e adolescentes: o abuso sexual um século depois. O que pode ser afirmado? Levantamento de casos examinados no Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto – cidade do Rio de Janeiro” (Aded, 2005), revelou inúmeras questões precisando de mais esclarecimento. O presente estudo manteve o tema; desta vez o foco foram os atos de violência que atingem jovens de ambos os sexos, na cidade do Rio de Janeiro.

Segundo Minayo (2007), “a violência é um fenômeno sócio-histórico e acompanha toda a experiência da humanidade”, não sendo por si só questão de saúde pública. Torna-se “problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor” (Minayo, 2007).

A violência urbana é considerada uma espécie de conflito entre indivíduos sem relação entre si, geralmente fora do domicílio (Krug et al, 2002 apud Phebo e Moura, 2005), exprimindo-se por atos de natureza física, sexual, psicológica, que podem ainda envolver negligência ou privação. Suas consequências serão percebidas no âmbito da Saúde e da Segurança Públicas.

Crianças e adolescentes são identificados como grupos vulneráveis à violência nas cidades, que pode ser vivenciada por eles como vítimas,

testemunhas (“vítimas indiretas”), perpetradores, podendo ocorrer alternância ou mesmo superposição desses papéis (Phebo e Moura, 2005; Millán et al, 2006).

A violência experimentada por indivíduos jovens de ambos os sexos, preocupa pela própria essência e por seu potencial de dano, atingindo-os em pleno desenvolvimento biopsíquico.

Diferentes são os grupos de jovens que necessitam de atenção e proteção especiais pelas condições em que vivem: crianças trabalhadoras, as exploradas sexualmente (com fins comerciais ou não), as portadoras de deficiência física ou mental, as chamadas “crianças de rua”, jovens em situação de conflito com a lei e a sociedade (infratores) e outros discriminados pelos mais diversos motivos.

A pobreza e os inúmeros problemas a ela associados dificultam a vida de milhões de pessoas em todo o mundo e tem entre suas vítimas preferenciais os jovens; que devido às privações em período crítico de suas vidas terão todo o processo de desenvolvimento comprometido, com efeitos danosos, do ponto de vista físico, psíquico e social. pobreza costuma vir acompanhada do desrespeito aos direitos humanos fundamentais, o que não explica totalmente os abusos cometidos contra menores (Abreu, 2002). Crianças e jovens maltratados podem ser encontrados em qualquer classe sócio-econômica, não havendo distinção de nível cultural.

A violência envolvendo crianças e adolescentes pode ser classificada, para fins de melhor entendimento, em três grandes categorias: extraordinária, aguda e pandêmica (Finkelhor, 1995). A violência extraordinária é pouco

frequente, relacionada aos sequestros, homicídios e outros crimes de grande repercussão; não obstante os números alarmantes da UNICEF (2004) referirem-se a milhões de crianças mortas em conflitos armados, mutiladas ou psicologicamente perturbadas nos últimos dez anos. A violência aguda, mais frequente, vem despertando o interesse da sociedade: atinge um grupo específico de vítimas relacionado ao abuso físico, abuso sexual, negligência, abuso emocional e rejeição familiar. O modelo pandêmico de violência envolveria quase a totalidade das crianças e adolescentes, podendo atingi-los em qualquer fase do desenvolvimento, sendo representado pelas brigas entre irmãos ou jovens da mesma idade (rixas; "bullying"), castigo físico, furto e vandalismo (Millán et al., 2006).

O fenômeno dos maus tratos não é simples e requer um enfoque multidimensional, uma participação mais efetiva dos órgãos afins e uma maior sensibilidade social (Millán et al, 2006).

Várias são as formas de maus tratos contra a infância: abuso físico, abuso sexual, negligência, abuso psicológico. Difícil, se não impossível, dizer qual a mais prejudicial. É consenso entre diversos autores (Schuck e Widom, 2005 apud Dubowitz e Bennett, 2007; Lubit et al, 2003 apud Abramovitch et al, 2007; Millán et al, 2006; Putnam, 2003; Afifi et al, 2006) as repercussões na saúde física e mental das vítimas. A gravidade do problema varia; alguns estudos apontam os traumas de infância como responsáveis por cerca de 50% das psicopatologias encontradas nos adultos (Craine et al, 1988, *apud* Zavaschi, 2002). O comprometimento da saúde mental e a futura adaptação social das vítimas irão variar de indivíduo para indivíduo, conforme o tipo de

violência sofrida e a capacidade de reação diante de fatos geradores de estresse. Transtornos na aprendizagem também são reconhecidos e aceitos como parte do futuro desses jovens.

A ocorrência dos maus tratos, mais comum do que imaginamos, se mistura de modo quase imperceptível a práticas educativas amplamente aceitas por quase todas as sociedades. Os castigos físicos na infância utilizados como forma de disciplina também são associados ao desenvolvimento de psicopatologias na idade adulta similares às apresentadas por vítimas de abuso físico e/ou sexual (Afifi et al, 2006).

Ainda hoje, em muitas famílias predomina um modelo de educação no qual o emprego constante da violência física, representada pelos castigos corporais, funciona como forma de ensinar e manter a disciplina. A dificuldade em estabelecer limites à prática, dificulta a percepção dos maus tratos (Zolotor et al, 2008; Andero e Stewart, 2002, Benjet e Kazdin, 2003, Gershoff, 2002, Larzelere, 2000, Straus, 2000 apud Afifi et al, 2006), caracterizados na Síndrome da Criança Espancada descrita por Kempe, Silverman, Steele, Droegemmueller e Silver (1962), mesmo depois quatro décadas de seu reconhecimento pelo Congresso dos Estados Unidos da América do Norte, através do “Ato de Prevenção do Abuso da Criança”. O hábito de aplicar palmadas ou chineladas constitui fator de risco para o abuso físico (Zolotor et al, 2008).

A violência explícita de pais ou responsáveis é sub-notificada. Ela somente chega ao conhecimento público em situações extremas, quando as

seqüelas das agressões ou mesmo a morte quebram o silêncio que encobre a prática.

A violência doméstica engloba situações de abuso físico sexual, psicológico e negligência ou abandono (Bazon, 2008; Ferreira, 2005) nem sempre dirigidos ao menor, que poderá sofrer suas consequências mesmo sem agressão efetiva. Em termos práticos há uma delimitação imprecisa dos tipos, daí uma dificuldade real em se classificar os casos, sendo frequente a confusão no emprego dos termos, conforme atestam alguns autores (Palacios et al, 1998 apud Bazon, 2008; Ferreira, 2005). Os maus tratos de crianças frequentemente ocorrem em concomitância com a violência doméstica (Borrego Jr. et al, 2008), que na atualidade vem merecendo a atenção de profissionais de diferentes áreas de conhecimento (médicos, professores, psicólogos, assistentes sociais, Juizados de Infância e Juventude, associações de auxílio e assistência à infância e adolescência), preocupando autoridades e sociedade, como um todo.

As negligências familiar e institucional podem passar despercebidas, sendo registradas como acidente; esta, pela má atuação ou omissão dos poderes públicos ou de seus agentes, que denote abuso, negligência, prejuízo da saúde e bem-estar físico ou emocional, violando os direitos básicos de crianças e adolescentes (Millán et al, 2006); aquela, devido ao baixo favorecimento social ou às condições inadequadas à manutenção, cuidados e orientação de jovens.

Os relatos de rebeliões, ou tentativas de fuga, veiculados nos diversos meios de comunicação; as alegações de agressões físicas e de abuso sexual

no interior de instituições destinadas ao cumprimento de medidas sócio-educativas (por companheiros ou por funcionários encarregados da disciplina), encontradas durante esta pesquisa nos laudos de jovens examinados no IMLAP, na cidade do Rio de Janeiro, nos dão uma visão da violência institucional. Os chamados “menores de rua” e os menores abrigados também integram esse quadro.

O abuso psicológico raramente chegará ao legista ou ao clínico; poderá ser reconhecido nos consultórios de psiquiatria e psicanálise. A negligência e o abuso emocionais (mau trato psicológico) têm sido considerados fatores de risco para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, mais intensos que o abuso físico (Claussen e Crittenden, 1991 apud Glaser, 2002). Convém frisar que negligência e abuso emocionais podem existir independentemente da ocorrência de outras formas de abuso. Enquanto a negligência relativa às necessidades da criança, e mesmo o abuso físico, freqüentemente se fazem acompanhar do abandono emocional, o inverso da situação nem sempre ocorre (Egeland e Erickson, 1987 apud Glaser, 2002).

A prática médico-legal tem mostrado diferentes formas da violência contra crianças, sendo mais comuns, e aparentemente de mais fácil detecção, as violências física e sexual. Determinar a etiologia das lesões observadas requer mais que a simples inspeção direta das mesmas; o diagnóstico de maus tratos e/ou abusos ainda constitui um desafio para os profissionais de saúde (Pires e Miyazaki, 2005), inclusive para os que atuam na área de perícia forense.

Ao longo dos últimos anos, estudos populacionais revelaram uma outra face da violência que atinge crianças e adolescentes, um dos fatores de morbidade: as mortes violentas e as suspeitas. Em 1994, o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz publicou estudo epidemiológico baseado nos registros de ocorrências de violência contra crianças e adolescentes na faixa de zero a 19 anos, em todas as delegacias policiais da cidade, durante o ano de 1990. Estudo de mortalidade por violência de crianças e adolescentes, 0 e 19 anos, revela que no ano de 1990 morreram 1204 crianças e jovens entre zero e 19 anos vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. Dentre os diversos registros, 35% se referiam a homicídio e 31% a remoção de cadáver, ficando os acidentes de trânsito e transportes com 17% (Souza e Assis, 1996 apud Gomes, 1998).

1.1. Aspectos Históricos :

A História mostra, desde os primeiros registros que se tem notícia, práticas relativas a crianças e mulheres que caracterizam maus tratos.

A Bíblia e a Mitologia Grega contêm várias referências ao fratricídio e ao infanticídio, no seu sentido mais amplo. Caim matou Abel. Abraão não pestanejou em oferecer Jacó, seu filho caçula, em sacrifício a Deus, somente poupando-o graças à misericórdia divina. Hera mandou por ciúmes matar seu enteado Hércules, fruto de uma das inúmeras aventuras de Zeus, desta feita com a mortal Alcmena, não conseguindo seu intento por interferência do pai divino.

Os abusos sexuais também têm sido descritos desde a Antiguidade, tendo como vítimas preferenciais mulheres e crianças. O imperador romano Tibério, segundo obra de Suetônio sobre a vida dos Césares, tinha inclinações sexuais que incluíam crianças como objeto de prazer. Há relato de que ele se retirou para a ilha de Capri com várias delas, e que a finalidade era satisfazer sua libido através da prática de diversas formas de atos sexuais (Carter-Lourensz e Johnson-Powell, 1995). A posse da rainha Leda de Esparta por Zeus, transformado em cisne, exemplo do abuso sexual contra mulheres, deu origem a quatro gêmeos; dentre eles, a bela Helena, cujo rapto serviu de pretexto para a guerra de Tróia.

Na Grécia e na Roma antigas, bem como durante a Idade Média, era comum a exposição de recém-natos não desejados, espúrios ou nascidos em famílias que não dispusessem de meios para sustentá-los, em florestas ou outros locais ermos, onde ficavam à mercê de animais selvagens e das intempéries, podendo ser salvos pela ação de pessoas mais ou menos piedosas, por motivos diferentes a cada época. O pai tinha direito de vida e de morte sobre o filho, direito de castigá-lo à vontade, mandar que o flagelassem, manda-lo para prisão, podendo, mesmo, bani-lo do seio da família (Cícero, apud Badinter, 1985).

Na Grécia Antiga, e na Europa até o final do século XVII, o infanticídio era tolerado, desde que ocorresse em segredo, apesar das pesadas punições previstas em lei (Motta, 2003). O crime era praticado correntemente, talvez camuflado como acidente: as crianças amiúde morriam asfixiadas na cama dos

pais, onde dormiam. Nada era feito para conservá-las ou salvá-las. A vida de uma criança não tinha o valor que lhe é conferido hoje, sua morte era encarada com naturalidade, quase indiferença: a criança morta logo seria substituída por outra.

A partir dos séculos XII e XIII a Igreja condena vigorosamente o abandono dos filhos, o aborto e o infanticídio, os quais também passaram a ser alvo de medidas repressoras por parte do Estado. A fim de conter o infanticídio, no século XVII, surgem as primeiras casas de acolhimento de crianças abandonadas (Badinter, 1985), possivelmente concorrendo na diminuição da mortalidade infantil observada no século XVIII, e que segundo J. L. Flandrin, não pode ser explicada por causas médicas e higiênicas; as pessoas pararam de deixar as crianças morrerem ou de ajudar a morte das que não queriam conservar (Ariès, 1981). Escravidão, exploração do trabalho infantil e mutilação de membros a fim de despertar compaixão, facilitando a mendicância, figuravam entre as práticas infligidas às crianças (Pires e Miyazaki, 2005).

Crenças religiosas também justificaram sacrifícios de crianças. Nas civilizações pré-colombianas, por época da semeadura do milho era sacrificado um recém-nascido; quando a planta germinava, uma criança maior era o objeto da oferenda; durante o crescimento do milho, os sacrifícios exigiam crianças ainda maiores; finalmente por ocasião da colheita, homens mais velhos eram ofertados aos deuses (Fernandez, 2002 apud Pires e Miyazaki, 2005).

Os primeiros relatos de maus tratos sobre crianças brasileiras foram feitos pelos jesuítas a partir do século XVI. Eles instituíram os castigos e ameaças no Brasil Colonial. Os índios não castigavam seus filhos, protegiam-

nos; o que não os impedia de serem cruéis com os filhos dos inimigos que eram engordados e mortos para servir de alimento (Guerra, 2001).

No Brasil ainda no período colonial até a crise do Império, no final do século XIX, a criança abandonada era designada pela expressão “exposta” e “enjeitada”, sendo as igrejas e conventos os locais mais comuns para a exposição. A prática do abandono foi modificada posteriormente pela instituição da “roda dos expostos”. As crianças do sexo feminino eram as mais abandonadas (Trindade, 1999). Os meninos eram considerados como um “investimento”, pelo seu potencial de trabalho num futuro não muito distante, devido à maior resistência e força física; à época, o trabalho infantil não era visto com as reservas atuais.

As transformações de costumes e pensares das sociedades ocidentais sobre o papel e a importância da infância não resolveram o problema do abandono de crianças, hoje indiscriminadamente chamadas de “menores”.

Desde os primórdios do que se conhece como sociedade instituída, as crianças devem aprender com os adultos e obedecê-los. O aprendizado, dadas suas peculiaridades, exige tanto de quem ensina quanto de quem aprende; paciência e habilidade daquele e capacidade de suportar críticas e reprimendas deste, a fim de gerar os benefícios esperados ao longo de seu desenvolvimento. As crianças, assim como as mulheres, sempre foram consideradas seres de segunda categoria, devendo obedecer, sem causar transtorno aos preceptores. Segundo Badinter (1985), “a clássica surra era corrente no campo, mesmo que em teoria, a condição de esposa fosse superior à do filho e do servidor”. Crianças são seres ímpares, dotados de identidade

social, com particularidades inerentes à sua condição, necessitando de cuidados e atenção específicos para seu completo desenvolvimento (Aded, 2005).

Castigar crianças rebeldes ou preguiçosas não constituiu crime durante vários séculos, uma vez que não eram consideradas seres sociais, detentores de direitos e deveres, conforme nas sociedades ocidentais modernas. Elas somente passaram a ter um papel social relevante a partir do final do século XVII (Áries, 1981).

Mais de um século separa o primeiro trabalho científico publicado sobre maus tratos contra crianças e adolescentes e sua inclusão como assunto de interesse das áreas de Pediatria e Saúde Pública.

A primeira monografia (*Étude médico-légale sur les sevicés et mauvais traitements exercés sur des enfants*) foi escrita por Ambroise Tardieu, médico-legista francês, em 1860 (Roche et al., 2005 apud Aded et al, 2006). Em 1857, em '*Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*', o mesmo autor analisara 632 casos de abuso sexual de mulheres, em sua maior parte meninas, e 302 contra meninos e jovens do sexo masculino, descrevendo os sinais físicos conforme a gravidade do caso. No '*Dictionnaire d'hygiène et de salubrité*' (1862) Tardieu descreveu quase todas as formas de maus tratos conforme conhecidos hoje. Infelizmente, ele não convenceu seus pares de que o abuso e os maus tratos contra crianças e adolescentes aconteciam não só nas fábricas, minas e escolas, mas também no seio das famílias (Labbé, 2005 apud Aded et al, 2006).

Influenciado pelo trabalho de Tardieu, Sigmund Freud publicou um texto em 1896, onde afirmava que a etiologia da histeria estava nos abusos sexuais da infância. O trabalho foi mal recebido nos meios acadêmicos. No ano seguinte, 1897, Freud abandonou essa teoria, explicando as memórias de abuso sexual como fantasias, conforme sua teoria do Complexo de Édipo (Masson, 1984; Rocha, 2003, Labbé, 2005 apud Aded et al, 2006).

Há pouco mais de trinta anos surgiu a preocupação com os maus tratos infantis. Nos Estados Unidos da América do Norte, data de 1846, na cidade de Nova York, o primeiro caso legal de retirada do pátrio poder devido a maus tratos. Foi a favor de uma menina severamente espancada, de nome Mary Ellen Wilson, e ao contrário do que se acreditou por muito tempo, não foi a sociedade protetora contra a violência em animais e sim o seu presidente, Mr. Henry Bergh, na qualidade de “cidadão humano”, que deu entrada na ação e usando sua influência, inclusive na mídia, disparou os mecanismos que culminaram com a retirada da menina de casa, colocando-a sob proteção da justiça (Myers, 2004; Watkins, 1990). Somente em 1871, na mesma cidade, foi criada a primeira sociedade para a prevenção de crueldade em crianças (Santos, 1987, apud Paiva, 2000).

No início da década de 70, mais exatamente em 1971, a violência contra as crianças ganhou nome: “Síndrome da Criança Espancada” (*Battered Child Syndrome*). Tal entidade engloba não só a violência física, mas também todas as outras formas conhecidas ou não de violência contra menores. Anteriormente, em 1946, Caffey fez o primeiro relato em língua inglesa sobre lesões ósseas em lactentes sem história prévia de traumatismo ou de doenças

esqueléticas que pudessem justificar seus achados, porém não especulou sobre a origem das mesmas.

A primeira descrição de um caso de espancamento de criança na literatura nacional foi feita por um professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, em 1973. Alguns anos depois, em 1975, um radiologista pediátrico, Dr. Armando Amoedo, descreveu mais cinco casos (Guerra, 2001).

A implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei Federal nº. 8069 de 13 de julho de 1990) assegurou direitos especiais e proteção à criança e ao adolescente; cabendo ao médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino, nos diversos níveis, a comunicação à autoridade competente de casos de que tenha conhecimento, envolvendo maus tratos contra crianças e adolescentes - artigo 245, ECA (Aded, 2005).

Em 2001, o Conselho Nacional de Saúde aprovou e publicou a Política Nacional para a Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e de Redução da Violência e dos Acidentes na Infância e Adolescência, definindo estratégias para as instâncias federal, estadual e municipal, além de Portaria do Ministério da Saúde (nº. 1968/2001) que tornou obrigatória a comunicação de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos de crianças e adolescentes pelos profissionais de estabelecimentos de saúde que atendam pelo Sistema Único de Saúde - SUS (Ministério da Saúde do Brasil, 2001).

1.2. Estado atual do problema:

A violência é um dos principais problemas sociais no Brasil. Ela repercute diretamente na qualidade de vida da população e entre os grupos mais vitimados estão crianças e adolescentes (Phebo e Moura, 2005).

Para Phebo e Moura (2005), os atos violentos que acontecem na família ou na sociedade têm raízes originada em diferentes contextos, sendo impossível considerar um único fator de risco como determinante para seu aparecimento.

Os jovens do sexo masculino estão mais expostos à violência extrafamiliar, correndo mais riscos que as crianças (Phebo e Moura, 2005), que por sua vez, serão as vítimas mais prováveis nos casos de maus tratos e violência doméstica, juntamente com mulheres e idosos.

Por ocorrer na intimidade da família, pouco se sabe sobre a realidade da violência familiar contra as crianças. Somente casos que chegam aos hospitais e às delegacias de polícia integram as estatísticas. As pequenas agressões que não originam registros de ocorrência policial, não suscitando o interesse das autoridades, podem causar às vítimas transtornos equivalentes aos determinados pelas grandes.

O número de casos de maus tratos de menores que resultam em denúncia às autoridades policiais, como evoluem nos trâmites legais e qual o destino de agressores e vítimas é outro fator que precisa ser mais conhecido.

Diversos autores (Riggio, 2004 apud Borrego Jr. 2008; Bifulco et al, 2005, Schuck e Widom, 2005 apud Dubowitz e Bennett, 2007; Glaser, 2008; Rovi et al, 2004 apud Zolotor, 2008) têm reportado os prejuízos que a violência

pode acarretar ao pleno desenvolvimento da personalidade de indivíduos em formação. Pires e Miyazaki (2005) consideram que os maus tratos poderão ser danosos a criança, adolescente, família e sociedade, por toda vida; acarretando consequências para a saúde mental (Abramovitch et al, 2007), crescimento e desenvolvimento das crianças; às vezes envolvendo toda uma geração ou mesmo o futuro de uma nação (Dyregrov et al, 2001 apud Abramovitch et al, 2007).

A violência contra crianças e adolescentes pode ser resumida, sob o ponto de vista médico-legal, em três grupos: a) lesões corporais - o mais numeroso; b) abusos sexuais - fenômeno universal (Korbin, 2002 apud Aded et al, 2006), bem mais frequente do que se supõe; há subnotificação dos casos (Biheler, 2002, Lalor, 2004A, Polanczyk et al, 2003, Suarez-Sola e Gonzalez Delgado, 2003B, Barros, 2004, Koshima, 1999, Santos, 1998 apud Aded et al, 2006); c) mortes por causas externas. Este último grupo é de suma importância, uma vez que pode passar despercebido na sua essência, às vezes constando apenas como “acidente” nas estatísticas. Mortes por ação de agentes externos têm aumentado entre os jovens nos últimos anos. Dados relativos ao triênio 1997 a 1999 relatam 45,94 mortes por 100.000 habitantes, na faixa de 10 a 19 anos, com aumento significativo dos casos de homicídio, 67% provocadas por projéteis de arma de fogo (Assis et al, 2004). As Nações Unidas estimam haver pelo menos 50 conflitos étnicos ou políticos, atualmente, em andamento pelo mundo, apontando para cerca de 1,5 milhão de mortes de crianças devidas à violência nos últimos dez anos; 4 milhões de criança feridas e 10 milhões traumatizadas (Salomon, 2002 apud Assis et al, 2004).

As pesquisas sobre violência de menores, no Brasil, não costumam mostrar a visão do profissional que atua na área da perícia forense. As pesquisas divulgadas, principalmente nos meios de comunicação, e também nas publicações científicas, divulgam dados resultantes da atuação de profissionais de diferentes áreas, institutos de estatística, serviços de saúde ligados a instituições de ensino, que realizam atendimentos a vítimas de violência, porém apartados do universo médico-legal. São atendimentos que envolvem equipes multiprofissionais que excluem os profissionais do Direito e da Medicina Legal, conduzindo a uma visão compartimentada e algo distorcida do problema. Os resultados podem se mostrar aparentemente divergentes e conflitantes, dependendo do tipo da amostra pesquisada (Martrille et al., 2006; Lee et al, 2008; Evans et al, 2008). A multiplicidade de visões (interpretações) pouco ajuda na formulação de políticas de enfrentamento e prevenção do problema.

Há carência de estatísticas oficiais sobre a violência em crianças e adolescentes no Brasil (Pires e Miyazaki, 2005) e mesmo no continente europeu (Martrille et al, 2006).

A proposta da presente tese foi mostrar a óptica médico-legal da violência que envolve crianças e adolescentes da nossa cidade através da análise dos laudos de exames periciais realizados no serviço de Clínica Médico-Legal do IMLAP, considerando que o perito-legista é em algumas ocasiões o único profissional da área de saúde a ter contato com essas vítimas e que de seu trabalho depende grande parte do desenrolar dos procedimentos legais, podendo mesmo ensejar o planejamento e execução de políticas

publicas de enfrentamento e prevenção desse tipo de violência com base em modelos autóctones.

A tese contém nove capítulos: 1- Introdução: aspectos históricos; estado da arte; 2- Objetivos: geral e específicos; 3- Revisão da literatura; 4- Metodologia; levantamento de dados. 5- Resultados: do ano de 2000 (exames de lesão corporal e crimes contra a dignidade sexual); do ano de 2003 (exames de lesão corporal; crimes contra a dignidade sexual). 6- Discussão: resultados dos exames de lesões corporais realizados nos anos de 2000 e 2003; resultados dos exames de AVP, CC e associações realizados nos anos de 2000 e 2003. 7- Considerações finais. 8- Conclusão. 9- Referências bibliográficas.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral:

Analisar a violência que atinge crianças e adolescentes, na cidade o Rio de Janeiro, através da revisão de laudos de exames de corpo de delito realizados no IMLAP.

2.2. Es pecíficos :

A revisão de laudos proposta na pesquisa tem como objetivos:

- 1- Conhecer o número de atos violentos envolvendo crianças e adolescentes comunicados às autoridades competentes na cidade do Rio de Janeiro.

- 2- Conhecer a origem dos casos encaminhados para exame no IMLAP, estabelecendo as regiões da cidade com maior número de registros de fatos violentos envolvendo crianças e adolescentes e os órgãos competentes responsáveis por tais encaminhamentos.
- 3- Tentar identificar dentre as alegações apresentadas por ocasião dos exames na Clínica Médico-Legal, fatores habitualmente considerados geradores e/ou desencadeadores da agressão contra a criança, seja no ambiente familiar ou fora dele. Elementos como situação sócio-econômica, nível de escolaridade, insatisfação pessoal, alcoolismo, uso das chamadas drogas ilícitas e outros, estão na maioria dos casos estreitamente relacionados a esse fenômeno.
- 4- Visto que os laudos após serem concluídos no IML são enviados às autoridades que os solicitaram a fim de serem anexados ao procedimento legal (inquérito policial/processo judicial), tentar conhecer como os casos registrados na Delegacia Policial evoluíram:
 - A- Se ficaram limitados ao registro da ocorrência (se possível conhecer os motivos que levaram à interrupção do procedimento);
 - B- Se a partir da ocorrência houve instauração de inquérito policial e como o mesmo foi concluído;
 - C- Se oferecida denúncia ao Ministério Público e instaurado processo judicial, qual o seu andamento.

3. REVISÃO DA LITERATURA:

3.1. Metodologia

A revisão literária focada em artigos sobre violência contra crianças e adolescentes foi ampliada no decorrer da pesquisa. Além dos campos médico e médico-legal, tentou-se compreender os aspectos sociais do fenômeno e sua abordagem em diferentes áreas de conhecimento.

Inicialmente foram selecionados 450 artigos de publicações científicas nacionais e estrangeiras dos últimos cinco anos, nas bases de dados PubMed, Medline, Scielo, Lilacs, acessadas através do Portal Capes, nas áreas de Psiquiatria, Medicina Legal e Pediatria, utilizando como base os termos de busca: physical abuse, sexual abuse, child maltreatment, domestic violence, violence against minors, forensic examination.

Foram utilizados 81 artigos, livros sobre o tema e dados fornecidos pelo Instituto de Segurança Pública do estado do Rio de Janeiro, acessados através do site http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload; alguns textos mais antigos referenciados por mais de um autor foram consultados, quando possível.

3.2. Revisão da literatura

3.2.1. Aspectos Sociais

A violência identificada como principal preocupação dos habitantes dos grandes centros brasileiros suscita inúmeros debates nos campos público e privado; de abrangência social, política e econômica, repercute diretamente na qualidade de vida das pessoas (Phebo e Moura, 2005).

Cruz Neto (1995) considerou a violência capaz de atingir todas as esferas da vida social e individual, com a participação de todos como vítimas ou autores (Souza e Santana, 2009); é identificada em tempos de guerra ou de paz, não havendo elementos suficientes para lidar com âmbito tão amplo, alimentado por interconexões ainda pouco conhecidas (Schraiber et al, 2006).

Pode-se afirmar que a diferença entre violência e agressão é uma questão de intensidade; definindo agressão como um comportamento deliberado de produzir dano em alguém e violência como o dano extremo determinado por essa intenção, como por exemplo, um homicídio (Anderson e Bushman, 2002).

MacCall e Shields (2008) consideram agressão um estado de excitação manifestada por estratégias diversas de expressão emocional, como gritos e gesticulação exacerbada, por exemplo. Definem violência como o ataque físico de uma pessoa a outra num contexto de comportamento agressivo; resumindo: pessoas podem ser agressivas sem serem violentas, mas o contrário não ocorre.

Não obstante o entendimento culturalmente firmado na sociedade de não ser o meio adequado de atuar, quer no campo interpessoal ou intergrupais, as pessoas recorrem à violência e à agressão a fim de dominar seus semelhantes ou resolver conflitos (Gómez et al, 2007).

Mais que uma forma agressiva de resolver conflitos, a violência pode existir independentemente de haver um conflito prévio entre as partes, que por vezes nem se conhecem; pode ser exercida com o intuito de proporcionar diversão aos autores. Ortega e Mora-Merchán (2000) definem a violência interpessoal como *“o exercício agressivo físico, psicológico, social ou intelectual”*.

mediante o qual uma pessoa ou grupo de pessoas age, ou estimula a ação de outros, contra outra pessoa ou grupo, valendo-se de vantagens sociais que lhe proporcionam sua situação física, psicológica ou social' (Ortega e Mora-Merchán apud Gómez et al, 2007).

A violência interpessoal ou intergrupala pode ocorrer em qualquer contexto envolvendo seres humanos. Os campos familiar, escolar, de trabalho, lúdico, desportivo ou institucional são marcos psicossociais onde tais condutas podem eclodir. Os atores (agressores/vítimas) podem ter qualquer idade ou gênero (Gómez et al, 2007).

O viés sociobiológico supõe ser baixo o índice de violência entre indivíduos da mesma família; por outro lado, presume-se que esse índice seja alto entre seres do sexo masculino, no contexto da competição de gênero. Tal perspectiva evolucionista também prevê que as situações de violência no comportamento das fêmeas em relação à prole sejam menos frequentes que entre os machos e seus descendentes. O mesmo artigo propõe que uma das hipóteses para o comportamento das mães em relação aos filhos seria a certeza sobre a descendência, contrapondo-se à incerteza do sexo masculino (MacCall e Shields, 2008); justificativa que soa insuficiente à agressividade masculina em relação aos descendentes. Os mesmos autores afirmam a supremacia da época atual em termos de violência.

A humanidade conhece a violência desde os primórdios. O fenômeno se apresenta de várias maneiras, formando uma rede que interliga práticas originadas no sistema social e nas relações interpessoais (Assis, 1994; Assis et al, 2004), não constituindo por si só questão de saúde pública; o que somente

ocorre ao afetar a saúde individual e coletiva, exigindo para sua prevenção e enfrentamento a formulação de políticas específicas e organização de práticas e serviços peculiares (Minayo, 2007).

Os atos violentos na sociedade, ou na família, têm múltiplas causas, não havendo um único fator de risco responsável pelo seu surgimento (Phebo e Moura, 2005). Fatores socioeconômicos, políticos e culturais estão presentes na articulação, interação e concretização das condições de vida dos grupos sociais e áreas específicas (Assis et al., 2004). Fatores relacionados ao indivíduo, suas relações pessoais e com a comunidade onde vive e com a sociedade como um todo, influenciam e contribuem no surgimento de situações de violência (Belsky, 1993, Krugg et al, 2002 apud Phebo e Moura, 2005).

Pesquisa do Banco Mundial (1998) em países sulamericanos identificou a violência como sendo o problema que mais afligia as populações entrevistadas. Nos Estados Unidos, pesquisa do início da década de 90 mostrou que a maioria das pessoas considerava a violência como o problema mais sério do país (Pinto et al, 2008).

Violência e acidentes, ao lado de enfermidades crônica e degenerativas formam, atualmente, um novo perfil do quadro de problemas de saúde, no Brasil e no resto do mundo (Minayo, 2007).

Segundo Minayo e Souza (2003), a violência no Brasil alcançou tal dimensão que pode ser considerada ligada intrinsecamente ao momento atual da realidade do País sendo, ao mesmo tempo, causa e efeito da conjuntura.

Minayo (2005) afirma que somente no Brasil, na década de 90, mais de um milhão de pessoas morreram por violência e acidentes; essas vítimas, cerca de 400 mil por homicídio.

Hoje, violência e acidentes, juntos, constituem a segunda causa de óbitos no quadro da mortalidade geral brasileira. Entre os cinco e os dezenove anos, constitui a primeira causa entre todas as mortes ocorridas (Ministério da Saúde, 2005).

No Brasil, estatísticas oficiais da polícia e da saúde são as informações mais utilizadas para o estudo da violência, sendo de suma importância no desenvolvimento, monitoramento e avaliação de políticas públicas e projetam de modo coerente as taxas na área da violência. Há que ressaltar, porém, que ambas possuem distorções, podendo ser consideradas incompletas (Pinto et al, 2008).

Em 2002, o Relatório mundial sobre violência e saúde da OMS informava que, todo ano *“mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais”* por causas violentas (OMS, 2002).

As agressões não fatais constituem uma dimensão que se soma ao quadro de mortalidade por causas violentas, causando sofrimento, desgaste físico e emocional, além das despesas que acarretam aos envolvidos e suas famílias (Noronha, 2003; Martins e Mello Jorge, 2009).

Noronha (2003), em estudo referente à cidade de Salvador, Bahia, afirma a dificuldade em medir os custos dos atendimentos de emergência, que são parte dos gastos com violência. Os dados existentes provêm de fontes diversas e imprecisas, destacando-se os valores fixados pelo Ministério da Saúde,

repasse da União, que são a parte mais conhecida desses custos. Ocorre discrepância entre os valores prefixados pelo Ministério da Saúde e os despendidos nos atendimentos de emergência. Muitas vezes não são consideradas as contribuições dos orçamentos estadual e municipal. Gastos diretos e indiretos das vítimas e famílias atingidas pela violência, antes e após o primeiro atendimento na emergência, também não são considerados.

Entre os grupos mais expostos à violência das cidades encontramos crianças e adolescentes, os quais podem vivenciá-la como vítimas, testemunhas (“vitimização indireta”), perpetradores, sendo possível a alternância e mesmo a superposição dos papéis (Phebo e Moura, 2005; Millán, 2006).

Finkelhor (1995) classificou a violência que atinge crianças e adolescentes em três grandes grupos: extraordinária, aguda e pandêmica. A primeira, menos frequente, relaciona-se a sequestros, homicídios e outros crimes de grande repercussão. Publicação da UNICEF (2004) faz referência a milhões de crianças mortas em conflitos armados, mutiladas ou psicologicamente perturbadas nos últimos dez anos. A violência aguda atinge um grupo específico de vítimas, relacionado aos abusos físico e/ou sexual, abuso emocional, negligência e rejeição familiar, que vem despertando cada vez mais interesse da sociedade. O modelo pandêmico envolveria quase a totalidade das crianças e adolescentes, podendo atingi-los em alguma fase de seu desenvolvimento; representado pelas brigas entre irmãos ou jovens da mesma idade (rixas; “bullying”), castigo físico, furto e vandalismo (Millán et al., 2006).

A violência estrutural remete às condições de vida de crianças e adolescentes, atuando essencialmente pela falta ou presença de políticas públicas. O trabalho infantil, o analfabetismo, os jovens em situação de rua e/ou abrigados seriam a representação extrema dessa espécie de violência (Assis, 1994, Minayo, 1994, Cruz Neto e Moreira, 1999, Vendrusculo et al, 2004 apud Bazon, 2008).

A violência criminal ou infracional, revelada pelas ações fora da lei socialmente reconhecida, envolve os indivíduos como vítimas e/ou agressores (Minayo, 1994 apud Bazon, 2008). É representada nos casos dos chamados jovens infratores; cumprindo medidas sócio-educativas e/ou detidos por infrações penais.

Jovens delinquentes mantidos em instituições penais freqüentemente provêm de cenários familiares caracterizados por abuso, negligência e outras experiências traumatizantes (Gover e MacKenzie, 2003 apud Aded et al, 2006).

A chamada “violência urbana”, espécie de conflito entre indivíduos sem relação entre si, surge fora do domicílio (Krug et al, 2002 apud Phebo e Moura, 2005) marcada por atos de natureza física, sexual e psicológica, podendo ainda envolver negligência ou privação.

Uma das formas de agressão de repercussão, na atualidade, entre jovens em idade escolar é o “bullying”. Caracteriza-se pelo abuso e perseguição continuados e deliberados por outro menor ou mais de um, da mesma idade ou pouco mais velhos, que se comportam cruelmente, assustando, humilhando e ameaçando, visando intimidar chegando freqüentemente à agressão física (Oñate e Piñuel, 2005 apud Gómez et al,

2007). O “bullying” manifesta-se também por chacotas, insultos, isolamento social da vítima e difamações; tende a causar problemas que se repetem e prolongam e costuma se manter graças à ignorância ou passividade das pessoas que convivem com agressores e vítimas, sem intervirem (Díaz-Aguado, 2005 apud Gómez et al, 2007). A duração do assédio pode minar a resistência da vítima afetando toda a organização de sua vida (escolar, afetiva, emocional e familiar). A forma laboral deste tipo de assédio é conhecida como “mobbing” (Oñate e Piñuel, 2005 apud Gómez et al, 2007).

Aspectos biológicos, comportamentais e da história pessoal podem atuar como fatores protetivos ou de risco; o fato de ser do sexo masculino e jovem expõe o indivíduo a cenários violentos; adolescentes e adultos jovens do sexo masculino estão mais propensos que as crianças a conflitos fora do ambiente domiciliar/familiar; crianças são vítimas preferenciais da violência que ocorre dentro de casa (Sheehan, 2003, Howard et al, 2002 apud Phebo e Moura, 2005; Moura e Reichenheim, 2005). As consequências desses tipos de violência serão percebidas no âmbito da Saúde e da Segurança Públicas.

Os maus tratos de menores frequentemente ocorrem em concomitância com a violência doméstica (Borrego Jr. et al, 2008), que na atualidade tem despertado atenção de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, preocupando autoridades e sociedade, como um todo.

A violência doméstica engloba situações de abuso físico, sexual, psicológico e negligência ou abandono nem sempre dirigidas ao menor, que poderá sofrer suas consequências mesmo sem agressão efetiva. Na prática há uma delimitação imprecisa dos tipos (violência doméstica x maus tratos), daí

uma dificuldade real na classificação dos casos, sendo frequente a confusão no emprego dos termos (Bazon, 2008; Ferreira, 2005).

Crianças mais expostas à violência familiar teriam mais possibilidade de figurarem como vítimas em outros meios em que a violência se estabelece como forma de relacionamento e, por vezes, de organização (Assis et al, 2004).

3.2.2. Repercussões na saúde mental

A violência ocasional ou dirigida que ocorre nas comunas é cada vez mais reconhecida como fator de risco para perturbações da saúde mental em crianças que a vivenciam. No início da década poucos eram os trabalhos científicos sobre avaliação e tratamento de crianças propensas a desenvolver transtorno de estresse pós-traumático ou outros distúrbios mentais conseqüentes à exposição à violência (Tyano et al., 1996 apud Aisenberg e Mennen, 2000).

Revisão de literatura realizada por Abramovitch et al (2007) encontrou associação de trauma com transtornos psiquiátricos, tais como: psicoses (Morrison et al, 2003, Janneke e Krabbendam, 2006) e esquizofrenia (Read et al, 2005), transtorno de estresse pós-traumático (Morgan et al, 2003, Flouri, 2005, Khamis, 2005), déficit de atenção/ hiperatividade (Vasconcelos et al, 2005, Rowland et al, 2002), conduta (Appleyard et al, 2005, Fleitlich-Bilyl e Goodman, 2001), ansiedade (Boer et al, 2002, Caffo et al, 2005), aprendizagem (Dyregrov et al, 2001, Williams et al, 2005) e do humor (Mitchell et al, 2003, Williamson et al, 2005).

Os abusos físico e sexual na infância são associados a perturbações da saúde mental e doença psiquiátrica no adulto (Molnar et al, 2001, MacMillian et al, 2001 apud Meade et al, 2009).

Entre adultos com doença mental grave, abusos sofridos na infância estão associados a sintomas psiquiátricos maiores, como depressão, psicose, dissociação e transtorno de estresse pós-traumático (Craine et al 1998, Malow et al, 2006 apud Meade et al, 2009) e outros como abuso de drogas e/ou álcool, ideação suicida, comprometimento da saúde física com predisposição a infecções pelos comportamentos de risco (doenças sexualmente transmissíveis e contaminação pelo vírus HIV), sensação de estar doente física e mentalmente, maior procura por atendimento médico hospitalar (Rosenberg et al, 2007).

Estudo de Zilberman e Blume (2005) afirma haver forte associação entre abuso físico e sexual na infância e desenvolvimento de problemas de uso de substância psicoativas, em mulheres.

Wilson e Widom (2009) relacionaram maus tratos e negligência na infância e o uso de drogas ilícitas na idade adulta, em mulheres. O mesmo não foi observado no sexo masculino.

Por ser um período crítico no desenvolvimento humano, os abusos perpetrados na infância poderão distorcer a construção das bases de relacionamento do indivíduo, criando cenários para vitimização futura e adoção de comportamentos de risco (abuso de substâncias, prostituição, contaminação pelo vírus do HIV e doenças sexualmente transmissíveis) (Meade et al, 2009).

Vítimas de abuso, físico e/ou sexual, na infância são mais propensas a voltar a sofrer-las quando adultos, frequentemente, de modo continuado (Arriola et al, 2005, Cloitre et al, 1996, Goodman et al, 2001 Meade et al, 2009; Rivera-Rivera et al, 2006). A doença mental grave também constitui fator de risco para revitimização (Classen et al, 2005 apud Meade et al, 2009).

Mulheres maltratadas, além das lesões resultantes das agressões, sofrem agravos à saúde tendendo a desenvolver dores crônicas, depressão e baixa autoestima, muitas vezes culminando com o suicídio (Garbin et al 2006). A violência contra essas mulheres tem como efeito adicional o risco à saúde de seus filhos, que por presenciarem os maus tratos a suas mães poderão sofrer depressão, ansiedade e retardo no seu desenvolvimento (Klevens, 2001 apud Garbin et al, 2006).

As conseqüências dos maus tratos têm estreita relação com a cronicidade dos mesmos. Os tipos de abuso e sua frequência estão ligados a distúrbios de conduta: a época dos maus tratos, a problemas de socialização; sua continuidade, ao surgimento de ansiedade e agressividade (English et al, 2000 apud Jurado, 2006).

O abuso sexual aumenta o risco de suas vítimas desenvolverem transtorno de estresse pós-traumático (PTSD) e apresentarem comportamentos autodestrutivos. Dificuldade nos relacionamentos sexuais tem sido descrita (Peleikis et al, 2004, Queiroz, 2003 apud Aded et al, 2006).

Estudo com pacientes que tentaram o suicídio, encontrou forte correlação entre comportamento agressivo e traumas decorrentes de abusos emocional, físico e sexual, na infância (Sarchiapone et al, 2008).

Transtornos dissociativos (Grande et al, 2003, Zavaschi et al, 2002, Kisiel e Lions, 2001 apud Aded et al, 2006), fobias, ideação paranóide e transtorno obsessivo-compulsivo têm sido descritos como consequentes ao abuso sexual em crianças, adolescentes e adultos, variando a gravidade e a intensidade de tais distúrbios conforme o grau de relacionamento com agressor e a época em que ocorra o abuso (Haj-Yahia e Tamish, 2001, Macfie et al, 2001 apud Aded et al, 2006). Transtorno de conversão tem sido relacionado a pacientes com história de abuso sexual de longa duração e relações incestuosas (Ystgaard et al, 2004, Roelofs et al, 2002 apud Aded et al, 2006).

No Brasil, condições socioeconômicas desfavoráveis integram os fatores de risco para a violência que atingem as crianças, desembocando no aumento da morbidade psiquiátrica pela combinação de baixa renda, analfabetismo, desemprego dos pais, más condições habitacionais e acesso restrito à educação e saúde (Bordin e Paula, 2007).

O comprometimento da saúde mental e a adaptação social das vítimas dependerão do tipo de violência sofrida e da capacidade individual de reação aos fatos geradores de estresse; transtornos na aprendizagem também têm sido descritos como uma das conseqüências de abusos diversos na infância. Adversidades duradouras ou frequentes causam mais prejuízos que fatores isolados, mesmo que de grande magnitude, favorecendo o surgimento de doenças psiquiátricas. Um único evento de grandes proporções pode não ser suficiente para desencadear um quadro de doença mental (Nair et al, 2003, Halpern e Figueiras, 2004 apud Abramovitch et al, 2007; Tarren-Sweeney, 2008).

Algumas crianças sofrerão menos vezes pela capacidade de ajuste de que são naturalmente dotadas (Luthar et al, 2000 apud Kim e Cicchetti, 2004); outras são geneticamente mais vulneráveis aos efeitos dos maus tratos (Caspi, McClay & Moffitt, 2002 apud Glaser, 2008).

Castigos corporais na infância estão relacionados a consequências adversas, como por exemplo, retraimento moral, agressão, comportamento antissocial e delinquência, degeneração da relação parental, transtornos comportamentais e alto índice de vitimização por abuso físico. No adulto, os castigos infligidos na infância poderão gerar agressão, comportamento antissocial e criminalidade, deterioração da saúde mental e comportamento abusivo em relação à prole e cônjuges (Gershoff, 2002 apud Zolotor et al, 2008). Afifi et al (2006) encontraram altos índices de depressão maior, abuso/dependência de álcool e exteriorização de problemas na idade adulta, somente superados pelas vítimas de abusos na infância.

Pessoas que sofreram punições físicas e vítimas de maus tratos consideram suas experiências relativas aos laços parentais como pouco afetivas e menos protetoras comparadas às que não tiveram tal vivência (Afifi et al, 2006).

As consequências da violência doméstica podem perdurar por muito tempo. Meninos expostos à violência doméstica praticada pelos pais têm probabilidade duas vezes maior de se tornarem homens que praticam abusos, se comparados a filhos de pais não-violentos. Meninas que testemunham atos de violência contra suas mães estão mais propensas a aceitar a violência em

um relacionamento íntimo do que meninas provenientes de lares não-violentos (UNICEF, 2007).

Bordin et al (2009) afirmam que punições físicas severas estariam relacionadas a crianças com problemas de saúde mental. As características do castigo dependendo do problema apresentado pelo menor, com influencia marcante de estressores familiares, tais como ausência do pai e/ou ansiedade ou depressão maternas (Bordin et al, 2009). Os menores correriam maiores riscos de revitimização reiterada, serem vítimas de crimes comuns, maus tratos, vitimização por irmãos ou companheiros ou testemunharem atos violentos (Cuevas et al 2009).

A influencia da família e sua desestruturação tem sido considerada fundamental como preditor para a criminalidade (Gover e MacKenzie, 2003, Craissati et al, 2002 apud Aded et al, 2006), abuso de substâncias e perturbações da saúde mental. Considera-se, ainda, que crianças expostas a um acúmulo de riscos estruturais e sociais tenham mais propensão a manifestar problemas mentais, como depressão na adolescência (Arboleda-Flórez e Wade, 2001, Meyerson et al, 2002 apud Aded et al, 2006).

A violência familiar favorece o surgimento de problemas de comportamento, cada vez mais presentes na vida de milhares de crianças encontráveis em ambulatórios/consultórios de psicologia e psiquiatria, salas de aula e nas publicações especializadas. Tais déficits ou excedentes comportamentais dificultam e prejudicam a interação da criança com seu pares ou com os adultos com quem convivem (Silva, 2000 apud Pesce, 2009).

A quantidade e/ou qualidade de eventos violentos originados na família são reconhecidos como prejudiciais ao desenvolvimento infantil e fator condicionante para problemas de comportamento nessa fase da vida (Pesce, 2009).

Crianças expostas à violência podem apresentar sintomas de estresse pós-traumático, como urinar na cama e ter pesadelos. Comparadas a outras com histórico diverso terão maior probabilidade de apresentar manifestações alérgicas, asma, problemas gastrointestinais, depressão e ansiedade. Crianças em idade escolar expostas à violência doméstica podem apresentar déficit de aprendizagem e deficiência de atenção e concentração. Na idade adulta haverá maior propensão a tentar o suicídio e ao uso abusivo de drogas e álcool (UNICEF, 2006).

Maus tratos que se estendam da infância à adolescência ou ocorram somente nesta última fase predispoem suas vítimas a delinquir na juventude (abaixo dos 17 anos), com maior risco de serem presos. Maus tratos infligidos somente na infância não têm relação com a prática de atos delituosos na juventude; introspecção, déficit de aprendizagem e atividade sexual precoce também têm sido descritos (Stewart et al, 2008).

Transtornos de conduta (atos agressivos contra pessoa ou animais, destruição de propriedades, defraudações ou furtos e outras violações das regras sociais) com início na infância são mais sérios, com alto nível de agressividade, tendendo a persistir na idade adulta. Campbell (1995) demonstrou em estudo que crianças com problemas aos 3 a 4 anos de idade

têm 50% de chance de permanecer problemáticos quando adultos (Campbell, 1995 apud Pesce, 2009). A taxa é mais alta no sexo masculino.

O transtorno desafiador opositivo (atitude negativista, desafiadora e hostil em relação a figuras de autoridade), surgido na infância torna-se preditor do comportamento transgressor no jovem. É mais prevalente no sexo masculino que no feminino antes da puberdade; acreditando-se que após este período as taxas se igualem (Pesce, 2009).

Estudo realizado em 2005, concluiu que crianças com predisposição genética para distúrbios de conduta, quando submetidas a maus tratos, têm cerca de 12 vezes mais chances de apresentar comportamento agressivo que as sem tal predisposição vivenciando o mesmo tipo de experiência (Jaffee et al, 2005).

Os abusos físico e sexual têm sido relacionados à prática de delitos: o abuso sexual, aos da esfera a ele relacionada e o abuso físico a diversos tipos de violência (Aded et al, 2006).

Um relacionamento calcado em confiança e segurança, com pessoa adulta que não o suposto abusador, pode funcionar como fator proteção, atenuando efeitos dos maus tratos; passar a viver com algum familiar também pode diminuir os danos (Glaser, 2008).

O bom relacionamento com um dos pais pode proteger o jovem dos efeitos negativos do mau relacionamento com o outro (Forehand et al, 1987 apud Sunday et al, 2008); tal fato poderia atenuar as perturbações causadas pelos maus tratos em adolescentes do sexo masculino. No caso das adolescentes o risco de desenvolver depressão ou outro distúrbio psiquiátrico

em idade adulta, ou mesmo na adolescência pode ser ainda maior, pois meninas maltratadas sentem-se “abandonadas” pelos pais, desprotegidas, com fraca ligação afetiva, principalmente em relação à figura paterna (Sunday et al, 2008). Adolescentes de ambos os sexos, vítimas de abuso físico e que se sintam “abandonados” pelos pais, principalmente pelas mães, correm maior risco de desenvolver psicopatologias na idade adulta (Sunday et al, 2008).

Rikhye et al (2008) concluíram que possivelmente homens e mulheres com história de maus tratos percebiam como deficiente a proteção oferecida pelo genitor do mesmo sexo; que teria falhado em protegê-los ou mesmo contribuído para as adversidades sofridas na infância. McGee et al, 1997 afirmaram que a relação entre os problemas de comportamento na adolescência e os maus tratos é mais forte nas adolescentes do sexo feminino que no masculino (McGee et al, 1997 apud Sunday et al, 2008).

Crianças precisam de um “outro cuidador” que as ajude a enfrentar e se defender do mundo, pois sem a devida atenção tornam-se mentalmente vulneráveis. Características individuais, temperamento, resiliência, presença da família, rede social e grau de esclarecimento dos pais podem diminuir a possibilidade de psicopatologias, mesmo em presença de fatores de risco (Abramovitch et al, 2007).

3.2.3. Relação vítima-agressor

O agressor frequentemente tem relação estreita com a vítima nos casos de maus tratos e nos de violência doméstica - pais e/ou familiares (Glaser, 2008;

Kenney, 2006; Millán et al, 2006; Martrille et al, 2006; Pires e Miyazaki, 2005; Anooshian, 2005).

A figura materna surge como a principal agressora nos casos de maus tratos (Barbosa e Pegoraro, 2008; Pascolat et al, 2001) e o pai ou padrasto, nos de violência doméstica (Dossi et al, 2008; Radhakrishna et al, 2001 apud Guterman e Lee, 2005; Ferreira, 2005); poucas agressões foram atribuídas a pessoas conhecidas sem vínculo familiar, nos dois grupos.

Estudos de Moura e Reichenheim (2005) e Assis (1992) encontraram predominância de atos violentos praticados pela mãe em casos de violência familiar (Moura e Reichenheim, 2005; Assis, 1992 apud Assis, 1994). Tal achado pode ser explicado pela dificuldade em traçar limites entre maus tratos e violência doméstica (Bazon, 2008; Ferreira, 2005), uma vez que aqueles são praticados, quase sempre, por familiares dos menores.

No trabalho de Assis (1992), realizado com adolescentes escolares no município de Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro, os principais agressores apontados nos casos de violência no âmbito familiar eram os irmãos, coincidindo com os resultados encontrados por Dossi et al (2008).

Os maus tratos ocorrem mais comumente do que se supõe, mesclando-se de modo quase imperceptível a práticas educativas aceitas por quase todas as sociedades. Os castigos físicos na infância utilizados como forma de disciplina também são associados ao desenvolvimento de psicopatologias na idade adulta similares às apresentadas por vítimas de abuso físico e/ou sexual (Afifi et al, 2006). Pesquisas demonstraram haver clara ligação entre o hábito de dar palmadas ou chineladas e o abuso infantil, porém não foi possível afirmar quão

importantes sejam a frequência e intensidade das punições para essa associação a (Zolotor et al, 2008).

Castigos corporais de rotina podem levar inúmeros pais a infligir maus tratos aos seus filhos pela ineficácia das formas brandas de punição, o que os levaria a aumentar a frequência e severidade dos castigos, por não confiarem em outros meios de controle da prole (Graziano, 1994, McCord, 1996 apud Fontes, 2008); daí a maior probabilidade torná-los vítimas de abuso físico (Straus e Donnelly, 2001 apud Fontes, 2008).

3.2.4. Dados populacionais

Em 2004 foram registrados, nos Estados Unidos da América, cerca de 1500 óbitos de crianças como resultado de maus tratos (U. S. Department of Health and Human Services, 2006).

Entre os menores até cinco anos de idade, os maus tratos foram a segunda causa de morte (Peddle et al, 2002 apud Jonson- Reid et al, 2007).

Estudo comparativo de Margolin (1990) demonstrou que vítimas fatais de negligência tinham um ano a menos que as de maus tratos (Jonson-Reid et al, 2007). Crianças mais novas correm maiores riscos de lesões ou morte por maus tratos devido à vulnerabilidade do grupo (National SAFE KIDS Campaign, 2004; UNICEF, 2001).

Dados de 2005 demonstraram que nos Estados Unidos da América menores de 4 anos totalizaram 76.6% das mortes por maus tratos, sendo que 41,9% dessas mortes eram de crianças abaixo de 1 ano (Department of Health and Human Services, 2007).

Segundo Peterson, Sorenson e Richardson (1997) após uma década de pesquisas, as mortes provocadas por maus tratos eram 1,2 vezes mais freqüentes no sexo masculino, em Los Angeles. Estudo de White e Widow (2003) afirma que menores do sexo feminino com registro anterior de maus tratos estão mais propensas a morrer de causas diversas, que as sem nenhum registro; o fato não foi observado em relação sexo masculino. Estes mesmos autores não encontraram diferença significativa quanto ao grupo étnico, contrariando achado de Dobrin et al (1996) que afirmaram que as mortes devidas a maus tratos eram mais freqüentes entre os negros que em outros grupos raciais (Jonson-Reid et al, 2007).

A pobreza tem sido associada aos riscos de maus tratos (Drake e Zuravin, 1998 apud Jonson-Reid et al, 2007), mas sua relação com o desfecho morte nesses casos, não é clara (Jonson- Reide t al, 2007). Alguns estudos afirmam haver relação entre baixos salários e mortes por maus tratos (Casis, 2000, Castillo, 1998 apud Jonson-Reid et al, 2007). Os autores não esclarecem o fato de crianças oriundas de famílias de baixa renda, com registro anterior de maus tratos não fatais, serem considerados em risco de vida futuramente.

A pouca idade dos pais tem sido considerada fator de risco para maus tratos que podem levar ao óbito. Estudo de Combs-Orme e Cain (2008) afirma que mães muito jovens seriam as que mais recorreriam aos castigos físicos no primeiro ano de vida. Pais e/ou cuidadores com problemas mentais ou com expectativas irreais sobre o comportamento dos filhos usuários de substâncias entorpecentes e/ou álcool também são considerados como fatores de risco para maus tratos com desfecho trágico (Jonson-Reid et al, 2007).

Pais com baixo desempenho no papel de cuidadores são descritos como menos capazes de controlar impulsos, tendo dificuldade em se comunicar e de controlar situações estressantes (Connell-Carrick e Scannapieco, 2006); quanto às mães, o que tem sido relatado é a pouca habilidade na resolução de problemas, além de impulsividade e dificuldade de exprimir emoções (Gaudin et al, 1993, Coohym, 1998 apud Jurado, 2006).

Abuso emocional e negligência, associados ou não ao abuso físico, são achados frequentemente em famílias em que um dos pais, ou ambos, tem doença mental ou transtorno de personalidade ou abuse substâncias entorpecentes/álcool ou em que haja violência conjugal (Glaser, 2008).

O uso de substância psicoativas pelos pais pode dar ensejo aos abusos físico, sexual e à negligência infantil. Estudos sugerem que homens que abusam de suas mulheres podem fazer o mesmo com seus filhos (Smith, 2000 apud Zilberman e Blume, 2005).

Fatores inerentes à criança, como o choro persistente, por exemplo, podem desencadear reações violentas por parte de pais ou cuidadores (Crouch et al, 2008); prematuridade e/ou defeitos físicos tornam seus portadores “crianças difíceis”, com maior probabilidade de ensejar episódios de abuso (Martrille et al, 2006).

Há carência de estatísticas oficiais sobre a violência contra crianças e adolescentes no Brasil (Pires e Miyazaki, 2005; Assis et al, 2004) e mesmo no continente europeu, ao contrário do que acontece nos Estados Unidos da América, Canadá e Reino Unido (Martrille et al, 2006). Segundo estes autores

há poucos estudos populacionais voltados à clínica forense; os trabalhos existentes referem-se preferencialmente às necropsias.

Poucos são os dados referentes a crianças atendidas nos serviços de emergência com suspeita de maus tratos (Martrille et al, 2006).

Dados do Escritório de Estatística dos Estados Unidos América (2006) demonstraram que, em 2004, os homens tinham dez vezes mais possibilidades de cometer homicídio que as mulheres. Do total de homicídios registrados, 62% foram praticados por homens contra indivíduos do mesmo sexo. A violência de homens contra mulheres representou 22% de todos os homicídios (Bureau of Justice Statistics, 2006. www.ojp.usdoj.gov/bjs em julho de 2006 apud McCall e Shields, 2008).

Dados epidemiológicos de 2006, do l'Observatoire de l'Action Sociale Décentralisé (2007) - órgão de observação e avaliação de ações sociais composto por representantes do Estado e sociedade franceses - referem 19000 casos confirmados de maus tratos infantis: 6300 vítimas de violência física, 4300 de abuso sexual, 3400 de violência psíquica e 5000 de negligência grave (Avenard et al, 2007).

Entre os mais de 150000 casos de maus tratos de menores confirmados a cada ano, nos Estados Unidos da América do Norte, mais de 4000 resultaram em hospitalizações e mais de 800 evoluíram para óbito (Rovi et al, 2004; USDHHS, 2006). Além do risco da hospitalização e/ou morte, crianças vítimas de abuso físico podem sofrer outras consequências além das lesões, tais como incapacidade, transtornos de comportamento e déficit de aprendizagem (Rovi

et al, 2004; Zolotor et al,1999; Thompson et al, 2004; Springer et al, 2007; Briere e Elliott, 2003).

Estatísticas norteamericanas de 2006, informam que 11 crianças em 1000 (3,3 milhões de denúncias de maus tratos) são vítimas de abusos, anualmente (Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, 2008).

Estudo de prevalência de Cawson et al (2000) refere índices de 3% a 29% de casos de abuso sexual envolvendo o sexo masculino e de 3% a 36% o feminino (Alagia e Millington, 2008). Dois estudos de incidência mais recentes, um canadense, de Trocmé et al (2005), e outro norteamericano, de Walrath et al (2006), com crianças atendidas por serviços de saúde mental apontam para índices de 37% e 47,5%, respectivamente, de menores do sexo masculino com história de abuso sexual (Alagia e Millington, 2008). No mesmo artigo há destaque para a aparente discrepância de resultados nos estudos referidos, atribuída a possíveis diferenças de metodologia e amostragem, associadas à subnotificação dos casos.

Estudos realizados na cidade do Rio de Janeiro baseados em laudos periciais do Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto (Sede) revelaram índices de 19,35% e 22,73% de menores do sexo masculino como vítimas de suposto abuso sexual (Aded et al 2007; de Oliveira Aded et al, 2007).

Casos de abuso físico e sexual diminuíram a partir da década de 90, nos Estados Unidos da América, graças a uma política de repressão efetiva de tais práticas; prisão e condenação dos abusadores. A mesma tendência não foi observada em relação aos casos de negligência de menores, possivelmente

por ser esta ser uma das formas mais abrangentes e menos concretas de maus tratos (Dubowitz, 1994 apud Jones et al, 2006).

Crianças com sintomas psiquiátricos, como insônia, somatizações, diminuição do apetite, baixo desempenho escolar e agitação ou tristeza, frequentemente atendidas por pediatras, podem estar sofrendo consequências de maus tratos ou de algum evento traumatizante em especial; daí a necessidade desses profissionais estarem alertas a fim de encaminhá-las adequadamente ao especialista, evitando maiores danos futuros (Abramovitch et al, 2007).

A identificação e o encaminhamento de casos de violência familiar envolvendo crianças e adolescentes deixa a desejar. Os baixos índices podem ser atribuídos a muitas causas; uma delas, a formação e atuação de profissionais da área da saúde (Moura e Reichenheim, 2005).

O diagnóstico de maus tratos e/ou abusos ainda constitui um desafio para os profissionais de saúde (Pires e Miyazaki, 2005), inclusive para os que atuam na área de perícia forense. Outro fator que dificultaria a detecção desse tipo de violência é a pouca ênfase dada, nos cursos de graduação, a questões que não se atenam ao binômio saúde-doença.

Os profissionais de saúde se limitam a tratar lesões físicas, “fechando os olhos” à verdadeira razão das mesmas tanto em relação às mulheres quanto às crianças vitimadas; por vezes deixando de registrar a situação de violência, mesmo quando declarada pela vítima (Garbin et al, 2006); comportamentos hostis com a criança ou pais com sinais de intoxicação por drogas de abuso frequentemente deixam de ser descritas pelos médicos (Dubowitz e Bennett,

2007). Motivos pessoais, medo do envolvimento ou de ofender o paciente/responsável, achar não ser sua função imiscuir-se em assuntos dessa natureza ou que não adianta fazer nada ou sentir-se impotente diante da magnitude do problema, podem ser considerados razões para o baixo envolvimento dos profissionais nas questões de violência contra menores (Olson et al, 1996, Erickson et al, 2001, Dowd et al, 2002, Borowisk e Ireland, 2002, Gerbert et al, 2002, Gough, 1996 apud Moura e Reheim, 2005).

Famílias atendidas por serviços de proteção sofrem ação de diversos fatores que podem favorecer a reincidência dos maus tratos; os relacionados ao tipo e características da intervenção, capacidade de cooperação da própria família e contexto social (DePanfilis e Zuravin, 2002 apud Ferreira e Souza, 2008).

Estudo realizado em cinco capitais brasileiras revelou que o atendimento a crianças vítimas de abuso sexual é de caráter médico-hospitalar e psicológico, centrado, quase que exclusivamente, nas vítimas; pouca atenção é dada ao acompanhamento social e econômico. O atendimento se limita a uma concepção emergencial e, ocasionalmente, à redução dos danos sofridos. A perspectiva de proteção, a mobilização das redes de atendimento em seus diversos níveis, a intervenção nas condições que propiciam o abuso e a família não são privilegiados (Faleiros, 2003 apud Ferreira e Souza, 2008).

Durante o levantamento de dados para a presente pesquisa ficou evidente a carência de informações nos laudos periciais e documentos de encaminhamento de vítimas à perícia, apesar do avanço na obtenção e

processamento de dados nos últimos cinco anos, como conseqüência à implantação do programa Delegacia Legal, no estado do Rio de Janeiro.

4. METODOLOGIA

Foram analisados laudos de exames de lesões corporais (restritos às alegações de agressão) e exames de conjunção carnal e violento ao pudor (presunções de abuso sexual) de indivíduos de ambos os sexos de 0 a 17 anos e 11 meses, inclusive, limite da maioridade legal.

4.1. Levantamento de dados :

A obtenção de dados para o presente estudo ampliou a base de dados construída à época da pesquisa para a dissertação do Mestrado, através da revisão dos laudos de exames de corpo de delito realizados no serviço de Clínica Médico-Legal do Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, cidade do Rio de Janeiro, acautelados no arquivo geral da Instituição, abrangendo todo o ano de 2000.

Foi solicitada permissão para consulta sigilosa aos arquivos à Chefia de Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro, através da Direção do Departamento de Polícia Técnico-Científica da Polícia Civil do estado do Rio de Janeiro - documento no Anexo IV.1.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de

Janeiro (IPUB/UFRJ) em 2007, através do protocolo 41LIV2-07 do CEP/IPUB/UFRJ.

A não informatização do sistema de arquivamento de documentos no IMLAP até a presente data tornou necessária a criação de um banco de dados que utilizou os programas Microsoft Office Access, versão 2003 e SPSS for Windows, versão 13.

A proposta de “conhecer o destino dos laudos”, a fim de aprofundar a pesquisa, conduziu aos registros de ocorrência armazenados no sistema informatizado da Divisão de Tecnologia da Informação da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro - DTI/PCERJ, criado em 1999. Essa decisão alterou os rumos da pesquisa. No ano de 2000 poucas unidades administrativas de polícia judiciária - Delegacias de Polícia (DP) - eram informatizadas, obrigando a escolha de um novo período a ser analisado.

Foi escolhido o ano de 2003, com 58 delegacias policiais já informatizadas, possibilitando obter informações sobre o desenrolar dos procedimentos originados nos registros de ocorrência.

Os resultados referentes ao ano de 2000, armazenados no banco de dados criado à época do Mestrado, foram transpostos para o programa SPSS for Windows, versão 13, visando cotejamento futuro com os resultados do ano de 2003.

Faz-se necessário um esclarecimento sobre os termos empregados para designar os tipos de exame de corpo de delito: a) exame de lesão corporal - LC - feito nos casos em que se deseja apurar a ocorrência ou não de ofensa à integridade física ou à saúde de alguém (casos de agressão ou acidentes de

quaisquer espécies); b) exame de conjunção carnal - CC - feito nos casos em que o fato a apurar é a ocorrência ou não de cópula vaginal; c) exame de atentado violento ao pudor - AVP - tem por finalidade a verificação da ocorrência ou não da prática de atos libidinosos diferentes da conjunção carnal (quando a denúncia se prende à esfera sexual, como estupro (artigo 213 do CP) ou estupro de vulnerável (art. 217-A do CP), conforme definição legal do termo - Lei 12.015/2009).

Os itens considerados nos laudos de Clínica Médico-Legal selecionados para análise foram: data, autoridade requisitante (delegacias policiais e demais autoridades competentes para requisição de perícias médico-legais); tipo de exame, idade, sexo, cor, solicitação e realização ou não de exame laboratorial subsidiário e respectivo resultado, grau de instrução profissão. O histórico alegado pela vítima, a relação vítima-agressor, o local da ocorrência, os principais achados do referido exame e as respostas dadas pelos peritos aos quesitos obrigatórios por lei, também foram objeto de análise. Os referidos laudos foram identificados pelo número de arquivamento, somente com a finalidade de possibilitar o esclarecimento de quaisquer dúvidas que pudessem surgir durante a coleta dos dados.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considera crianças e adolescentes, indivíduos nas seguintes faixas de idade: menos de 1 ano, de 1 a 4 anos, de 5 a 9 anos, de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos.

O presente trabalho somente considerou os indivíduos até 17 anos e 11 meses, inclusive, limite da maioridade legal no país, alterando a última faixa etária para o limite de 15 a 17 anos e 11 meses.

O anonimato das vítimas e/ou alegados agressores foi mantido visando manter a privacidade e resguardar o segredo de justiça, a fim de não causar dano às investigações que estejam em curso.

5. Resultados :

5.1. Ano de 2000:

O serviço de Clínica Médico-Legal realizou, no ano de 2000, 19 643 (dezenove mil seiscentos e quarenta e três) atendimentos (Anexo I - Gráfico nº. 1). Aplicado o critério de seleção - indivíduos com idade entre zero e 17 anos e 11 meses, inclusive, e restrição dos laudos às alegações de agressão física (suspeição de abuso físico) e crimes contra a dignidade sexual (possibilidade de abuso sexual) - foram considerados como objeto da pesquisa 1400 laudos, assim distribuídos: 1079 exames de lesão corporal (LC), 126 de atentado violento ao pudor (AVP), 151 de conjunção carnal (CC) 44 laudos com associações diversas de AVP, CC e LC (Anexo I - Gráficos nº. 1 e nº. 2).

A análise dos laudos de AVP, CC e associações, realizados de janeiro a março de 2000, serviu à elaboração da dissertação de Mestrado da autora, com foco nos casos suspeitos de abuso sexual e deu origem a mais dois artigos: 1-**“Children and adolescents victimized by sexual abuse in the city of Rio de Janeiro: An appraisal of cases”** (Journal of Forensic and Legal Medicine 14 (2007) 216-220); 2- **“Maus Tratos na Infância: o Abuso Sexual. Levantamento de Casos Examinados no Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto – Serviço de Clínica Médico-Legal – Município do Rio de Janeiro”**,

enviado à Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul em setembro de 2005 (Anexo V.1).

O estudo dos casos suspeitos de crimes contra a dignidade sexual compreendendo o período de janeiro a julho de 2000 originou o artigo **“Estudo de incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil”** (Cad. Saúde Pública, 23(8):1971-1975, ago, 2007), já como parte da atual pesquisa de Doutorado (Anexo V.2).

5.1.1. Exames de lesão corporal no ano de 2000:

A análise dos 1079 laudos de lesão corporal considerou a data de realização do exame, autoridade requisitante (delegacias policiais e demais autoridades competentes para requisição de perícias médico-legais), idade, gênero e nível de escolaridade do periciado, solicitação e realização, ou não, de exame laboratorial e o eventual resultado; tipo de agressão, relação vítima-agressor, local da ocorrência, histórico alegado, principais achados no exame direto e as respostas dadas pelos peritos aos quesitos.

Agressões resultantes da ação do próprio corpo do agressor, socos, tapas, empurrões, mordidas, empurrão e “puxões” representaram 53,38% das lesões corporais (576 casos); lesões por instrumentos contundentes, pedaços de pau, barras de ferro, pedras e outros, aparecem em 19,74% da amostra (213 laudos de LC). Projéteis de arma de fogo (PAF) causaram lesão em 3,42% dos periciados (37 laudos de LC); em 1,39% dos casos (15 laudos de LC) as lesões foram determinadas por facas, canivetes e outros instrumentos classificados como “armas brancas”. Lutas corporais, brigas de rua e brigas

entre grupos em ambientes diversos, escola inclusive, surgiram em 2,03% dos casos examinados (22 laudos de LC). Alegações de tentativas de asfixia constavam em 19 dos laudos de lesão corporal (1,76% da amostra); o emprego de objetos e líquidos aquecidos e queimaduras com cigarro representaram 1,85% dos casos (20 laudos de LC). Em somente um dos laudos de lesão corporal a causa determinante da lesão observada foi doença (0,09%). Os resultados podem ser melhor visualizados no Anexo I - Gráfico nº. 3.

A análise das características e sede das lesões observadas e descritas nos laudos, a alegação dos próprios menores ou de seus acompanhantes quando da realização do exame, o tipo de agressão, a idade dos periciados, a relação vítima-agressor e informações contidas nos memorandos de encaminhamento permitiram classificar 164 laudos na categoria maus tratos – 15,20% dos laudos selecionados (Anexo I - Tabela nº. 1).

Evidências de violência doméstica foram encontradas em 43 exames – 3,98% dos laudos selecionados. Os dados considerados foram: local da ocorrência (endereço residencial), pessoas envolvidas periciado e outros membros da família; mãe e/ou irmãos, conforme relatado, à época do exame direto, pelos próprios menores e/ou seus acompanhantes) e relação vítima-agressor (Anexo I - Tabela nº. 1).

Entre os casos de maus tratos, 92 laudos não informavam sobre a relação vítima-agressor. Pouco mais de um terço dos laudos classificados como violência doméstica não tinham informação sobre a relação vítima-agressor (15 laudos).

A pesquisa revelou que 10,47% dos exames de LC eram de menores infratores cumprindo medidas sócio-educativas, 0,46% de menores abrigados e 0,27% de menores em situação de rua.

Os Gráficos nº. 4 e nº. 5 - Anexo I mostram a distribuição dos exames de LC por idade, gênero e grupo étnico, com predomínio do sexo masculino em todos os grupos etários – 54,77% da amostra estudada (591 laudos).

O sexo masculino predominou nas agressões com PAF, nas com “armas brancas”, nas lutas corporais e brigas de rua ou grupo, nas que o instrumento causador da lesão foi o corpo do agressor, nos casos e que foram usados instrumentos contundentes, nos sem informação sobre a o, nas alegações de quedas e queimaduras.

Os exames de LC de jovens em situações especiais (11,20% da amostra) – cumprindo medidas sócio-educativas, detidos em flagrante, abrigados e em situação de rua – revelaram também maior envolvimento de indivíduos do sexo masculino.

Nos casos de maus tratos, a diferença de gêneros foi inexpressiva - 83 laudos de indivíduos do sexo masculino e 81 do feminino. Nos casos de violência doméstica houve predomínio do sexo feminino (30 laudos).

O sexo feminino (45,22% da amostra - 488 laudos de LC) também foi maioria nos casos em que houve alegação de tentativas de asfixia e nos rotulados como “outros” (alegações diversas, em número insuficiente para constituir uma classe distinta). Quando o instrumento causador da lesão foi o corpo do agressor houve discreto predomínio do gênero (160 laudos) sobre o masculino (149 laudos), exclusivamente na faixa de 15 a 17 anos.

Periciados brancos foram mais numerosos (55,97%), seguidos pelos pardos (27,43%); 8,89% da amostra eram de indivíduos pretos. A falta de informação sobre o grupo étnico abrangeu 7,69% da seleção.

Em 80,53% da amostra analisada (869 laudos) não constava informe da relação entre vítima e agressor; familiares foram os responsáveis pelas agressões em 8,43% dos casos (91 laudos); pessoas conhecidas sem relação familiar, vizinhos na maioria dos casos, foram os agressores referidos em 3,61% dos exames (39 laudos). Agressões atribuídas a namorado/companheiro e ex-namorado/ex-companheiro representaram 0,83% da amostra (9 casos); em 4,17% da seleção (45 laudos) outros menores foram apontados como agressores. Desconhecidos e agentes públicos/seguranças coincidentemente foram referidos na mesma proporção - 1,20% dos casos (13 laudos) para cada um dos subgrupos.

A relação vítima-agressor nos casos de maus tratos e violência doméstica pode ser vista na Tabela nº. 1 - Anexo I.

926 laudos (85,82%) não continham informações relevantes acerca do histórico. Em 12 dos casos os menores compareceram ao IML acompanhados de policiais, agentes públicos, conselheiro tutelar e/ou assistente social; duas adolescentes estavam grávidas; dois menores eram portadores de deficiência física ou mental, ou estavam em tratamento psiquiátrico; houve referência a mais de um agressor em cinco laudos; em seis dos laudos revistos, o fato alegado teria ocorrido em ambiente escolar; o agressor estava alcoolizado em apenas um dos laudos; quatro laudos faziam menção à autolesão.

A maior parte das lesões foi de natureza leve – 74,14 da amostra; 9,08% dos exames foram negativos para LC; este mesmo percentual foi observado em relação às respostas aos quesitos que ficaram na dependência de informações hospitalares; lesões graves foram observadas em 5,65% dos laudos.

Não houve procura de atendimento médico-hospitalar em 70,71% da amostra; 29,28% dos periciados referiram atendimento médico-hospitalar. A busca por atendimento médico foi maior nos casos de lesões leves (17,79%); nas lesões graves, somente 2,78% procuraram serviços médicos.

Em cinco laudos a agressão teria ocorrido no endereço residencial (0,46%) – dois deles receberam atendimento hospitalar; dois (0,18%) próximos à residência – um atendimento hospitalar; oito (0,74%) em via pública – 4 atendidos em hospital; 75 (6,95%) em locais diversos – 27 atendimentos hospitalares; em 991 (91,84%) não havia informação sobre o local da ocorrência; desses, 283 receberam atendimento hospitalar.

11 periciados eram analfabetos (cinco entre 0 e 4 anos; seis entre 10 e 14 anos; apenas um dos indivíduos era do sexo feminino), com predominância de brancos e pardos (somente um deles era de cor preta). 59 menores foram classificados como alfabetizados, sem definição do nível de alfabetização ou instrução. Oito crianças ente 0 e 9 anos cursavam classe de alfabetização (todas do sexo masculino; quatro brancas e quatro pardas). 264 jovens cursavam o ensino fundamental (24,46% da amostra); houve predomínio de brancos e pardos; 151 do sexo masculino. 135 haviam completado o ensino fundamental (12,51% da amostra); brancos e pardos predominaram no grupo;

69 do sexo masculino. 65 cursavam o ensino médio (6,02% da amostra), a maioria de brancos e pardos; 33 do sexo masculino. 38 haviam completado o ensino médio; predominância de brancos e pardos; 13 do sexo masculino. 498 laudos não continham informação sobre o grau de instrução dos periciados (46,15% da amostra); dentre esses laudos o predomínio foi de brancos e pardos; 252 do sexo masculino. Os resultados mostraram pouca diferença de grau de instrução entre os gêneros; apenas 94 dos periciados eram pretos (14,92% da amostra). A distribuição de periciados por gênero, idade, tipo de exame e grau de instrução pode ser visto na Tabela nº. 2 - Anexo I.

Independentemente da origem do Registro de Ocorrência Policial (RO) e do gênero, os menores entre 15 e 17 anos foram maioria, seguidos do grupo de 10 a 14 anos. Houve predominância do sexo feminino somente nos casos oriundos da zona oeste e das delegacias especializadas, no grupo de 15 a 17 anos. A zona norte da cidade deu origem a 46,34% dos registros de ocorrência. Os casos da zona oeste (10,56% dos RO) se referem somente a parte dos registros, de vez que lá existe um PRPTC que realiza a maior parte desse atendimentos.

No ano de 2000, a maior parte das delegacias de polícia não era informatizada, o que resultou na escassez de informações sobre a situação legal dos laudos revisados durante a pesquisa: dois casos suspensos (uma das agressões atribuída a membro da família), um inquérito enviado à Justiça (sem informação sobre o agressor) e 30 processos em andamento (cinco agressões atribuídas a membro da família, uma a agente público/segurança e três a

outros menores). 96,94% dos laudos foram originados em delegacias não informatizadas à época; parte delas permanecia na mesma situação em 2008.

5.1.2. Exames de AVP, CC e associações no ano de 2000:

Foram revisados 321 laudos de exame de corpo de delito com suspeição de crime contra a dignidade sexual, com a seguinte distribuição: 126 laudos de AVP (62 do sexo feminino e 64 do sexo masculino), 151 laudos de CC, 33 laudos de AVP/CC e 11 laudos com as combinações entre AVP, CC e LC.

A distribuição desses laudos por gênero e faixa etária consta nas Tabelas nº. 1 e nº. 2 (Anexo II).

Dentre os 126 laudos de AVP, apenas 10 laudos de menores do sexo masculino e 8 laudos do sexo feminino foram positivos para vestígios de ato libidinoso diverso da conjunção carnal (5,60% da amostra de crimes contra os costumes). Houve emprego de violência em dois deles; um de cada sexo. Não foram observados vestígios de ato libidinoso diverso da conjunção carnal em 72 laudos de AVP (22,43% da amostra referida). O resultado da pesquisa de espermatozoides foi negativo em 6 dos casos de AVP - 4 de menores do sexo masculino e 2 do feminino (1,87% da mesma amostra). Não houve colheita de material para pesquisa de espermatozoides em 120 casos de AVP (37,38% dos crimes contra os costumes).

Nove exames de AVP de menores do sexo masculino (2,80% da amostra de crimes contra a dignidade sexual) apresentaram vestígios de ato libidinoso diverso da conjunção carnal, ao passo que somente sete exames de

menores do sexo feminino foram positivos para tais vestígios (2,18% da amostra referida).

A distribuição dos exames de CC de meninas e adolescentes (47,04% dos crimes contra a dignidade sexual) por grupo etário pode ser vista na Tabela nº. 1 (Anexo II).

O exame de CC foi positivo em 72 laudos (22,43%) e negativo em 62 menores (19,31% da amostra analisada). Em cinco desses exames (1,55% dos crimes contra a dignidade sexual) foi constatada a presença de hímen complacente; dois com pesquisa de espermatozoides negativa (0,62% da amostra) e sem colheita de material para pesquisa de espermatozoides nos outros 3 (0,93% dos crimes contra a dignidade sexual), impedindo quaisquer conclusões sobre a ocorrência da alegada CC. Sinais de desvirginamento recente estavam presentes em 9 casos (2,80% da amostra); somente um dos laudos de CC revelou roturas himenais cicatrizadas (a cicatrização do hímen ocorre em torno de 10 dias, com variações individuais); 60 laudos (18,69% da amostra de crimes contra os costumes) não continham informações relevantes a cerca do exame e do histórico. Os peritos não responderam os quesitos por falta de elementos em quatro laudos de CC (1,24% da amostra acima referida). A resposta dos quesitos ficou na dependência de informações hospitalares em um caso (0,31% da amostra) uma das menores recusou o exame (0,31% da amostra).

Os dados sobre a colheita de material para pesquisa de espermatozoides e seus resultados, nos exames de CC, podem ser vistos na Tabela nº. 4 (Anexo II).

A combinação AVP/CC originou 33 laudos (10,28% da amostra de crimes contra a dignidade sexual). A distribuição por idade pode ser vista na Tabela nº. 1 (Anexo II). Havia rotura himenal em dois laudos de AVP/CC (0,62% da amostra); um, com sinais de recenticidade. O hímen estava íntegro em um laudo de AVP/CC (0,31% da amostra de crimes contra a dignidade sexual). 18 laudos de AVP/CC (5,60% da amostra referida) foram negativos para AVP e CC; três laudos foram negativos para AVP (0,93% da amostra); um laudo (0,31% da amostra referida) foi negativo para CC. Os dados da pesquisa de espermatozoides nos laudos de AVP/CC são apresentados na Tabela nº. 4 (Anexo II).

As combinações de AVP, CC e LC (lesão corporal) deram origem a 11 laudos - 3,42% da seleção dos crimes contra a dignidade sexual (Tabelas nº. 1 e nº. 2 – Anexo II). Dois laudos foram positivos para AVP e LC; três foram positivos para CC e LC; dois foram negativos para AVP e positivos para LC; dois foram negativos para AVP; um foi positivo somente para LC e um negativo para AVP e LC. O resultado da pesquisa de espermatozoides nos laudos revisados pode ser visto na Tabela nº. 4 (Anexo II).

O sexo feminino predominou na amostra.

Brancos e pardos predominaram em ambos os gêneros: 157 (48,90% da amostra (n₂)) e 106 laudos (33,02% da amostra referida), respectivamente. 37 laudos eram de indivíduo pretos (11,52% de). Não havia informação sobre o grupo étnico em 21 laudos (6,54% da amostra).

Familiares e conhecidos representaram 44,23% dos alegados agressores na amostra analisada; 36,76% dos laudos não tinham informação

sobre o agressor; 3,11% dos laudos referiam namorados e ex-namorados como autores do suposto abuso. Uma visão geral da relação vítima-agressor nos casos suspeitos de abuso sexual pode ser vista na Tabela nº. 3 (Anexo II).

124 laudos (38,63% da amostra de crimes contra a dignidade sexual) não tinham informação sobre o tempo decorrido entre o suposto abuso e o registro policial; somente em 22 laudos (6,85% da amostra referida) o registro policial foi feito no mesmo dia do suposto abuso sexual; em 62 laudos (19,31% dos supostos crimes contra a dignidade sexual) o registro foi feito nas primeiras 72 horas após o delito; em 38 laudos (11,83% da amostra referida) o registro foi feito na primeira semana; 40 registros (12,46% da amostra) foram feitos nos primeiros 3 meses e 16 (4,98% da amostra) antes de decorridos 6 meses do fato; em 10 laudos (3,11% da amostra) o registro foi feito até 1 ano depois do fato alegado e em 13 laudos (4,05% da amostra), depois de um ano.

Nos casos em que o delito foi atribuído a pessoa da família, apenas dois casos (0,62% da amostra) foram registrados no dia da ocorrência; em 37 desses laudos (11,52% da amostra) o registro foi feito nos primeiros 3 meses; 12 registros (3,73% dos casos selecionados) foram realizados entre 6 meses e 1 ano e 6 (1,87% da amostra referida) foram registrados mais de 1 ano depois do fato alegado. Dos laudos em que os agressores referidos eram pessoas conhecidas, sem relação familiar, quatro (1,24% dos crimes contra a dignidade sexual) foram registrados na data da ocorrência; 26 (8,10% da amostra) foram registrados no primeiro mês, sendo 19 deles entre 72 horas e o final da primeira semana. Dos abusos atribuídos a pessoas desconhecidas, a maior parte dos registros - 21 laudos (6,54% da amostra de crimes contra a dignidade

sexual) - foi feita nas primeiras 72 horas. Nos casos sem informação sobre a relação vítima-agressor, o registro se deu nos primeiros 30 dias em 47 laudos (14,64% da amostra) - com ênfase nas primeiras 72 horas (31 laudos).

A pesquisa de espermatozoides foi negativa em seis dos laudos (1,87% dos supostos crimes contra os costumes) em que alguém da família era o alegado agressor; nos 75 laudos restantes com alegação de abuso sexual por familiar não houve colheita desse material. A pesquisa de espermatozoides foi positiva em 12 laudos (3,73% da amostra): em dois laudos o suposto agressor era pessoa conhecida sem vínculo familiar; em 5 laudos o abuso era atribuído a desconhecidos; nos outros 5 laudos, não havia informação sobre a relação vítima-agressor.

Sete laudos positivos para a pesquisa de espermatozoides (2,18% da amostra) tiveram o registro policial feito nas primeiras 72 horas; nos outros cinco não havia informação sobre o espaço de tempo decorrido entre o suposto delito e o exame pericial. Do total de 52 laudos (16,20% dos crimes contra a dignidade sexual) com resultado negativo para a pesquisa de espermatozoides, 27 foram registrados nas primeiras 72 horas após o suposto abuso. Não foi colhido material para pesquisa de espermatozoides em 252 casos (78,50% da amostra); destes, 48 (14,95% da amostra referida) foram registrados nas 72 horas. A totalidade dos resultados da pesquisa de espermatozoides pode ser vista na Tabela nº. 4 - Anexo II.

Houve relato de atendimento médico-hospitalar em 45 laudos (14,01% da amostra); destes, somente um foi registrado no dia do suposto abuso. Os

atendimentos médicos predominaram entre 0 e 9 anos (31 laudos); 265 laudos (82,55% da amostra) não tinham qualquer referência a atendimento médico.

Não havia informação sobre o local da ocorrência em 245 laudos (76,32% da amostra). O suposto abuso sexual teria ocorrido no endereço residencial em 23 laudos (7,16% da amostra referida). A relação entre local da ocorrência e atendimento médico-hospitalar pode ser verificada na Tabela nº.5 (Anexo II).

132 laudos (41,12% da amostra) não tinham informações relevantes sobre o histórico; 25 laudos (7,78% da amostra) referiam abuso sexual prolongado ou repetido; nove menores (2,80% da amostra referida) eram portadores de deficiência física ou mental ou estavam sob tratamento psiquiátrico; abuso sexual prolongado ou repetido sob ameaça foi referido em 13 exames (4,05% da amostragem); houve mudança de comportamento dos menores pelo abuso sexual em somente um caso (0,31% da amostra); houve referência à prostituição (menores afirmavam se prostituir) em dois laudos (0,62% da amostra); cinco menores (1,55% da amostra) compareceram a exame acompanhados de policiais/agentes públicos ou assistentes sociais; oito menores (2,49% da amostra) estavam grávidas; o agressor estava embriagado ou sob efeito de substância análoga em dois exames (0,62% da amostra); sete laudos (2,18% da amostra) eram de menores em situação especial (5 cumprindo medida sócio-educativa e 2 abrigados); foram registrados indícios de DST em 4 laudos (1,24% da mesma amostra); em 6 laudos (1,87% dos crimes contra os costumes) houve referência a mais de um agressor e em igual número de laudos o suposto abuso teria ocorrido em ambiente escolar; em 19

dos laudos (5,92% dos laudos selecionados) foi referida relação com indivíduos do mesmo sexo e em 7 (2,18% da amostra de crimes contra os costumes) houve prática de sexo oral; em 29 laudos (9,03% da amostra) o abuso alegado teria ocorrido mediante ameaça; em um dos casos (0,31% da seleção) foi referida tentativa de suicídio logo em seguida ao abuso.

Somente um periciado do sexo masculino e de cor preta era analfabeto. 23 foram classificados simplesmente como alfabetizados, no grupo entre 5 e 14 anos; a maioria do sexo feminino. Duas crianças entre 0 e 9 anos cursavam classe de alfabetização (uma do sexo masculino, branca e outra do feminino, parda). 57 jovens cursavam o ensino fundamental (17,75% da amostra de suposto abuso sexual); houve predomínio de brancos e pardos; 11 do sexo masculino. 40 haviam completado o ensino fundamental (12,46% da amostra); brancos e pardos predominaram no grupo; 18 do sexo masculino. 10 cursavam o ensino médio (3,11% da amostra), a maioria de brancos e pardos; um do sexo masculino. Cinco haviam completado o ensino médio; todos brancos e do sexo feminino. 187 laudos não continham informação sobre o grau de instrução dos periciados (58,25% da amostra); dentre esses laudos o predomínio foi de brancos e pardos; 52 do sexo masculino. Em vista do predomínio do sexo feminino na amostra não foi possível perceber diferença de grau de instrução entre os gêneros. Apenas 38 dos periciados eram pretos (11,83% da amostra). A distribuição de periciados por gênero, idade, tipo de exame e grau de instrução pode ser visto na Tabela nº. 6 - Anexo II.

95 registros (29,59% da amostra) foram feitos em delegacias especializadas - delegacias especiais de atendimento à mulher e a criança e ao

adolescente; 139 (43,30% da amostra) na zona Norte da cidade; 47 (14,64% da amostra referida) na zona Oeste (o resultado não reflete a totalidade dos casos; há um posto de polícia técnico-científica no bairro de Campo Grande que atende a maior parte dos casos da região); 14 registros de ocorrência (4,36% da amostra) foram encaminhados por delegacias da zona Sul; somente oito registros (2,49% da mesma amostra) foram originados no Centro da cidade. Órgãos da Justiça foram responsáveis por 14 encaminhamentos a exame (4,36% da amostra referida).

A situação legal dos laudos com suspeição de crimes contra a dignidade sexual (possibilidade de abuso sexual) era a seguinte, no ano de 2008, conforme informações contidas nos próprios laudos revisados: 258 laudos eram provenientes de procedimentos originados em delegacias não informatizadas à época do exame e 42 de procedimentos de delegacias não informatizadas até o presente, o que impossibilitou conhecer a evolução dos mesmos. Resumindo, não foi possível conhecer o status legal de 93,14% dos laudos de suposto abuso sexual, do ano de 2000.

Devido a pequena quantidade de delegacias policiais informatizadas no ano de 2000 escolheu-se, então, novo período a ser analisado - o ano de 2003; com 58 delegacias de polícia - inseridas no sistema informatizado da DTI/PCERJ, possibilitando obter mais informações sobre o desdobramento dos procedimentos originados nos registros de ocorrência.

5.2. Ano de 2003:

Em 2003, o IMLAP, da cidade do Rio de Janeiro, emitiu 28108 laudos de exame de corpo de delito, no serviço de Clínica Médico-Legal.

Respeitados os critérios de seleção - indivíduos com idade entre zero e 17 anos e 11 meses, inclusive, e restrição dos laudos às alegações de agressão física (suspeição de abuso físico) e crimes contra a dignidade sexual (possibilidade de abuso sexual) - foram considerados como objetos da pesquisa 2114 laudos (1577 exames de lesão corporal, 247 de atentado violento ao pudor, 221 de conjunção carnal e 69 exames com as diversas combinações entre AVP, CC e LC). A partir deste ponto, anotar os números dos registros de ocorrência policial (RO) fez-se necessário ao cotejamento dos dados no sistema da DTI/PCERJ.

A amostra selecionada foi dividida em duas partes visando facilitar o entendimento e interpretação dos resultados obtidos: exames de lesão corporal e exames suspeitos de crimes contra a dignidade sexual.

5.2.1. Exames de lesão corporal no ano de 2003:

A análise dos 1577 laudos de exame de lesão corporal considerou a data de realização do exame, autoridade requisitante (delegacias policiais e demais autoridades competentes para requisição de perícias médico-legais), idade, gênero e nível de escolaridade do periciado, solicitação e realização, ou não, de exame laboratorial e o eventual resultado; tipo de agressão, relação vítima-agressor, local da ocorrência, histórico alegado, principais achados no exame direto e as respostas dadas pelos peritos aos quesitos e deu origem ao

artigo “**Agressões físicas contra crianças e adolescentes: análise de exames médico-legais na cidade do Rio de Janeiro, Brasil**”, enviado para a revista Cadernos de Saúde Pública em 24/07/2009 (Anexo V. 3).

5.2.2. Exames de AVP, CC e associações no ano de 2003:

Os 537 laudos com suspeição de crime contra a dignidade sexual tiveram a seguinte distribuição: 247 laudos de AVP (154 do sexo feminino e 93 do sexo masculino), 221 laudos de CC, 61 laudos de AVP/CC e 8 laudos com as combinações entre AVP, CC e LC.

A distribuição desses laudos por gênero e faixa etária consta na Tabela nº. 1 (Anexo III).

Dentre os 247 laudos de AVP, apenas 16 laudos de menores do sexo feminino foram positivos para vestígios de ato libidinoso diverso da conjunção carnal (2,98% da amostra de crimes contra a dignidade sexual). Houve emprego de violência em dois deles. Não foram observados vestígios de ato libidinoso diverso da conjunção carnal em 142 laudos de AVP (26,44% da amostra referida). O resultado da pesquisa de espermatozoides foi positivo em um laudo (0,18% da amostra acima referida) e negativo em 11 (2,05% da mesma amostra). Não houve colheita de material para pesquisa de espermatozoides em 140 casos de AVP (26,07% da amostra); em dois exames o resultado foi prejudicado.

15 exames de AVP de menores do sexo masculino (2,79% da amostra de crimes contra a dignidade sexual) apresentaram vestígios de ato libidinoso diverso da conjunção carnal. A pesquisa de espermatozoides foi negativa

nesses 15 exames (2,79%); não foi colhido material nos demais (14,52% da seleção).

A distribuição dos exames de CC de meninas e adolescentes (41,15% da amostra) por grupo etário pode ser vista na Tabela nº. 3 (Anexo III).

O exame de CC foi negativo (hímen íntegro) em 69 menores (12,85% da amostra analisada). Em 11 desses exames (2,05% da amostra) foi constatada a presença de hímen complacente; dois com pesquisa de espermatozoides positiva (0,37% da amostra), caracterizando desvirginamento, apesar da integridade himenal. Sinais de desvirginamento recente estavam presentes em 19 casos (3,53% da amostra); 69 laudos de CC (12,85% da amostra) revelaram roturas himenais cicatrizadas. Os peritos não responderam os quesitos por falta de elementos em 11 laudos de CC (2,05% da amostra acima referida). A resposta dos quesitos ficou na dependência de informações hospitalares em seis casos (1,11% da amostra). Duas das menores recusaram o exame (0,37% da amostra).

Os dados sobre a colheita de material para pesquisa de espermatozoides e seus resultados, nos exames de CC, podem ser vistos na Tabela nº. 2 (Anexo III).

A combinação AVP/CC originou 61 laudos (11,36% da amostra de crimes contra a dignidade sexual). A distribuição por idade pode ser vista na Tabela nº. 3 (Anexo III). Havia rotura himenal em 12 laudos de AVP/CC (2,23% da amostra); três, com sinais de recenticidade. O hímen estava íntegro em 45 laudos de AVP/CC (8,38% da amostra); o hímen tinha características de complacência em 4 laudos (0,74% da amostra acima referida). 37 laudos de

AVP/CC (6,90% da amostra) foram negativos para AVP e CC; 16 (2,98% da amostra) foram negativos para AVP; quatro laudos foram positivos para AVP (0,74% da amostra); um laudo (0,18% da amostra referida) foi negativo para CC (os peritos responderam somente à quesitação de CC). Três laudos ficaram na dependência de informações hospitalares (0,55% da amostra acima referida). Os dados referentes à pesquisa de espermatozóides nos laudos de AVP/CC são apresentados na Tabela nº. 2 (Anexo III).

As combinações de AVP, CC e LC (lesão corporal) deram m a oito laudos (Tabelas nº. 1 e 3 – Anexo III). Dois laudos foram negativos para CC (hímen íntegro); um foi positivo para AVP e três foram positivos para LC. O resultado sobre a pesquisa de espermatozóides dos laudos revisados pode ser visto na Tabela nº. 2 (Anexo III).

Trinta e seis laudos (6,70% da amostra analisada) de supostos abusos sexuais não foram localizados; parte das informações sobre eles foi recuperada nos memorandos de encaminhamento arquivados no IMLAP e nos registros policiais (DTI/PCERJ).

O sexo feminino predominou na amostra.

Branco e pardos predominaram em ambos os gêneros: 227 (42,27% da amostra de crimes contra a dignidade sexual) e 188 laudos (35% da amostra referida), respectivamente. 62 laudos eram de indivíduo pretos (11,54% da amostra). Não havia informação sobre o grupo étnico em 58 laudos (10,80% da amostra).

Familiares e conhecidos representaram 61,63% dos alegados agressores na amostra analisada; 16,76% dos laudos com suposição de crimes

contra a dignidade sexual não tinham informação sobre o agressor; 6,33% dos laudos referiam namorados e ex-namorados como autores do suposto abuso. Uma visão geral da relação vítima-agressor nos casos suspeitos de abuso sexual pode ser vista na Tabela nº. 4 (Anexo III).

115 laudos (21,41% da amostra de crimes contra a dignidade sexual) não tinham informação sobre o tempo decorrido entre o suposto abuso e o registro policial; somente em 45 laudos (8,38% da amostra referida) o registro policial foi feito no mesmo dia do suposto abuso sexual; em 125 laudos (23,27% da amostra) o registro foi feito nas primeiras 72 horas após o delito; em 71 laudos (13,22% da amostra referida) o registro foi feito na primeira semana; 100 registros (18,62% da amostra) foram feitos nos primeiros 3 meses e 30 (5,58% da amostra) antes de decorridos 6 meses do fato; em 25 laudos (4,65% da amostra) o registro foi feito até 1 ano depois do fato alegado e em 26 laudos (4,84% da amostra), depois de um ano.

Nos casos em que o delito foi atribuído a pessoa da família, apenas 4 registros (0,74% da amostra) foram feitos no mesmo dia da ocorrência; em 101 laudos (18,80% da amostra) o registro foi feito nos primeiros 3 meses. Dos laudos em que os agressores referidos eram pessoas conhecidas, sem relação familiar, 77 (14,33% da amostra de supostos crimes contra a dignidade sexual) foram registrados no primeiro mês, sendo 51 deles entre 72 horas e o final da primeira semana. Dos abusos atribuídos a pessoas desconhecidas, a maior parte dos registros - 25 laudos (4,65% da amostra) - foi feita nas primeiras 72 horas. Nos casos sem informação sobre a relação vítima-agressor, grande

parte dos registros se deu nos primeiros 30 dias - 56 laudos (10,42% da amostra) - com ênfase nas primeiras 72 horas (23 laudos).

A pesquisa de espermatozoides foi negativa nos laudos em que alguém da família era o alegado agressor. A pesquisa de espermatozoides foi positiva em 13 laudos (2,42% da amostra): em um laudo o suposto agressor era pessoa conhecida sem vínculo familiar; em 8 laudos o abuso era atribuído a desconhecidos; nos outros 4 laudos, não havia informação sobre a relação vítima-agressor. Dez laudos positivos para a pesquisa de espermatozoides (1,86% da amostra de supostos crimes contra a dignidade sexual) tiveram o registro policial feito nas primeiras 72 horas; nos outros três não havia informação sobre o espaço de tempo decorrido entre o suposto delito e o exame pericial.

Do total de 132 laudos (24,58% da amostra) com resultado negativo para a pesquisa de espermatozoides, 67 foram registrados nas primeiras 72 horas após o suposto abuso. Não foi colhido material para pesquisa de espermatozoides em 385 casos (71,69% da amostra); destes, 88 (16,38% da amostra referida) foram registrados nas 72 horas. A totalidade dos resultados da pesquisa de espermatozoides pode ser vista na Tabela nº. 2 (Anexo III).

Houve relato de atendimento médico-hospitalar em 113 laudos (21,04% da amostra de suposto abuso sexual); destes, somente sete foram registrados no dia do suposto abuso. Os atendimentos médicos ocorreram entre 0 e 9 anos (81 laudos); 421 laudos (78,40% da amostra) não tinham qualquer referência a atendimento médico.

Não havia informação sobre o local da ocorrência em 201 laudos (37,43% da amostra). O suposto abuso sexual teria ocorrido no endereço residencial em 168 laudos (31,28% da amostra referida). Os locais de ocorrência alegados nos exames revisados podem ser vistos na Tabela nº. 5 (Anexo III).

85 laudos (15,82% da amostra) não tinham informações relevantes sobre o histórico; 38 laudos (7,07% da amostra) referiam abuso sexual prolongado ou repetido; 15 menores (2,79% da amostra referida) eram portadores de deficiência física ou mental ou estavam em tratamento psiquiátrico; abuso sexual prolongado ou repetido sob ameaça foi referido em 13 exames (2,42% da amostragem); houve mudança de comportamento dos menores pelo abuso sexual em 10 casos (1,86% da amostra), sendo que em 7 deles (1,30% da amostra) a alteração comportamental foi o fator que chamou atenção dos responsáveis para a possibilidade de abuso; houve referência à prostituição (menores afirmavam se prostituir) em 9 laudos (1,67% da amostra); 8 menores (1,49% da amostra) compareceram a exame acompanhados de policiais/agentes públicos ou assistentes sociais; 7 menores (1,30% da amostra) estavam grávidas; o agressor estava embriagado ou sob efeito de substância análoga em 5 exames (0,93% da amostra); 4 laudos (0,74% da amostra) eram de menores em situação especial (1 cumprindo medida sócio-educativa e 3 abrigados); foram registrados indícios de DST em 4 laudos (0,74% da mesma amostra) e em 2 laudos os menores eram soropositivos para HIV (0,37% da amostra); o agressor era soropositivo para HIV em apenas um dos laudos (0,18% da mesma amostra).

75 menores entre 0 e 17 anos eram analfabetos (13,96% da amostra) – com predomínio do sexo feminino e de brancos e pardos; desses, somente cinco tinham mais de 10 anos. Seis menores (1,11% da amostra de supostos crimes contra a dignidade sexual) foram incluídos em classes de alfabetização (CA); cinco entre 0 e 9 anos; somente dois do sexo masculino. 19 jovens (3,53% desta amostra) foram classificados como alfabetizados; somente um acima dos 10 anos – predomínio do sexo feminino, com distribuição equilibrada entre os grupos étnicos. 154 laudos (28,67% da amostra) não tinham informação sobre o nível de instrução, com predominância feminina e pouca distinção entre os grupos étnicos – 107 desses, entre 0 e 9 anos. 212 menores (39,47% da amostra) cursavam o ensino fundamental - 148 (27,56% da mesma amostra) entre 10 e 17 anos; com predomínio de brancos e pardos do sexo feminino. Dos 17 que completaram o ensino fundamental (3,16% da amostra de suposto abuso sexual), dois eram do sexo masculino; houve distribuição equilibrada entre os grupos étnicos. Ainda entre 10 e 17 anos, 36 menores (6,70% da amostra referida) cursavam o ensino médio, todos do sexo feminino, a maioria, brancas e pardas. Somente cinco adolescentes do sexo feminino (0,93% da mesma amostra) completaram o ensino médio – quatro brancas e uma parda. Sete laudos não continham nenhum tipo de informação sobre idade, grau de instrução e nem de grupo étnico – dois do sexo masculino.

248 registros (46,18% da amostra) foram feitos em delegacias especializadas - de atendimento à mulher e à criança e ao adolescente; 172 (32,03% da amostra) na zona Norte da cidade; 50 (9,31% da amostra referida) na zona Oeste (o resultado não reflete a totalidade dos casos, por haver um

posto de polícia técnico-científica no bairro de Campo Grande que atende a maior parte dos casos da região); 29 registros de ocorrência (5,40% da amostra) foram encaminhados por delegacias da zona Sul; somente 20 registros (3,72% da mesma amostra) foram originados no Centro da cidade. Órgãos da Justiça foram responsáveis por 20 encaminhamentos a exame (3,72% da amostra referida).

A situação legal dos laudos com suspeição de crimes contra os costumes (possibilidade de abuso sexual) era a seguinte, no ano de 2008, conformes os dados obtidos no sistema informatizado da DTI/PCERJ: 202 procedimentos (37,61% da amostra) haviam sido enviados à justiça; desses, 83 tinham familiares como supostos agressores, 57 atribuíam o abuso a pessoas conhecidas sem vínculo familiar, 21 a desconhecidos, 24 não tinham informação sobre a relação vítima-agressor e sete referiam namorados ou ex-namorados como agressores. 145 procedimentos (27%) foram suspensos: 48 atribuídos a familiares, 31 a pessoas conhecidas sem vínculo familiar, 20 a desconhecidos, 15 a namorados e ex-namorados e 25 não tinham informação sobre a relação vítima-agressor.

6. Discussão

6.1. Sobre os resultados dos exames de lesões corporais realizados nos anos de 2000 e 2003:

Os resultados obtidos a partir da revisão de laudos de lesão corporal dos anos de 2000 e 2003, não representam a totalidade dos casos de violência envolvendo menores do município do Rio de Janeiro, uma vez que nem todas

as vítimas deste tipo de violência se socorrem dos órgãos policiais e, mesmo se o fazem, nem todas comparecem ao IMLAP para exame de corpo de delito; daí considerar-se a sub-notificação do fenômeno. O não comparecimento das vítimas a exame pode decorrer de dificuldades de deslocamento, em que pese a localização central do IML da cidade do Rio de Janeiro, ou de arrependimento pelo registro da ocorrência.

O estudo teve natureza empírica e foi baseado nos exames periciais realizados no serviço de Clínica Médico-Legal do IMLAP (pessoas vivas), em épocas distintas, com base nos registros de ocorrência policial.

A revisão da literatura não revelou nenhum trabalho publicado em revista indexada no país com amostra semelhante à deste estudo.

Mesmo no continente europeu, conforme citado anteriormente (Martrille et al, 2006), poucos são os estudos populacionais que contemplam a clínica forense; os trabalhos existentes referem-se preferencialmente às necropsias.

Estudos recentes alertam para os diferentes tipos de a stras e abordagens sobre a violência envolvendo crianças e adolescentes, podendo levar a grande variação nos resultados, interpretados, eventualmente, como conflitantes (Martrille et al, 2006; Lee et al, 2008; Evans et al, 2008).

Em 2003 houve um aumento de 51% no total de exames em relação ao ano de 2000; os exames de LC aumentaram 46,15%.

A predominância de lesões causadas pelo corpo dos agressores (socos, tapas, mordidas e outros – 53,38% e 56,31% para os anos de 2000 e 2003, respectivamente) mostrou-se de acordo com estudo sobre agressão física realizado na cidade de Araçatuba, no estado de São Paulo (Dossi et al, 2008),

e outro, anterior, que analisou casos de abuso físico em Curitiba, estado do Paraná (Pascolat et al, 2001). Entre 10 e 17 anos, não houve diferença significativa de gênero. Nos grupos mais jovens (de 0 a 9 anos), os meninos foram mais atingidos.

Nos casos em que a lesão corporal foi produzida por projéteis de arma de fogo houve maior incidência do sexo masculino, entre 10 e 17 anos, nos anos estudados; entre 0 e 9 anos nenhum dos registros se referia ao sexo feminino. Não foram recuperadas quaisquer informações sobre a vítima-agressor em nenhum deles, devido ao registro dos casos em diferentes categorias de delito no sistema DTI/PCERJ (tentativa de homicídio, tráfico de entorpecentes, furto), às quais a pesquisa não teve acesso.

Sobre os delitos perpetrados com uso de arma branca, no ano de 2000, o pequeno número de casos, associado à falta de informação sobre a relação vítima-agressor não permitiu quaisquer conclusões sobre a motivação das agressões. Em 2003, não houve diferença significativa entre agressões atribuídas a familiares e as sem informação sobre o agressor, havendo maior incidência de vítimas de sexo feminino, entre 15 e 17 anos, o que permite inferir estarem associadas à violência doméstica (Dossi et al, 2008).

A falta de informação sobre a relação vítima-agressor predominou nos exames de LC (80,53% e 51,23% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente).

A discriminação entre maus tratos e violência doméstica fez-se necessária: alguns casos foram originalmente registrados como maus tratos; outros foram classificados durante a pesquisa devido às características observadas. A classe violência doméstica incluiu os casos de agressões a

menores no endereço residencial com envolvimento de outros familiares na mesma ocorrência policial. O resultado sobre as relações vítima-agressor, nos dois grupos (maus tratos e violência doméstica), coincidiu com a literatura sobre o assunto que atribui as agressões a pessoas próximas dos jovens, pais e/ou familiares (Glaser, 2008; Kenney, 2006; Millán et al, 2006; Martrille et al, 2006; Pires e Miyazaki, 2005; Anooshian, 2005).

No grupo dos maus tratos predominou a figura materna como principal agressora (Barbosa e Pegoraro, 2008; Pascolat et al, 2001); na violência doméstica, a figura masculina - pai ou padrasto – surgiu com maior frequência (Dossi et al, 2008; Guterman e Lee, 2005; Ferreira, 2005); poucas agressões foram atribuídas a pessoas conhecidas sem vínculo familiar em ambos os grupos.

As agressões por pai, mãe ou outros familiares nos casos de maus tratos diminuíram, significativamente, entre 15 a 17 anos, no sexo masculino. Tomando-se a idade como referencial, houve pouca alteração nas agressões ocorridas no ambiente doméstico. Pode-se supor que a diminuição dos maus tratos ocorra pela maior capacidade de defesa dos jovens, que passariam a protagonizar episódios de violência doméstica, se considerada a hipótese de que as vítimas de violência a reproduzam na resolução de conflitos (Glaser, 2008; Kenney, 2006). Segundo Dossi et al (2008), nas agressões entre diversos membros da família, o irmão foi o agente mais citado. Por outro lado, chama atenção o envolvimento de adolescentes do sexo masculino entre 15 e 17 anos em acontecimentos violentos fora do ambiente familiar, possivelmente devido à maior interação com a comunidade/sociedade. Phebo e Moura

(2005), o fato de ser homem e jovem constitui, por si só, fator de risco para a violência.

A presença feminina nos casos de maus tratos e sua predominância nos de violência doméstica repete as características da vitimização no âmbito familiar descritas por Dossi et al (2008) e mostram-se de acordo com os trabalhos que afirmam não haver diferença significativa de gênero entre vítimas de abuso físico no ambiente doméstico (Meade et al, 2007; Millán et al, 2006; Ferreira, 2005).

Independentemente do tipo de agressão que deu origem ao registro policial, o sexo masculino predominou em todos os grupos etários, com alto índice de registros sem informação sobre o agressor (43,93% e 33,35% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente); as agressões por familiares (4,26% e 11,16% em 2000 e 2003, respectivamente) superaram as perpetradas por conhecidos (2,03% e 7,42%, respectivamente).

A avaliação dos fatores de riscos para maus tratos e agressões ficou prejudicada; 85,82% dos laudos referentes ao ano de 2000 e 78,94% dos de 2003 não continham informações relevantes acerca dos fatos os. Em apenas 0,27% e 0,5% dos casos, anos de 2000 e 2003 respectivamente, o uso do álcool foi determinante da agressão, junto à deficiência física e/ou mental da vítima ou do agressor (Glaser, 2008; Dubowitz e Bennet, 2007). Os resultados do estudo ficaram longe dos 20 a 25% de agressores alcoolizados no momento da agressão, relatados por Dossi et al (2008). Pascolat et al (2001) afirmam que 7,6% dos agressores eram usuários de entorpecentes e 25,8% de álcool. Nos casos das vítimas grávidas (0,18% e 0,63% dos anos de 2000 e 2003,

respectivamente) não foi possível determinar se a gravidez foi o fator que desencadeou a agressão.

Não foi pesquisado o nível sócio-econômico das vítimas por não haverem dados pertinentes nos laudos periciais e nem nos memorandos de encaminhamento ao IML. O estado civil dos responsáveis pelos menores também não foi pesquisado.

O sexo masculino predominou entre os jovens em situação especial, em ambos os períodos analisados; possivelmente pela maior exposição do gênero às situações de conflito extrafamiliar (Phebo e Moura, 2005).

O índice de analfabetismo referente ao ano de 2000 (1,02%) mostrou-se abaixo das taxas da região Sudeste do País (5,8%) e do registrado nas populações urbanas (4,4%) na mesma região, em 2007. Para o ano de 2003, o índice de analfabetismo (5,83%) coincidiu com as taxas da região e ficaram pouco acima do registrado nas populações urbanas (4,4%) da região, em 2007. A média nacional de analfabetos foi de 10,0% (UNICEF, 2009). 46,15% dos laudos de lesão corporal do ano de 2000 e 22,45% dos laudos do ano de 2003 não informavam o grau de instrução.

O predomínio de brancos e pardos (83,41% e 80,4% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente) na amostra contraria dados sobre a população norte-americana (Pascolat et al, 2001) segundo os quais crianças de cor preta eram relatadas como vítimas “numa frequência desproporcionalmente maior” que as brancas.

No ano de 2000, somente 17,79% dos casos de lesão leve tiveram atendimento hospitalar; em 52,27% dos exames com esta classificação não

havia informação sobre atendimento médico-hospitalar. A procura por atendimento médico-hospitalar foi maior nas lesões leves que nas graves no ano de 2003. O total de lesões graves da amostra (2,78% e 4,63% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente) foi mais baixo que o encontrado por Garbin et al., em trabalho sobre violência doméstica.

Estudos de Schraiber et al (2005) e Bruschi et al (2006) destacam a baixa procura por serviços médicos (15,6% e 5,3%, respectivamente). Dossi et al (2008) supõem que as lesões não representassem problema grave para as vítimas, ou o setor de saúde não fosse considerado competente para lidar com a violência. Embora os índices de atendimento médico da amostra tenham sido superiores aos dos trabalhos referidos (21,77% e 42,29% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente), a procura inicial pela polícia foi significativa. Em relação ao ano de 2000 pode-se observar que os atendimentos médicos predominaram no grupo etário de 10 a 17 anos (23,91%), independentemente da classe de lesão (leve ou grave); o mesmo fato pode ser dito sobre o ano de 2003 (34,11%); cabendo destacar, nos dois períodos examinados, o predomínio do sexo masculino nos grupos destacados. Pode-se supor que o grande número de atendimentos médicos em presença de lesões leves se deva à menoridade das vítimas, em desacordo com estudo de Garbin et al (2006) que afirma ser a dependência dos menores aos responsáveis a justificativa da prevalência de atendimento hospitalar a vítimas em idade adulta.

O maior número de registros policiais foi feito na zona Norte da cidade (46,33% e 42,55% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente) e pelas delegacias especializadas (DEAMs e DPCA) – 22,97% e 28,41%,

respectivamente. Os registros da zona Oeste (9,26% e 11,60% em 2000 e 2003, respectivamente) representaram parcialmente as ocorrências da região; em Campo Grande existe um PRPTC que realiza a maioria dos exames locais (33^a, 34^a, 35^a e 36^a DPs). As zonas Sul e Centro registraram, no ano de 2000, 8,80% e 5,28% dos registros, respectivamente; em 2003, as mesmas regiões registraram 7,86% e 3,99% dos casos. A média dos percentuais de crimes contra a pessoa registrados pelo Instituto de Segurança Pública nas diferentes regiões da cidade, em 2006, é semelhante aos achados da pesquisa: zona Norte - 47,9%; zona Oeste - 28,5%; zona Sul - 12,49%; Centro - 11,14% (ISP, 2006). 4,54% dos laudos de 2000 e 2,47% dos de 2003 foram realizados por determinação judicial, principalmente das Varas da Infância e Juventude.

O desconhecimento sobre a situação sócio-econômico-cultural dos periciados, não permitiu afirmar se o número de ocorrências nas zonas Sul e Centro, bem menor que nas zonas Norte e Oeste, se deveu a diferenças entre seus habitantes. A grande densidade demográfica da zona Norte pode ser responsável pelo grande quantidade de registros na região.

O baixo índice de informações, em 2008, sobre a situação legal dos laudos realizados em 2000 pode ser atribuído à não informatização da maior parte das delegacias policiais àquela época (96,94% dos laudos). A expansão do programa Delegacia Legal, informatizando outras unidades policiais, permitiu recuperar mais informações sobre a situação legal dos laudos de 2003 – 40,96% não continham a informação.

6.2. Sobre os exames AVP, CC e associações realizados nos anos de 2000 e 2003:

Os dados colhidos nos laudos médico-legais revisados não totalizam os casos suspeitos de abuso sexual envolvendo menores da cidade do Rio de Janeiro, pois nem todas as vítimas recorrem aos órgãos policiais ou se submetem ao exame pericial no IMLAP.

O estudo, de natureza empírica, foi baseado em exames realizados no serviço de Clínica Médico-Legal do IMLAP da cidade do Rio de Janeiro, com base nos registros de ocorrência policial.

Os casos suspeitos de abuso sexual foram mais numerosos no grupo entre 0 e 14 anos (79,44% e 80,56% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente), repetindo a tendência observada em estudos anteriores da autora baseados em laudos periciais, com amostras de tamanhos diferentes (de Oliveira Aded et al, 2007; Aded et al, 2007).

A maior parte dos exames de AVP ocorreu na faixa entre 0 e 9 anos, em ambos os sexos (29,59% e 32,01% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente), o que confirma a noção de que os abusos físico e sexual sejam mais freqüentes quando as vítimas têm menos capacidade de oferecer resistência.

Os casos envolvendo menores do sexo masculino (22,11% e 17,50% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente) mostraram-se acima dos índices descritos na literatura científica nacional e internacional referida em trabalho anterior (Azevedo e Guerra, 1993; Weiss et al, 1999, apud de Oliveira Aded et al., 2007). Os resultados obtidos na pesquisa atual coincidem com estudo de

prevalência de Cawson et al (2000) que indica taxas entre 3% a 29% nos casos de abuso sexual envolvendo sexo masculino e 3% a 36% no sexo feminino (Alagia e Millington, 2008). Estes mesmos autores referem-se, ainda, a dois estudos de incidência mais recentes, um canadense, de Trocmé et al (2005), e outro dos Estados Unidos da América do Norte feito com crianças atendidas por serviços de saúde mental, de Walrath et al (2006), que apontam para índices de 37% e 47,5%, respectivamente, de menores do sexo masculino com história de abuso sexual (Alagia e Millington, 2008). As aparentes discrepâncias entre os números podem ser explicadas pelas diferenças entre os tipos de amostra e metodologias empregados nas pesquisas, associadas à subnotificação dos casos. Tais fatores tornam problemática a delimitação das taxas de abuso sexual contra menores do sexo masculino, porém não se pode negar que tal forma de abuso ocorra frequentemente (Gartner, 1999; Speigal, 2003 apud Alagia e Millington, 2008).

A pesquisa revelou a presença de vítimas do sexo masculino, no ano de 2003, na faixa entre 15 e 17 anos e 11 meses, inclusive - 5 laudos (0,93%) - diferentemente do observado em trabalhos anteriores (de Oliveira Aded et al, 2007; Aded et al, 2007), onde o grupo etário não se fez presente. Em valores percentuais o resultado não difere do observado no ano de 2000 (objeto inicial da pesquisa); três laudos (0,93%) em 321 exames de suposto abuso sexual. Devido à natureza o fenômeno analisado e o tamanho da amostra de 2003 (537 exames de suposto abuso sexual), não há como afirmar que os casos envolvendo adolescentes do sexo masculino entre 15 e 17 anos tenha se modificado. Pode-se supor que a maior capacidade de reação dos jovens pelo

aumento da força física, devido à idade, seja responsável pela baixa frequência dos ataques sexuais. Outra hipótese que não pode ser descartada é a de que os abusos ocorram, não sendo, porém, denunciados pelo receio das conseqüências que essa revelação possa acarretar aos membros na família e na própria comunidade (de Oliveira Aded et al, 2007; Aded et al, 2007). Jovens e mesmo adultos do sexo masculino têm, dificuldade em reconhecer o abuso sexual ou de procurar atendimento especializado, pois uma vez que o gênero é pressuposto como forte, o fato de ter sofrido o abuso poderia colocar em xeque sua masculinidade (Alagia e Millington, 2008).

As relações de 5,19:1 no ano de 2000 e 4,71:1 em 2003 entre vítimas do sexo feminino e masculino verificadas no presente estudo ficaram bem abaixo dos 12:1 encontrados por Weiss et al em 1999 (de Oliveira Aded et al, 2007). Em que pesem as diferenças, as relações mostram-se mais próximas de Putnam (2003) que afirma que a maioria dos estudos sobre abuso sexual indica que meninas o sofrem 2,5 a 3 vezes mais que os meninos.

Os exames de CC, mais numerosos na faixa de idade entre 10 e 17 anos e 11 meses, inclusive (34,89% e 28,30% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente) e os de AVP/CC (atos libidinosos sem e com penetração vaginal), predominantes no grupo entre 5 e 14 anos (5,61% e 7,63% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente) confirmam e reforçam a idéia de que as alterações anatômicas puberais induzam os agressores à consumação e/ou tentativa da cópula vaginal (de Oliveira Aded et al, 2007; Santos et al, 2006; Islam e Islam, 2003 e Drezett et al, 2001, apud Aded et al, 2007).

A quantidade de perícias concluídas sem colheita de material para pesquisa de espermatozoides (78,50% e 71,69% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente), único recurso laboratorial disponível no IMLAP à época, não guardou relação com o tempo decorrido entre fato e registro policial.

A Academia Americana de Pediatria recomenda o encaminhamento para exame pericial e colheita de material para pesquisa forense, sempre que indicado, em todos os casos de alegado abuso sexual comunicados até 72 horas após o fato (Young et al, 2006). A pesquisa mostrou que, mesmo nos exames realizados nesse prazo, foi significativo o número de laudos (14,95% e 16,38% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente) em que não foi realizado o exame laboratorial. É possível supor que a ausência do procedimento tenha ver com o alto índice de exames negativos para vestígios de CC e AVP (47,35% e 56,23% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente).

Os exames positivos para espermatozoides, de menores do sexo feminino entre 10 e 17 anos (3,73% e 2,23% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente), ficaram bem abaixo dos 20% encontrados no estudo de Young et al (2006).

O relacionamento próximo entre vítima e agressor (47,35% e 67,97% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente), presente em grande parte da amostra estudada é um dos fatores capazes de postergar o registro dos relatos de abuso (12,46% dos casos de 2000 e 18,80% dos de 2003 foram registrados até três meses após o fato alegado). Diversos autores afirmam que o tempo decorrido entre fato e denúncia costuma ser inversamente proporcional à

proximidade entre autor e vítima (Sharma e Gupta, 2004; Suarez-Sola e Soares Delgado, 2003 apud de Oliveira Aded et al, 2007).

A proximidade de relacionamento entre vítima e agressor existia em todos os casos em que houve referência de abuso sexual repetido/prolongado (6,85% e 7,07% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente), repetido/prolongado com ameaças (3,42% e 2,42%, respectivamente) e naqueles em que o abuso repetido causou alterações de comportamento (0,31% e 1,86% dos laudos em 2000 e 2003, respectivamente).

Fatores de risco, tais como debilidade física ou mental das vítimas e o uso de álcool ou substâncias de efeitos análogos pelo agressor foram observados numa pequena parcela da amostra; tal resultado não permite distinguir se em nosso meio tais ocorrências não são comuns ou se houve falha na obtenção de informações (41,12% e 15,82% dos laudos nos anos de 2000 e 2003, respectivamente, não tinham nenhum dado sobre o histórico).

Exames negativos para CC (hímen íntegro) e sem quaisquer vestígios de ato libidinoso diverso da CC não excluem a possibilidade de ocorrência do abuso (Glaser, 2008). A taxa de exames normais (47,35% e 56,23% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente) pode oscilar entre 16% e 90%, havendo estudos que relatam de 70% a 90% (O'Keefe, 2004 apud Aded et al, 2006).

Há contradição entre o resultado negativo de boa parte dos exames diretos e alguns dos relatos de menores (principalmente do sexo feminino) ricos em detalhes sobre alegado abuso; é possível supor que, nesses casos, o agressor não tenha completado o ato ou que o relato do menor ou do

responsável não condiga com os fatos alegados (De Becker e Ali-Hamed, 2006).

No ano de 2000, a precariedade das informações revelou que somente 7,16% dos laudos referiam ter o suposto abuso sexual ocorrido na residência. Por outro lado, as ocorrências registradas como ocorridas no endereço residencial em 2003 - 31,28% - se aproximam dos índices descritos por Drezzet et al (42,3%) em 2001 (Aded et al, 2007).

A absoluta predominância de casos sem atendimento médico-hospitalar (84,73% e 78,40% dos laudos de 2000 e 2003, respectivamente) talvez seja explicado pela própria natureza dos fatos. O abuso sexual tende a permanecer cercado de silêncio (Sharma e Gupta, 2004; Aded et al, 2006). A proximidade entre agressores e vítimas pode ser outro fator que iniba a procura por serviços médicos, uma vez que os menores dependeriam dos próprios agressores para conduzi-los, nos casos de abuso por familiares.

Os índices de analfabetismo nos casos de suposto abuso sexual (0,31% no ano de 2000 e 0,93% em 2003) mostraram-se bem abaixo das taxas da região Sudeste do País (5,8%), do registrado nas populações urbanas (4,4%) na mesma região, em 2007, e da média nacional de analfabetos de 10,0% (UNICEF, 2009). 58,25% dos laudos suspeitos de abuso sexual do ano de 2000 e 29,98% dos de 2003 não informavam o grau de instrução.

O predomínio de brancos e pardos (81,62% e 77,27% dos exames nos anos de 2000 e 2003, respectivamente) contraria a predominância de indivíduos de cor preta na população de vítimas de violência referida em estudo de Pascolat et al (2001).

A maioria dos registros policiais foi feita na zona Norte da cidade (43,30% e 32,02% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente) e nas delegacias especializadas (DEAMs e DPCA) – 29,60% e 46,18%, respectivamente. Os registros da zona Oeste (14,64% e 9,31% em 2000 e 2003, respectivamente) representaram somente parte dos registros da região, uma vez que existe em Campo Grande um PRPTC que realiza a maioria dos exames locais (33^a, 34^a, 35^a e 36^a DPs). As zonas Sul e Centro registraram, no ano de 2000, 2,60% e 2,18% dos registros, respectivamente; em 2003, foram registrados nas mesmas regiões 5,40% e 3,72% dos casos. A média dos percentuais de crimes contra a pessoa registrados pelo Instituto de Segurança Pública nas diferentes regiões da cidade, em 2006, se assemelha aos achados da pesquisa somente na zona Norte - 47,9%. As taxas de registro da pesquisa ficaram bem abaixo das médias do ISP nas zonas Oeste (28,5%), Sul (12,49%) e Centro (11,14%) (ISP, 2006). 4,36% dos laudos de 2000 e 2,60% dos de 2003 foram realizados por determinação judicial, principalmente das Varas da Infância e Juventude.

Em 2008, a pouca informação sobre a situação legal dos laudos realizados em 2000 – 93,14% não continham essa informação - pode ser atribuída a pouca quantidade de delegacias policiais informatizadas, à época. Nos laudos de 2003, houve sensível melhora na qualidade de informação obtida devido a expansão do programa Delegacia Legal, possibilitando acessar dados do sistema e o acesso aos dados armazenados no sistema da DTI/PCERJ – em somente 12,85% dos laudos a falta de informação sobre a situação legal foi devida a não informatização das delegacias.

A carência sistemática de informações observada durante a análise dos laudos se caracteriza como padrão; permitindo supor que não se deva a um problema de capacidade profissional. Por outro lado não se pode deixar de indagar se o atual enfoque pericial - suficiente à elaboração do laudo médico-legal - que permite ao perito-legista tão somente estabelecer o nexo têmporo-causal, será capaz de perceber a importância do diagnóstico da violência contra crianças e adolescentes, que cada vez mais é entendida como problema de saúde pública requerendo a formulação de políticas públicas de prevenção, tratamento e enfrentamento baseadas em modelos autóctones.

7. Considerações finais

A grande quantidade de artigos publicados sobre as diversas formas de violência que atingem crianças e adolescentes demonstra a preocupação da comunidade científica com o problema e a dificuldade em lidar e desvendar o fenômeno.

É inquestionável que a violência, sendo parte da história da humanidade e interessando os campos social e pessoal (Assis, 1994; Assis et al, 2004), seja capaz de modificar a qualidade de vida das pessoas, podendo influir no seu desempenho atual e futuro. O fenômeno deixou de ser apenas assunto da esfera da segurança pública - “caso de polícia” - passando a interessar às ciências sociais. Dada sua magnitude e as possíveis repercussões na saúde dos indivíduos pode-se afirmar que tenha se tornado um dos principais problemas de saúde pública (Pesce, 2009).

Dentre as diversas formas de violência que atingem crianças e adolescentes, é quase impossível dizer qual a mais prejudicial. O consenso entre diversos autores (Schuck e Widom, 2005 apud Dubowitz e Bennett, 2007; Lubit et al, 2003 apud Abramovitch et al, 2007; Millán et al, 2006; Putnam, 2003; Afifi et al, 2006) remete aos reflexos na saúde física e mental das vítimas e aos prejuízos que pode acarretar ao pleno desenvolvimento de personalidades ainda em formação (Riggio, 2004 apud Borrego Jr. 2008; Bifulco et al, 2005, Schuck e Widom, 2005 apud Dubowitz e Bennett, 2007; Glaser, 2008; Rovi et al, 2004).

O peso que um fato violento vivenciado por uma criança (como vítima ou testemunha) terá sobre sua saúde mental estará condicionado aos aspectos biológicos, genéticos, psicológicos e ambientais (Abramovitch et al, 2007).

A utilização de diferentes tipos de amostra e abordagens diversas levando à variação nos resultados, por vezes, interpretados como conflitantes (Martrille et al, 2006; Lee et al, 2008; Evans et al, 2008), impede que se conheça a real dimensão da violência, dificultando a elaboração e implantação de medidas visando prevenir, enfrentar e minorar seus efeitos.

Grande parte do conhecimento sobre os fatores de risco para maus tratos decorre dos registros de morte de crianças nessas circunstâncias (Jonson-Reid et al, 2007). Há poucos estudos populacionais voltados às lesões não fatais e suas repercussões, inclusive de ordem econômica (Noronha, 2003; Martins e Mello Jorge, 2009); os trabalhos existentes referem-se quase sempre às necropsias (Martrille et al, 2006).

Os baixos índices de identificação e encaminhamento de casos de maus tratos e violência familiar envolvendo jovens têm sido atribuídos dentre outras causas à formação e à atuação dos profissionais da área de saúde (Moura e Reichenheim, 2005).

Os pediatras, primeiros profissionais a terem contato com crianças com sintomatologia psiquiátrica que pode ser decorrente de maus tratos/abuso ou qualquer outro acontecimento potencialmente traumatizante, precisam ficar atentos a fim de encaminharem-nas adequadamente. O diagnóstico de maus tratos/abuso representa uma dificuldade para os profissionais de saúde, inclusive os que militam na perícia forense (Pires e Miyazaki, 2005).

A suspeita ou confirmação de abusos e maus tratos constitui desafio para os profissionais de saúde, pela falta de informações técnicas e científicas. Poucos têm a questão da violência abordada nos cursos de graduação, sendo necessário incluir o tema nos currículos e promover a educação dos graduados (Pires e Miyazaki, 2005). Convém ressaltar que a Medicina Legal, disciplina comum aos cursos de Direito e Medicina vem perdendo espaço. De obrigatória passou a eletiva nas faculdades de Direito e com as reformulações de currículo nas escolas de Medicina teve seu conteúdo diluído em meio às diversas disciplinas consideradas imprescindíveis à formação dos profissionais de saúde. A consequência imediata desta tendência na área médica pode ser sentida na atuação de profissionais cada vez mais distantes da dimensão social da função exercem, limitando o ato médico e mesclando-o ao simples cumprimento de metas ou a “papar filas”.

A deficiência de informação nos laudos revistos coincide com estudos sobre abuso sexual de menores (de Oliveira Aded et al, 2007; Aded et al, 2007) e violência doméstica (Dossi et al, 2008), remetendo mais uma vez à questão da atuação e formação dos profissionais de diversas áreas de conhecimento envolvidos no atendimento desses menores. Faltam normas técnicas nacionais e rotinas estabelecidas para orientação dos profissionais, o que concorre para a dificuldade em diagnosticar, registrar e notificar os casos, além da falta de intercâmbio entre os diversos setores envolvidos: policial, pericial, judiciário, conselhos tutelares e outros (Barbosa e Pegoraro, 2008).

A carência de informações observada em grande parte dos laudos compromete a prova técnica, tornando-a inócua e contribui para que as denúncias não se transformem em processo criminal (Aded, 2005). Informações obtidas a partir de laudos periciais, por serem privilegiadas, podem ser relevantes no conhecimento do panorama da violência envolvendo menores em nosso meio e na formulação de políticas públicas de enfrentamento e prevenção dessa violência.

A pesquisa somente logrou as informações dos exames de 2003 pelo acesso ao sistema informatizado da DTI/PCERJ; porém muitos dados importantes (como por exemplo, fatores de risco para maus tratos, violência doméstica ou abuso sexual) continuaram sem ser identificados devido à sistemática “economia de detalhes” presente nos laudos examinados, e que não pode ser atribuída tão somente à capacidade dos profissionais envolvidos.

A implantação do sistema Delegacia Legal pelo Governo Estado do Rio de Janeiro em 1999, informatizando as DPs, foi determinante na obtenção de dados sobre a evolução dos procedimentos policiais.

A taxa de procedimentos enviados à Justiça, após cinco anos, mostrou um cenário menos pessimista que o relatado por Gomes, sobre a dificuldade em recuperar dados sobre casos de violência envolvendo menores (Aded et al, 2006). O problema não se restringe ao Brasil; mesmo nos países onde a justiça criminal e os serviços forenses funcionam eficientemente, apenas um pequeno número de casos de maus tratos chega a julgamento, incluindo-se os de abuso sexual (Ferreira, 2005). A inexistência, até o momento da conclusão desta tese, de conexão informatizada entre os sistemas da Polícia Judiciária e os órgãos de Justiça impediu com a evolução dos casos.

É importante ressaltar que a implantação do sistema WEB (integração “*on line*” das informações do registro policial, confecção dos laudos e envio dos mesmos para a autoridade requisitante) no ano de 2008, não melhorou a qualidade dos laudos periciais, que se mostram cada vez mais sucintos.

8. CONCLUSÃO

Não obstante o interesse e a comoção que o fenômeno da violência causa no país, mormente quando atinge crianças e adolescentes, percebe-se que falta envolvimento/engajamento, da sociedade como um todo e mesmo dos profissionais diretamente envolvidos.

Os efeitos imediatos ou tardios da violência na vida dos jovens permanecem, em grande parte, desconhecidos. Os profissionais das diversas áreas de conhecimento que atuam diretamente nos casos de violência ou pesquisam sobre o tema, atuam isoladamente (ou em grupos fechados), daí a diversidade de estudos e pesquisas utilizando amostras e abordagens diversas, com resultados compartimentados e aparentemente conflitantes, que não auxiliam a formulação de políticas públicas de enfrentamento, prevenção e tratamento/ diminuição dos danos da violência.

Além de ser vista como distante do cotidiano dos cidadãos, a violência ainda é encarada como “problema de polícia” ou, no máximo, de família, com o qual “é melhor não se envolver”, ignorando-se seus efeitos deletérios sobre a saúde e qualidade de vida de suas vítimas diretas, ou não; considerando-se também os prejuízos à economia nos diferentes níveis da administração pública.

Mudanças de comportamento são necessárias; o que somente parece possível através de uma mudança de mentalidade: social e cultural. É preciso que o tema seja abordado, o mais cedo possível, no ambiente familiar, nas escolas de ensino fundamental e médio e, posteriormente, nos cursos de graduação e/ou formação profissional, preparando cidadãos e os futuros profissionais das mais diversas áreas (Ciências Sociais, Humanas e Biomédicas, principalmente) para identificar, prevenir e lidar com situações de violência.

Os profissionais da área de saúde, médicos que atuam nas emergências dos grandes hospitais ou em consultórios e peritos-legistas precisam estar

atentos à possibilidade de violência e não temerem se envolver, deixando passar como corriqueiros casos que podem, num futuro não muito distante, ter desfecho trágico e irremediável. A formação e atuação de equipes multidisciplinares para atendimento dos casos de violência envolvendo crianças e adolescentes faz-se necessária.

A propalada e indispensável isenção dos peritos-legistas não será em hipótese nenhuma conspurcada com a realização de laudos que verdadeiramente informem as autoridades competentes. Não basta a simples descrição das lesões; a perícia forense pressupõe um comprometimento do profissional com a justiça, inerente à função.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abramovitch S; Moreira ML; Cheniaux E. O Impacto da Violência na Saúde Mental das Crianças. *Revista de Pediatria SOPERJ* 8 (2): 12-17, 2007.
2. Abreu SR. Crianças e adolescentes em situação de risco no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 24 (1): 5-6, 2002.
3. Aded NLO; Oliveira SF. Síndrome da Criança Espancada. H. Hercules, organizador. *Medicina Legal – Hélio Gomes, 32ª ed. revisada e atualizada.* Rio de Janeiro: Ed. Freitas Bastos, p.725-742; 1997.
4. Aded NLO. Síndrome da Criança Espancada. *In: Hércules, H. C. (ed.) – Medicina Legal Texto e Atlas.* São Paulo: Ed. Atheneu, pp. 641-652, 2005.
5. Aded NLO. Maus tratos contra crianças e adolescentes: o abuso sexual um século depois. O que pode ser afirmado? Levantamento de casos examinados no Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto – cidade do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado], 2005. Rio de Janeiro: Instituto de

Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (acessível em <http://fenix2.ufrj.br>).

6. Aded NLO; Dalcin BLGS; Moraes TM; Cavalcanti MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica* 33(4): 204-213, 2006.
7. Aded NLO; Dalcin BLGS; Cavalcanti MT. Estudo de incidência de abuso sexual de crianças no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 23(8): 1971-1975, ago. 2007.
8. Afifi TO; Brownridge DA; Cox BJ; Sareen J. Physical punishment, childhood abuse and psychiatry disorders. *Child Abuse & Neglect* 30: 1093-1103, 2006.
9. Aisenberg E; Mennen F. Children Exposed to Community Violence: Issues for Assessment and Treatment. *Child and Adolescent Soc Work Journal* Volume 17, Number 5, October 2000.
10. Alaggia R; Millington G. Male Child Sexual Abuse: A Phenomenology of Betrayal. *Clin Soc Work J* (2008) 36:265-275.
11. Anderson CA; Bushman BJ. Human aggression. *Annual Review of Psychology* 53: 27-51, 2002.
12. Anooshian LJ. Violence and aggression in the lives of homeless children: A review. *Aggression and Violent Behavior* 10:129–152, 2005.
13. Ariès P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., pp. 9-27, 1981.
14. Assis SG; Avanci JQ; Santos NC; Malaquias JV; Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* 16 (1): 43-51, 2004.
15. Assis SG. Crianças e Adolescentes Violentados: Passado, Presente e Perspectivas para o Futuro. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (supl.1): 126-134, 1994.
16. Avenard G; Dottori S; Padieu C. La lettre de l'ODAS. O.D.A.S, Novembre, 2007 em www.odas.net; acesso em 30/12/2009.

17. Azevedo MA; Guerra V. Políticas Sociais e Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. In: Infância e Violência Doméstica: Fronteiras do Conhecimento. São Paulo: Cortez, 1993.
18. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
19. Barbosa PZ; Pegoraro RF. Violência Doméstica e Psicologia Hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, p.77-89, 2008.
20. Bazon MR. Violência contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 24(2): 323-332, fev. 2008.
21. Biheler S. As pessoas não estão preparadas para lidar com o abuso sexual, porque a sexualidade assusta. Universidade Federal de Santa Catarina, 2002; www.unaberta.ufsc.br/entrevista_abuso.html. Acessado em Janeiro de 2003.
22. Bordin IA; Duarte CS; Peres CA; Nascimento R; Curto BM; Paula CS. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil Bull World Health Organ 2009;87:336–344.
23. Bordin IA; Paula CS. Estudos Populacionais sobre a Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Brasileiros. In: Mello MC, Mello ABF, Kohn R (eds) Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007; P. 101-17.
24. Borrego Jr J; Guttow MR; Reicher S; Barker CH. Parent-Child Interaction Therapy with Domestic Violence Populations. Journal of Family Violence 23: 495-505, 2008.
25. Briere J; Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. Child Abuse Neglect 2003;27:1205–22.
26. Bruschi A; Paula CS; Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. Revista de Saúde Pública 40: 256-64, 2006.

27. Carter-Lourensz JH; Johnson-Powell G. Abuso Físico, Abuso Sexual e Negligência da Criança. In: Kaplan, H. I. & Saddock, B. J. (ed.) Tratado de Psiquiatria, vol. 3, 6ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 1999.
28. Chen JQ; Dunne MP; Han P. Child abuse in China: a study of adolescents in four provinces. *Child Abuse & Neglect* 28(11): 1171–1186, 2004.
29. Combs-Orme T; Cain DS. Predictors of mothers' use of spanking with their infants. *Child Abuse & Neglect* 32 (2008): 649-657.
30. Connell-Carrick K; Scannapieco M. Ecological correlates of neglect in infants and toddlers. *Journal of Interpersonal Violence*. 2006; 21(3): 299-316.
31. Crouch JL; Skowronski JJ; Milner JS; Harris B. Parental responses to infant crying: The influence of child physical abuse risk and hostiles priming. *Child Abuse Neglect* 32 (2008): 702-710.
32. Cuevas CA; Finkelhor D; Ormrod R; Turner H. Psychiatric Diagnosis as a Risk Marker for Victimization in a National Sample of Children. *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 24: 636-652, 2009.
33. De Becker E; Ali-Hamed N. Les fausses allégations d'abus sexuels sur mineurs d'âge: entre Munchausen par procuration et alienation parentale. *L'Évolution Psychiatrique* 71 (2006): 471-483.
34. de Oliveira Aded NL; Oliveira SF; Dalcin BLGS; Moraes TM; Cavalcanti MT. Children victimized by sexual abuse in city of Rio de Janeiro: An appraisal of cases. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 14 (2007): 216-220.
35. Department of Health Human Services, Administration on Children Youth and Families (2008). *Child Maltreatment 2006*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
36. Department of Health & Human Services (2007). *Child Maltreatment 2005*. Washington, DC: Government Printing Office.
37. Dossi AP; Saliba O; Garbin CAS; Garbin AJI. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(8):1939-1952, ago. 2008.

38. Drezett J; Caballero M; Juliano Y; Prieto E T; Marques JA; Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *Jornal de Pediatria* 77 (5): 413-419, 2001.
39. Dubowitz H; Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*, Vol 369, June 2: 1891-1899, 2007. Acessível em www.thelancet.com em abril de 2009.
40. Evans SE; Davies C; DiLillo D. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression Violent Behavior* 13: 131-140, 2008.
41. Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *Jornal de Pediatria* 81 (5) Supl.: S173-S180, 2005.
42. Ferreira AL; Souza ER. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 24(1): 28-38, fev. 2008.
43. Finkelhor D. The victimization of children in a developmental perspective. *American Journal of Orthopsychiatry* 65 (2): 177-193, 1995.
44. Fontes LA. Child Abuse and Culture. *Working with Diverse Families*. New York, NY: Guilford Publications, Inc., 2008.
45. Garbin CAS; Garbin AJI; Dossi AP; Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 22(12): 2567-2573, dez. 2006.
46. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect* 26: 697-714, 2002.
47. _____. Child maltreatment. *Psychiatry* 7 (7): 295-298, 2008. Acessível em <http://www.psychiatryjournal.co.uk>.
48. Gomes R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbimortalidade de crianças vítimas de violência. *Cadernos de Saúde Pública* 14(2): 301-311, 1998.
49. Gomes R; Deslandes SF; Veiga MM; Bhering C; Santos JFC. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(3): 707-714, 2002.

50. Gómez A; Gala FJ; Lupiani M; Bernalte A; Mlret MT; Lupiani S; Barreto MC. El “bullying” y otras formas de violencia adolescente. Cuadernos de Medicina Forense, 13 (48-49), abril-julio 2007.
51. Guerra VNA. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada; 4ª edição; São Paulo: Cortez, 2001; p. 77-88.
52. Guterman NB; Lee Y. The Role of Fathers in Risk for Physical Child Abuse and Neglect: Possible Pathways and Unanswered Questions. Child Maltreatment 10(2): 136-149, May 2005. <http://cmx.sagepub.com> at CAPES on November 23, 2008
53. Hart S; Binggeli NJ; Brassard MR. Evidence for the effects of psychological maltreatment. Journal of Emotional Abuse 1:27-58, 1998.
54. Houaiss A. Dicionário Eletrônico Houaiss da língua portuguesa; edição especial; Editora Objetiva Ltda; março 2002.
55. Islam MN; Islam MN. Retrospective study of alleged rape victims attended at Forensic Medicine Department of Dhaka Medical College, Bangladesh. Legal Medicine 5: S351–S353, 2003.
56. Jaffee SR; Caspi A; Moffitt TE; Dodge KA; Rutter M; Ta A; Tully LA. Nature X nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. Development Psychopathology 17 (2005): 67–84.
57. Jones LM; Finkelhor D; Halter S. Child Maltreatment Trends in the 1990s: Why Does Neglect Differ From Sexual and Physical Abuse? Child Maltreatment 11(2):107-120; May 2006.
58. Jonson-Reid M; Chance T; Drake B. Risk of Death Among Children Reported for Nonfatal Maltreatment. Child Maltreatment, February 2007: 86-95.
59. Jurado RA. Evaluación psicológica del maltrato em la infancia. Cu de Med Forense, 12 (43-44), Enero-Abril 2006.
60. Kenney JP. Domestic violence: A complex health care issue for dentistry today. Forensic Science International 159S: S121-S125; 2006.
61. Kim J; Cicchetti D. A Longitudinal Study of Child Maltreatment, Mother–Child Relationship Quality and Maladjustment: The Role of Self-Esteem

- and Social Competence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 32 (4): 341–354; August 2004.
62. Korbin JE. Culture and child maltreatment: cultural competence and beyond. *Child Abuse & Neglect* 26: 637-644, 2002.
 63. Krugman RD; Leventhal JM. Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice. *Child Abuse & Neglect* 29(4): 307–309, 2005.
 64. Lee SJ; Guterman NB; Lee Y. Risk factors for paternal physical child abuse. *Child Abuse & Neglect* 32: 846-858, 2008.
 65. Leventhal JM. The field of child maltreatment enters its fifth decade. *Child Abuse Neglect* 27:1-4, 2003.
 66. Martins CBG; Mello Jorge MHP. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(3): 325-37.
 67. Martrille L; Cattaneo C; Dorandeu A; Baccino E. A multicentre and prospective study of suspected cases of child physical abuse. *International Journal of Legal Medicine* 120:73-78, 2006.
 68. Masson JM. *Atentado à Verdade. A supressão da teoria da sedução por Freud*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1984. 290 pp.
 69. McCall GS; Shields N. Examining the evidence from small-scale societies and early prehistory and implications for modern theories of aggression and violence. *Aggression and Violent Behavior*, 13: 1-9, 2008.
 70. Meade CS; Kershaw TS; Hansen NB; Sikkema KJ. Long-Term Correlates of Childhood Abuse among Adults with Severe Mental Illness: Adult Victimization, Substance Abuse and HIV Sexual Risk Behavior. *AIDS and Behavior* (2009) 13: 207-216; DOI 10.1007/s10461-007-9326-4; out. 2007. <http://www.springer.com/public+health/journal/10461> acessado em 15 de novembro de 2008.
 71. Millán S; Garcia E; Hurtado JA; Morilla M; Sepúlveda P. Victimologia infantil. *Cuadernos de Medicina Forense* 12: 43-44, Enero-Abril 2006.
 72. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda de saúde trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva* 11 (Supl.): 1259-1267, 2007.

73. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Rev Bras Saúde Materno Infantil 1 (2): 191-102, 2001.
74. Minayo MCS; Souza ER. Violência sob o olhar da saúde. A infrapolítica da contemporaneidade brasileira – Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.
75. Minayo MCS. Violência, um problema para a saúde dos brasileiros: introdução. In: Souza ER, Minayo MCS, organizadores. I da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Editora Ministério da Saúde, p 9- 33; 2005.
76. Ministério da Saúde do Brasil. Política Nacional de Redução Morbimortalidade. Portaria MS/GM nº.737, de 16/05/2001. trata da responsabilidade do Gestor Municipal na redução da morbimortalidade. Diário Oficial da União; 2001, maio 18.
77. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
78. Morales AE; Schramm FR. A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. Ciência & Saúde Coletiva 7(2): 265–273, 2002.
79. Motta ME. A naturalização da violência contra a criança. In: Gonçalves, HS (autor) Infância e Violência no Brasil. Rio de Janeiro Nau Editora, Faperj, pp. 11-33, 2003.
80. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (4):1124-1133, jul-ago, 2005.
81. Myers JEB. A history of child protection in America. United States of America, Xlibris, p.164, 2004.
82. National SAFE KIDS Campaign, 2004. Children at risk fact sheet. Washington, DC: Author.
83. Noronha, CV. Violência e saúde: magnitude e custos dos atendimentos de emergência na cidade de Salvador, Bahia. Relatório de Pesquisa/ Ceci Vilar Noronha, Paulo Henrique de Almeida, Luciano Damasceno Santos. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB, 2003.

84. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 30 – fevereiro 2006 (mês base: janeiro 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bol.pdf (em 03/06/2009).
85. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 31 – abril 2006 (mês base: fevereiro e março 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bol.pdf (em 03/06/2009).
86. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 32 – maio 2006 (mês base: abril 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bol.pdf (em 03/06/2009);
87. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 33 – julho 2006 (mês base: maio 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bol.pdf (em 03/06/2009).
88. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 34 – agosto 2006 (mês base: junho 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bol.pdf (em 03/06/2009).
89. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 35 – setembro 2006 (mês base: julho 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bol.pdf (em 03/06/2009).

90. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e anál Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 36 – novembro 2006 (mês base: agosto e setembro 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bol.pdf (em 03/06/2009).
91. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e anál Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 37 – dezembro 2006 (mês base: outubro 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bol.pdf (em 03/06/2009).
92. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e anál Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 38 – janeiro 2007 (mês base: novembro 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bol.pdf (em 03/06/2009).
93. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dad oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 39 – fevereiro 2007 (mês base: dezembro 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bol.pdf (em 03/06/2009).
94. Organização dos Estados Americanos. Relatório sobre castigo Corporal e os Direitos Humanos das Crianças e Adolescentes. Comis Interamericana de Direitos Humanos. Relatório sobre os Direitos das Crianças. OEA/Ser.L/V/II.135; Doc. 14; 5 agosto 2009; Original: espanhol; em www.cidh.oas.org em janeiro 2010.
95. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/ Opas; 2002.

96. Paiva RM. A dimensão de gênero na violência doméstica contra a infância, 2000. http://www.cfch.ufrj.br/jor_p4/Relacge2/dimegene.html; 18/12/2000.
97. Pascolat G; Santos CFL; Campos ECR; Valdez LCO; Busato; D. Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *Jornal de Pediatria* 77 (1): 35-40, 2001.
98. Pesce R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. *Ciências & Saúde* 14(2):507-518, 2009.
99. Phebo L; de Moura ATMS. Violência urban: um desafio para o pediatra. *Jornal de Pediatria* 81(5) Supl.: S189-S196, 2005.
100. Pinto AS; Luz E; Azevedo JS; Ferraz T; Campagnac V. Relatório Final da Pesquisa de Condições de Vida e Vitimização - 2007. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2008; www.isp.rj.gov.br acessado em dezembro 2009.
101. Pires ALD; Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde* 12 (1): 42-9, jan-mar 2005.
102. Putnam FW. Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *J. Am Acad Adolesc Psychiatry* 42 (3): 269 - 278, 2003.
103. Queiroz K. Abuso Sexual. Conversando com esta realidade. CEDECA-BA, 2003. Disponível em http://www.violenciasexual.org.br/texto/PDF/abuso_sexual_katia_keiroz.pdf. Acesso em 10/06/2003.
104. Ramírez SM. C. Delitos sexuales valorados en el Consejo Médico Forense y su seguimiento en el proceso judicial. *Medicina Legal de Costa Rica* 18(2), setembro de 2001. Disponível em http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000300009&In.... Acesso em 24/09/2004.
105. Rikhye K; Tyrka AR; Kelly MM; Gagne Jr. GG; Mello AF; Io MF; Price LH; Carpenter LL. Interplay between childhood maltreatment, parental

- bonding, an gender effects: Impact on quality of life. *Child Abuse & Neglect* 32 (2008): 19-34.
106. Rivera-Rivera L; Allen B; Chávez-Ayala R; Ávila-Burgos L. Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud Publica Mex* 2006;48 supl 2:S268-S278.
 107. Roche AJ; Fortín G; Labbé J; Brown J; Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. *Child Abuse & Neglect* 29 (4): 325-334, 2005.
 108. Rosenberg SD; Lu W; Mueser KT; Jankowski MK; Cournos F. Correlates of Adverse Childhood Events Among Adults With Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatry Services* 58(2): 245-53; February 2007; ps.psychiatryonline.org em janeiro/2010.
 109. Rovi S; Chen PH; Johnson MS. The economic burden of hospitalizations associated with child abuse and neglect. *Am J Public Health* 2004;94:586–90.
 110. Santos JC; Neves A; Rodrigues M; Ferrão P. Victims of offences: medicolegal examinations in emergency settings. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 13: 300-303, 2006.
 111. Sarchiapone M; Jausset I; Roy A; Carli V; Guillaume S; Jollant F; Malafosse A; Courtet P. Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior e via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. *European Psychiatry* (2008), doi:10.1016/j.eurpsy.2008.07.005.
 112. Schraiber LB; d'Oliveira AFPL; Couto MT; Figueredo WS. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e direitos humanos*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 2005.
 113. Sharma BR; Gupta M. Child abuse in Chandigarh, India, and its implications. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 11(5): 248–256, 2004.
 114. *Situação da Infância e da Adolescência Brasileira. O D de Aprender. Potencializar avanços e reduzir desigualdades*. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); p. 11-15; Brasília, 2009.

115. Souza MKB; Santana JSS. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):547-555, 2009.
116. Springer KW; Sheridan J; Kuo D; Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect* 2007; 31:517–30.
117. Stewart A; Livingston M; Dennison S. Transitions and turning points: Examining the links between child maltreatment and juvenile offending. *Child Abuse & Neglect* 32 (2008) 51–66.
118. Sunday S; Labruna V; Kaplan S; Pelcovitz D; Newman J; Izinger S. Physical abuse during adolescence: Gender differences the adolescents' perceptions of family functioning and parenting. *Child Abuse & Neglect* 32 (2008) 5-18.
119. Tarren-Sweeney M. Predictors of Problematic Sexual Behavior Among Children With Complex Maltreatment Histories. *Child Maltreatment*, 13(2): 182-198, 2008.
120. Thompson MP, Kingree JB, Desai S. Gender differences in long-term health consequences of physical abuse of children: data from a nationally representative survey. *Am J Public Health* 2004; 94:599–604.
121. Trindade JMB. O abandono de crianças ou a negação do óbvio. *Revista Brasileira de História*, 37(19): 35-58, 1999.
122. UNICEF (2001, February). A league table of child deaths by injury in rich nations (Innocenti Report Card 2). Florence, Italy: Innocenti Research Center.
123. UNICEF, 2004. Estado mundial de la infancia. Editorial UNICEF; Nova York, 2004.
124. UNICEF 2006. Situação Mundial da Infância 2007. Mulheres e Crianças. O Duplo Dividendo da Igualdade de Gênero. www.unicef.org em janeiro de 2010.

125. U. S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families (2006). Child Maltreatment 2004. Washington DC: Government Printing Office.
126. USDHHS; Administration for Children and Families; Administration on Children, Youth, and Families. Child maltreatment 2004. Washington DC: U.S. Government Printing Office, 2006. www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm04/cm04.pdf.
127. Vaz M. Abuso Sexual. CEDECA-BA, 2003. Disponível em http://www.violenciasexual.org.br/texto/PDF/abuso_sexual_marlene_vaz.pdf Acesso em 10/06/2003.
128. Watkins SA. The Mary Ellen myth: Correcting child welfare history. *Social Work*, 35(6), pp. 500-503, 1990. <http://www.americanhumane.org> em 03/08/2009.
129. Weiss EL; Longhurst JG; Mazure CM. Childhood Sexual Abuse as a Risk factor for Depression in Women: Psychosocial and Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry* 156:6, 1999.
130. Williams NA; Griffin NK. 100 years of lost opportunity. Missed descriptions of child abuse in the 19th century and beyond. *Child Abuse & Neglect* 32 (2008):920-924.
131. Wilson HW; Widom CS. A prospective examination of the path from child abuse and neglect to illicit drug use in middle adulthood: the potential mediating role of four risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*. 2009 Mar;38(3):340-54.
132. Young KL; Jones JG; Worthinton T; Simpson P; Casey PH. Forensic Laboratory Evidence in Sexually Abused Children and Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 160 (june): 585-588 (2006).
133. Zavaschi MLS; Satler F; Poester D; Vargas CF; Piazenski R; Rohde LAP; Eizirik CL. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 24 (4) 189-95, 2002.
134. Zilberman ML; Blume SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substância psicoativas. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 27 (Supl II): S51-5, 2005.

135. Zolotor A; Kotch J; Dufort V; Winsor J; Catellier D; Bou-Saada I. School performance in a longitudinal cohort of children at risk of maltreatment. *Matern Child Health J* 1999;3:19 –27.
136. Zolotor AJ; Theodore AD; Chang JJ; Berkoff MC; Runyan DK. Speak Softly - and Forget the Stick. Corporal Punishment and Child Physical Abuse. *American Journal of Preventive Medicine* 35(4): 364-369, 2008.

ANEXOS

ANEXO I

GRÁFICOS

Gráfico nº.1 – Relação entre os exames realizados no serviço de Clínica Médico-Legal e os selecionados para a pesquisa no ano de 2000.

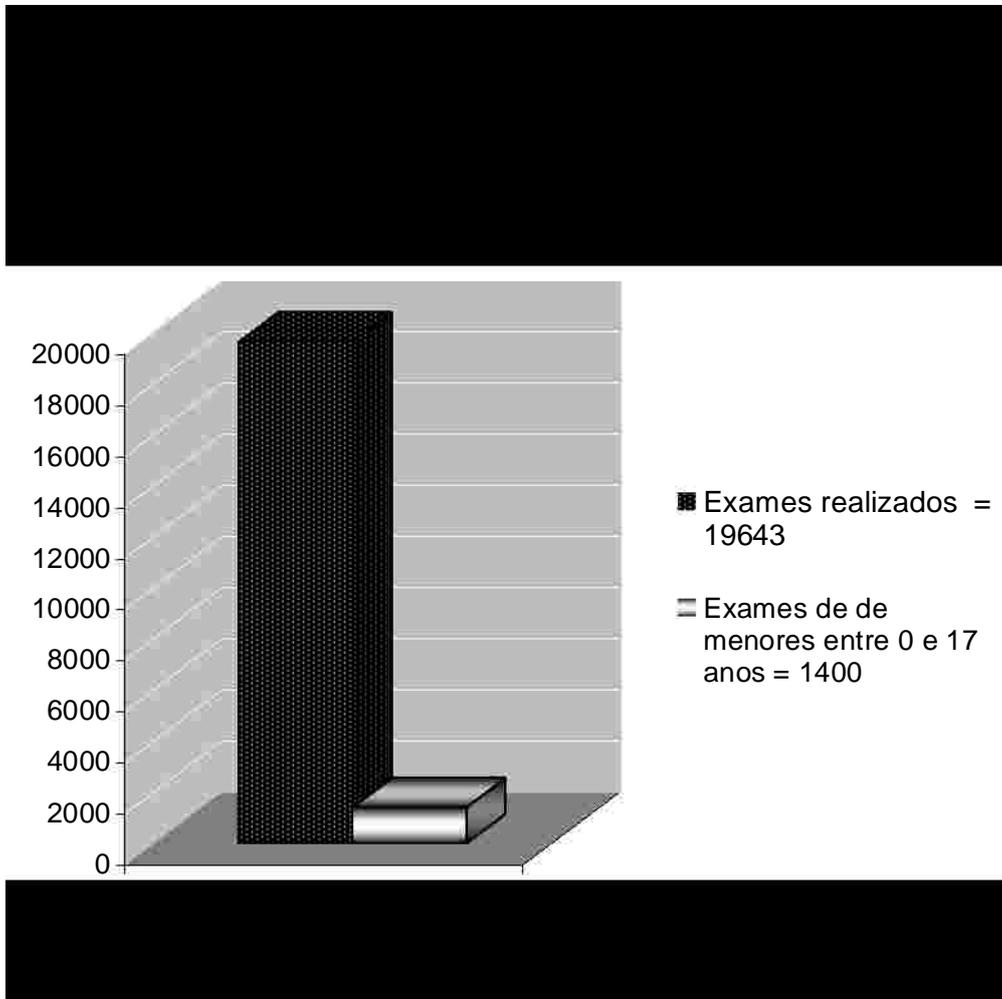


Gráfico nº. 2 – Distribuição dos exames conforme o tipo – ano 2000.

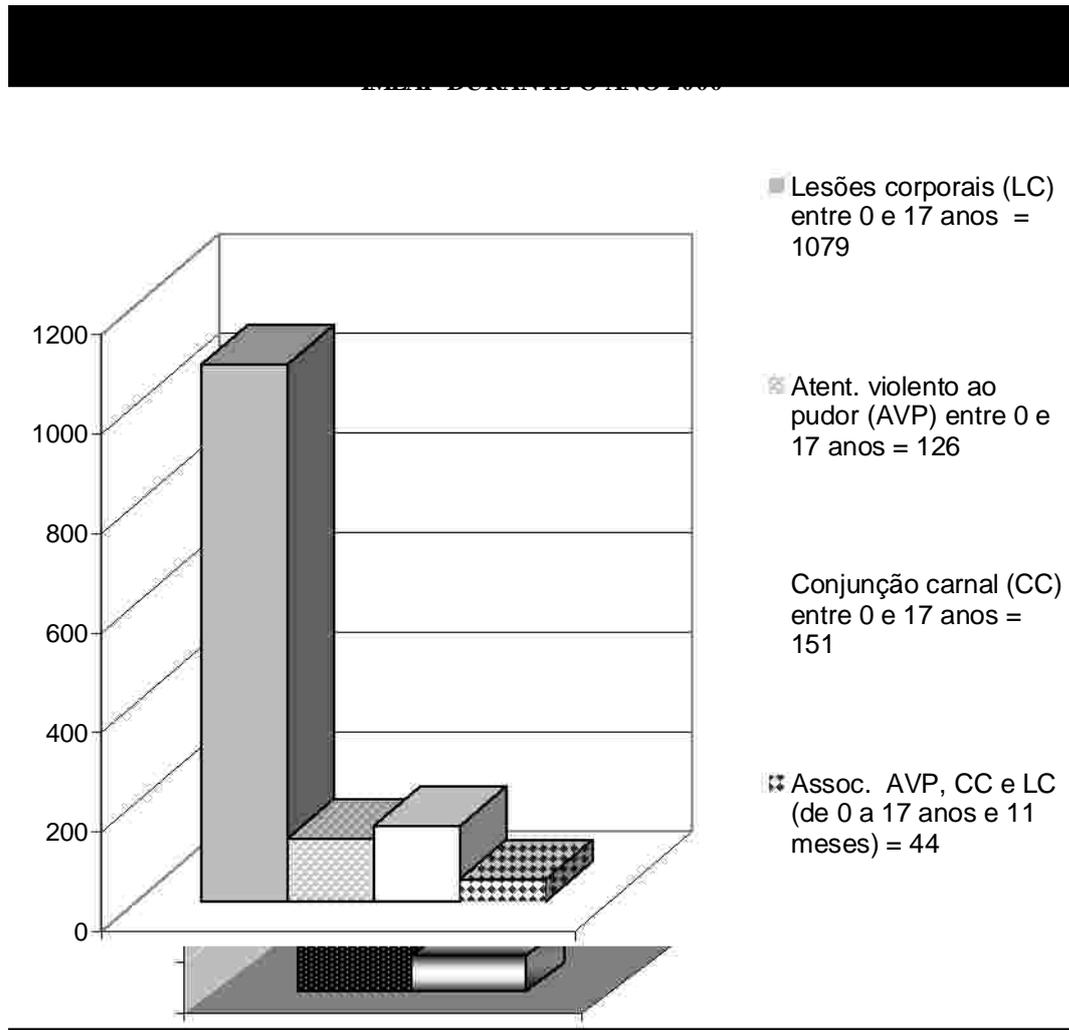


Gráfico nº. 3 – Distribuição dos exames de LC, por idade e gênero conforme o tipo de agressão - ano 2000.

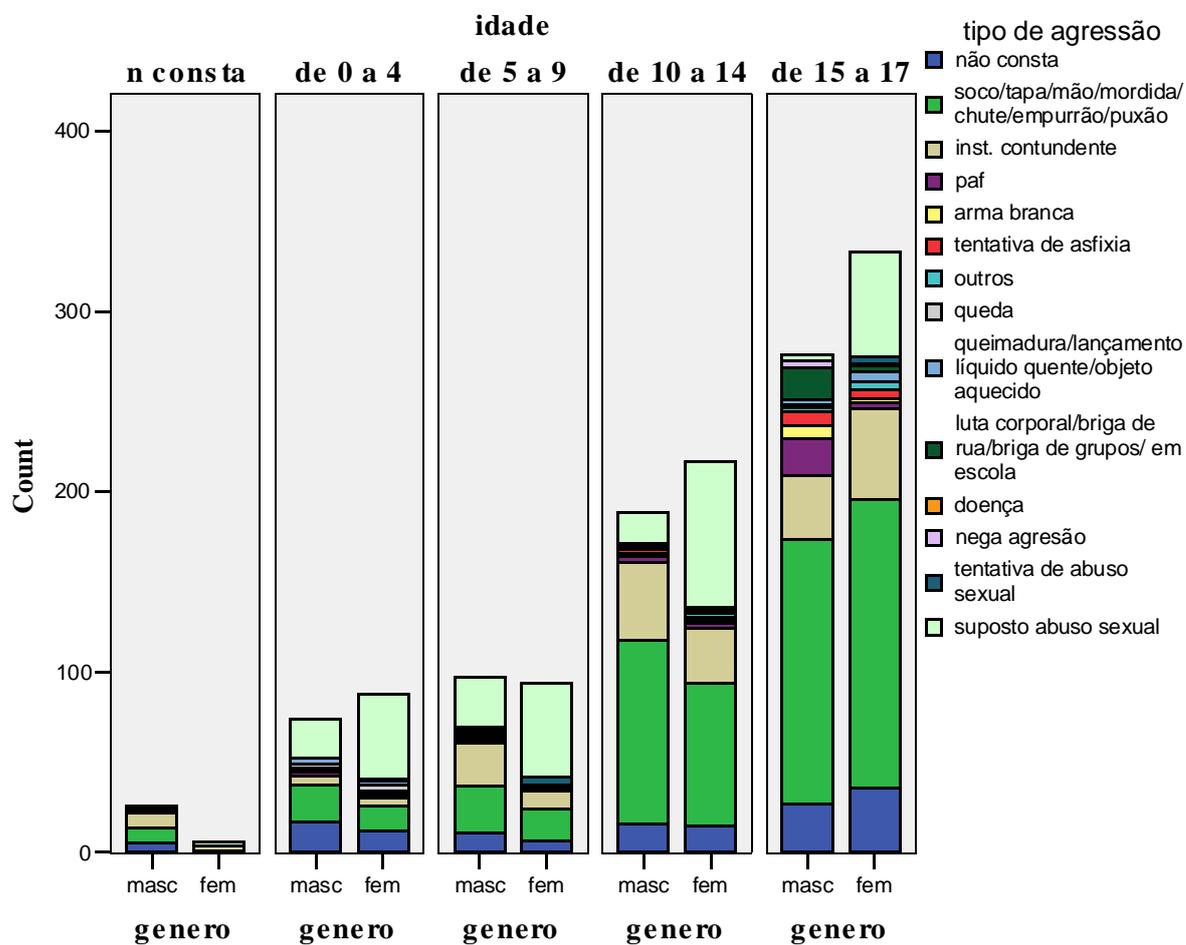


Gráfico nº. 4 – Distribuição por idade e gênero; destaque para os exames de LC - ano 2000.

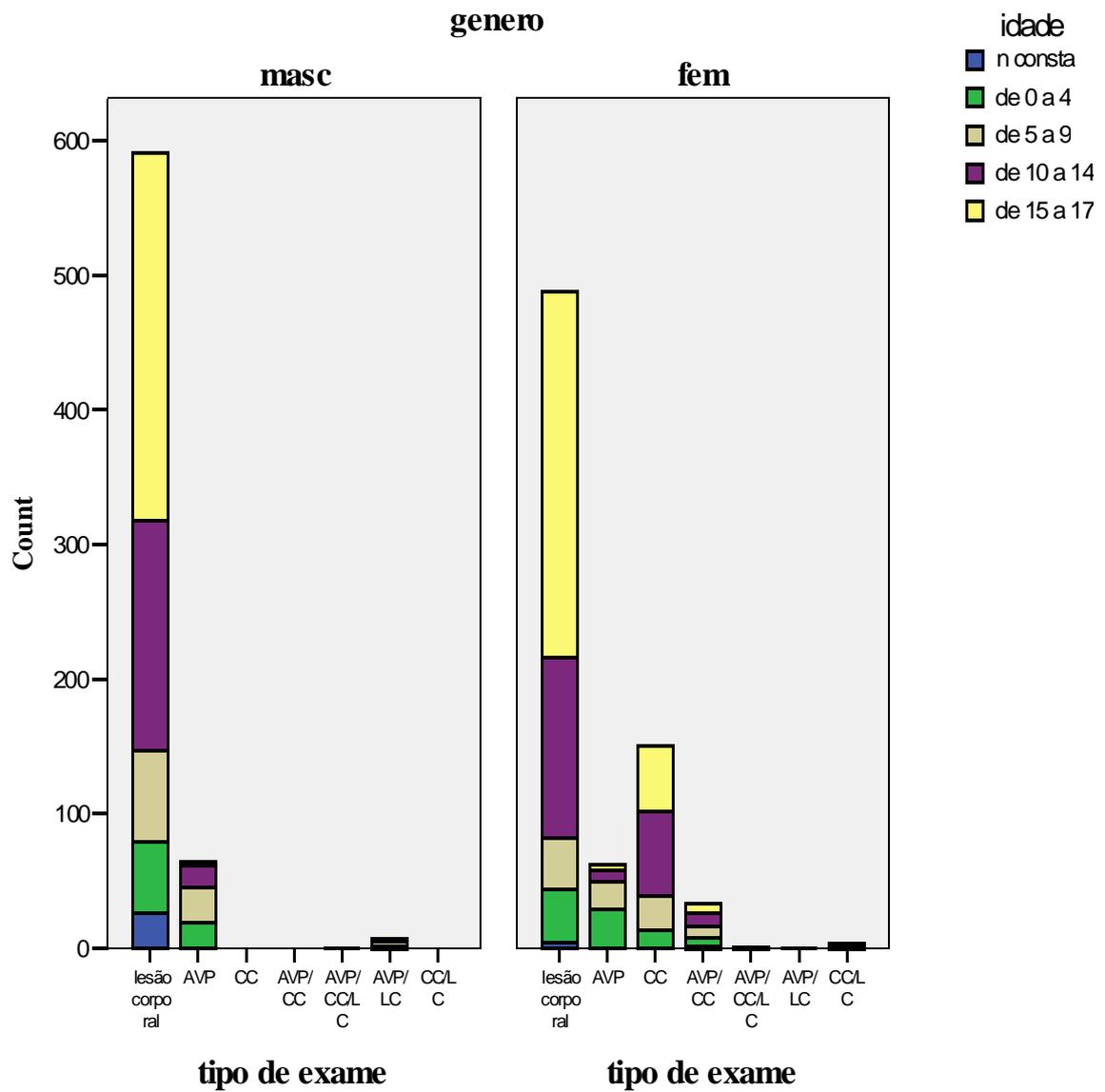


Gráfico nº. 5 - Ano 2000 – Distribuição por tipo de exame, gênero e cor.

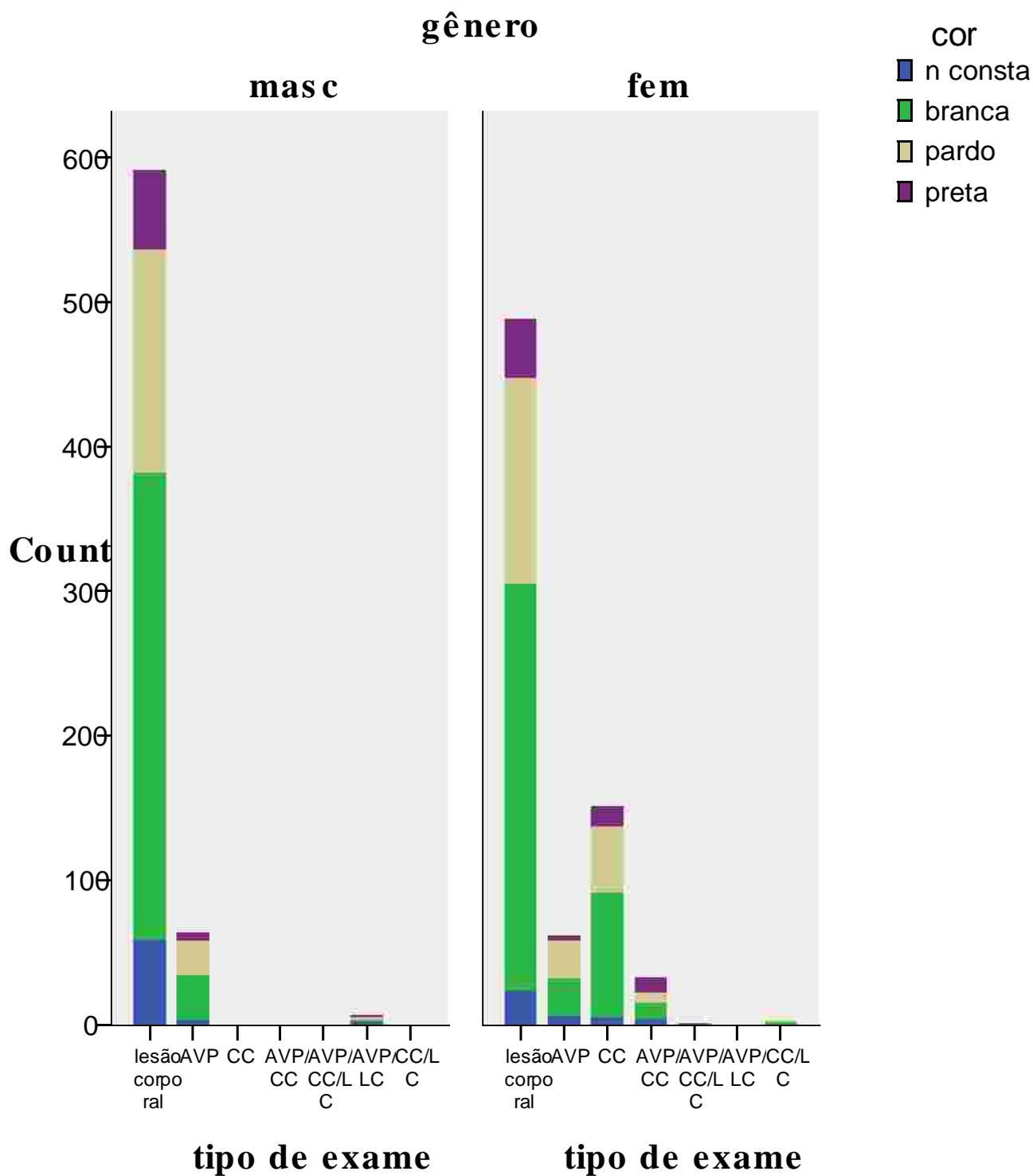


Tabela nº. 1 - Relação vítima-agressor nos casos de maus tratos e violência doméstica – ano 2000.

Rel. vítima- agressor Tipo	Não consta	Familiar	Conhecido (não familiar)	Comp./namo- rado(a)/côn- juge	Total
Maus tratos	94	64	06	00	164
Violência doméstica	15	24	02	02	43
Total	109	88	08	02	207

Idade	Instrução	Gênero	Exame	Cor				Total	
				N const	Branca	Parda	Preta		
N consta	N consta	masculino	LC	25				25	
		feminino	LC	03				03	
		Total		28				28	
	Alfabet.	masculino	LC		01			01	
		feminino	LC				01	01	
		Total			01		01	02	
0 - 4 anos	N consta	masculino	LC	04	27	12	01	44	
		feminino	LC	02	23	12	02	39	
		Total		06	50	24	03	83	
	Alfabet.	masculino	LC	---	02			02	
		feminino	LC	---	01	0		01	
		Total			03	0		03	
	Analfbet.	masculino	LC		03	02		05	
		Total			03	02		05	
	CA	masculino	LC			02		02	
		Total				02		02	
	5 - 9 anos	N consta	masculino	LC	07	15	16	02	40
			feminino	LC	01	11	06	0	18
			Total		08	26	22	02	58
		Alfabet.	masculino	LC		04	01	01	06
			feminino	LC		04	01	0	05
Total					08	02	01	11	
CA		masculino	LC		04	02		06	
		Total			04	02		06	
Fund. Inc.		masculino	LC	01	12	03	0	16	
		feminino	LC		11	03	01	15	
		Total		01	23	06	01	31	
10 -14 anos		N consta	masculino	LC	05	39	11	04	59
	feminino		LC	05	34	09	03	51	
	Total			10	73	20	07	110	
	Alfabet.	masculino	LC	01	05	03	01	10	
		feminino	LC	0	02	06	02	10	
		Total		01	07	09	03	20	
	Analfab.	masculino	LC		01	03	01	05	
		feminino	LC		01			01	
		Total			02	03	01	06	
	Fund. Inc.	masculino	LC	04	46	18	09	77	
		feminino	LC		27	21	05	53	
		Total		04	73	39	14	130	
	Fund. Compl.	masculino	LC		14	02	01	17	
		feminino	LC		09	08	02	19	
		Total			23	10	03	36	
	Médio inc.	masculino	LC		01		01	02	
		Total			01		01	02	
	Médio comp.	masculino	LC			01		01	
		Total				01		01	
	15-17 anos	N consta	masculino	LC	12	57	32	08	109
			feminino	LC	13	56	31	10	110
Total				25	113	63	18	219	
Alfabet.		masculino	LC		05	02	03	10	
		feminino	LC		06	07	01	14	
		Total			11	09	04	24	
Fund. Inc.		masculino	LC		22	21	15	58	
		feminino	LC		23	15	07	45	
		Total			45	36	22	103	
Fund. Compl.		masculino	LC		34	12	06	52	
		feminino	LC		30	11	06	47	
		Total			64	23	12	99	
Médio inc.		masculino	LC		24	06	01	31	
		feminino	LC		26	06	0	32	
		Total			50	12	01	63	
Médio comp.		masculino	LC		07	05	01	13	
		feminino	LC		17	06	01	24	
		Total			24	11	02	37	

Tabela nº.2 – Ano 2000 - Exames de LC distribuídos por idade, grau de instrução, gênero e grupo étnico.

ANEXO II

Tabelas referentes ao ano 2000 – crimes contra a dignidade sexual (suposto abuso sexual)

Tabela nº. 1 - Ano 2000 - Distribuição dos exames de AVP/CC. AVP/CC/LC,
CC e CC/LC por faixa etária.

Idade	AVP/CC	AVP/CC/LC	CC	CC/LC
0 – 4 anos	06 (1,86%)	---	13 (4,04%)	---
5 – 9 anos	08 (2,50%)	01	26 (8,09%)	---
10–14 anos	10 (3,11%)	---	63 (19,62%)	02
15–17 anos	07 (2,18%)	---	49 (15,26%)	---
Não consta	02 (0,62%)	---	---	01
SUBTOTAL	33 (10,27%)	01 (0,31%)	151 (47,01%)	03 (0,93%)

Tabela nº. 2 – Exames de AVP e AVP/LC por gênero e faixa etária - Ano 2000.

Idade	Mas culino	Feminino	Mas culino	Feminino
	AVP	AVP	AVP/LC	AVP/LC
0 – 4 anos	19 (5,91%)	29 (9,03%)	02 (0,62%)	---
5 – 9 anos	26 (8,09%)	21 (6,54%)	03 (0,93%)	---
10 – 14 anos	16 (4,98%)	08 (2,49%)	02 (0,62%)	---
15 – 17 anos	03 (0,93%)	04 (1,24%)	---	---
SUBTOTAL	64 (19,91)	62 (19,30%)	07 (2,17%)	----

Rel. vítima- agressor Tipo	Não consta	Familiar	Conhe- cido (não familiar)	Desconhe- cido	Outro(s) menor (es)	Comp/namo- rado/cônjuge	Ex-comp/ex- namorado/ex- cônjuge	Total

AVP	45	37	25	09	10	---	---	126
CC	57	32	30	20	03	09	---	151
AVP/CC	11	08	05	04	04	---	01	33
AVP/CC/LC	01	---	---	---	---	---	--	01
AVP/LC	03	04	---	---	---	---	---	07
CC/LC	01	---	01	01	---	---	---	03
Total	118	81	61	34	17	09	01	321
Pesquisa de	AVP	AVP/CC	AVP/CC/LC	AVP/LC	CC	CC/LC	Total	
espermatozoides								
Positiva	---	01	---	---	11	---	12	
Negativa	06	06	---		39	01	52	
Não colheu	117	26	01	07	99	02	252	
Não consta	02	---	---	---	02	---	04	

Tabela nº. 3 – Ano 2000 – Relação vítima-agressor nos casos de suposto abuso sexual.

Falta de material	01	---	---	---	---	---	01
Total	126	33	01	07	151	03	321
Local	Tipo Exame	Atendimento Hospitalar					

Tabela nº. 4 - Ano 2000 - Resultado da pesquisa de espermatozoides nos casos de suposto abuso sexual, conforme tipo de exame.

Tabela nº. 5 – Ano 2000 - Relação entre local da ocorrência e atendimento hospitalar, por tipo de exame.

Idade ocorrência	Instrução	Gênero	Tipo de atendimento	Cor			Total	Total
				Atend.	Branca	Parda		
Não consta	AVP	feminino	02 AVP/CC	02	82		101	02
			Total	02				02
0 - 4 anos	CC	masculino	03 AVP	10	14	101	03	115
			02	02	18		22	
			0	0	01		01	
			0	0	05		05	
			0	01	0		01	
			07	31	207		245	
Endereço residencial	AVP		02	07	05		14	
	CC		01	02	04		07	
	AVP/CC		0	0	02		02	
	Total		03	09	06		23	
Próximo residência	AVP		---	01	01		02	
	CC		---	01	01		02	
	AVP/CC		---	0	02		02	
	Total		---	02	04		06	
Via pública	AVP		0	0	03		03	
	CC		0	0	14		14	
	AVP/CC		0	0	03		03	
	Total		0	0	20		20	
Outro	AVP		0	0	06		06	
	CC		01	02	10		13	
	AVP/CC		0	0	04		04	
	AVP/LC		0	01	01		02	
	CC/LC		0	0	02		02	
	Total		01	03	23		27	

		feminino	AVP/LC	01	0	0	01	02	
			Total	01	14	03	03	21	
			AVP	03	13	08	03	27	
			CC	01	05	03	03	12	
			AVP/CC	01	01	02	02	06	
	Total	05	19	13	08	45			
	Alfabet.	feminino	AVP	---	0	01		01	
			CC	--	01	0		01	
			Total		01	01		02	
	CA	feminino	AVP			01		01	
			Total			01		01	
	5 - 9 anos	N consta	masculino	AVP	02	04	09	02	17
AVP/LC				01	0	0	01	02	
Total				03	04	09	03	19	
feminino			AVP	03	06	05	0	14	
			CC	0	09	06	01	16	
			AVP/CC	0	03	0	01	04	
			AVP/CC/LC	01	0	0	0	01	
Total		04	18	11	02	35			
Alfabet.		masculino	AVP		01	02	0	03	
			Total		01	02	0	03	
		feminino	AVP		03	01	0	04	
			CC		03	01	01	05	
			AVP/CC		01	0	0	01	
Total			07	02	01	10			
CA		masculino	AVP		01	0		01	
			Total		01	0		01	
Fund. Inc.		masculino	AVP	0	02	02	01	05	
			AVP/LC	0	01	0	0	01	
			Total	0	03	02	01	06	
		feminino	AVP		0	02	01	03	
			CC		02	01	02	05	
			AVP/CC		01	02	0	03	
			Total		03	05	03	11	
10 - 14 anos		N consta	masculino	AVP	01	03	04	0	08
				AVP/LC	0	0	02	0	02
				Total	01	03	06	0	10
			feminino	AVP	0	01	02	0	03
				CC	01	10	12	03	26
	AVP/CC			0	01	01	02	04	
	CC/LC			0	01	0	0	01	
	Total	01	13	15	05	34			
	Alfabet.	masculino	AVP	0	0	01	0	01	
			Total	0	0	01	0	01	
		feminino	CC	01	03	02	0	06	
			AVP/CC	0	0	0	01	01	
	Total	01	03	02	01	07			
	Analfab.	masculino	AVP		01	0	0	01	
			Total		01	0	0	01	
	Fund. Inc.	masculino	AVP	0	03	02	0	05	
			Total	0	03	02	0	05	
		feminino	AVP		02	03	0	05	
			CC		15	08	02	25	
			AVP/CC		02	01	02	05	
	Total		19	12	04	35			
	Fund. Compl.	masculino	AVP		0	0	01	01	
			Total		14	02	02	18	
		feminino	CC		03	03	0	06	
			CC/LC		01	0	0	01	
			Total		04	03	0	07	
	15-17 anos	N consta	masculino	AVP	0	01	01	0	02
				Total	0	01	01	0	02
feminino			AVP	0	0	01	0	01	
			CC	02	08	01	01	12	
AVP/CC		01	01	01	03	06			
Total		03	09	03	04	19			

	Fund. Inc.	feminino	AVP		01	0	0	01
			CC		05	05	0	10
			AVP/CC		01	0	0	01
			CC/LC		0	01	0	01
			Total		07	06	0	13
	Fund. Compl.	feminino	AVP		0	02	0	02
			CC		10	03	0	13
			Total		10	05	0	15
	Médio inc.	masculino	AVP		01	0	0	01
			Total		01	0		01
		feminino	CC		07	01	01	09
			Total		07	01	01	09
	Médio comp.	feminino	CC		05	0	0	05
			Total		05	0	0	05

Tabela nº. 6 – Ano 2000 - Distribuição do grau de instrução por gênero, faixa etária e tipo de exame.

Anexo III
Tabelas referentes ao ano de 2003 – crimes contra a dignidade sexual
(suposto abuso sexual)

Tabela nº. 1 – Exames de AVP e AVP/LC, em nº. absolutos e porcentagem em relação à amostra selecionada (537 casos) – ano de 2003. Os menores que figuram sem idade eram oriundos da DPCA e 5ª Promotoria da Infância e Juventude.

Idade	Mas culino AVP	Feminino AVP	Mas culino AVP/LC	Feminino AVP/LC
0 – 4 anos	30 (5,58%)	41 (7,63%)	01 (0,18%)	---
5 – 9 anos	39 (7,26%)	62 (11,54%)	---	---
10 – 14 anos	17 (3,16%)	38 (7,07%)	---	---
15 – 17 anos	05 (0,93%)	13 (18,62%)	---	01 (0,18%)
Não consta	02 (0,37%)	---	---	---
SUB-TOTAL	93 (17,32%)	154 (28,68%)	01 (0,18%)	01 (0,18%)

Tabela nº. 2 – Resultado da pesquisa de espermatozoides nos casos suspeitos de abuso sexual conforme tipo de exame – ano 2003.

Pesquisa de espermatozoides	AVP	AVP/CC	AVP/CC/LC	AVP/LC	CC	CC/LC	Total
Positiva	01	---	01	---	11	---	13
Negativa	26	22	01	01	81	01	132
Não colheu	218	39	01	01	127	02	388
Não consta	---	---	---	---	01	---	01
Prejudicado	02	---	---	---	01	---	03
Total	247	61	03	02	221	03	537

Tabela nº. 3 – Distribuição dos exames de AVP/CC, AVP/CC/LC, CC e CC/LC por grupo etário – ano 2003. Os exames que figuram sem idade foram

encaminhados pela DPCA, 38ª e 18ª DP e 5ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude.

Idade	AVP/CC	AVP/CC/LC	CC	CC/LC
0 – 4 anos	12 (2,23%)	---	24 (4,47%)	01 (0,18)
5 – 9 anos	18 (3,35%)	---	41 (7,63%)	---
10–14 anos	23 (4,28%)	02 (0,37%)	83 (15,45%)	01 (0,18%)
15–17 anos	07 (1,30%)	01 (0,18%)	69 (12,85%)	01 (0,18%)
Não consta	01 (0,18%)	---	04 (0,74%)	---
TOTAL	61 (11,35%)	03 (0,55%)	221 (41,15%)	03 (0,55%)

Tabela nº. 4 – Relação vítima-agressor nos casos suspeitos de abuso sexual:
exames de AVP, CC, AVP/CC, AVP/CC/LC, AVP/LC e CC/LC (ano 2003).

Agressor/ Exames	Familiar	Conhecido	Desconhe- cido	Outro menor	Não informado	Companhei- ro/namorado	Ex-compa- nheiro/ex- namorado	Familiar e outro
AVP	99 (18,43%)	75 (13,96%)	13 (2,42%)	20 (3,72%)	37 (6,89%)	2 (0,37%)	1 (0,18%)	0
CC	62 (11,54%)	47 (8,75%)	37 (6,89%)	7 (1,30%)	42 (7,82%)	22 (4,09%)	4 (0,74%)	0
AVP/CC	34 (6,33%)	10 (1,86%)	3 (0,55%)	0	8 (1,49%)	4 (0,74%)	1 (0,18%)	1 (0,18%)
AVP/CC/LC	0	1 (0,18%)	1 (0,18%)	0	1 (0,18%)	0	0	0
AVP/LC	1 (0,18%)	0	0	0	1 (0,18%)	0	0	0
CC/LC	2 (0,37%)	0	0	0	1 (0,18%)	0	0	0
SUB-TOTAL	198 (36,87%)	133 (24,76%)	54 (10,05%)	27 (5,02%)	90 (16,76%)	28 (5,21%)	6 (1,11%)	1 (0,18%)

Tabela nº. 5 – Relação do tipo de exame com o local de ocorrência do suposto
abuso sexual (ano 2003).

Local da ocorrência/ Exames	Não consta	End. residencial	Próximo residência	Via pública	Outro	TOTAL
AVP	78	79	29	8	53	247
CC	101	60	11	11	38	221
AVP/CC	17	28	6	1	9	61
AVP/CC/LC	1	0	0	1	1	3
AVP/LC	2	0	0	0	0	2
CC/LC	2	1	0	0	0	3
TOTAL	201	168	46	21	101	537

Anexo IV

1- Documento autorizando a pesquisa:

Rio de Janeiro, 23 de agosto de 2006.

Ao: Dr. Walter Barros
Unio. Diretor do Departamento de Policia Técnica-Científica do Estado do Rio de Janeiro

Assunto: Requerimento (fuz)

Referência: Consulta de dados do IMLAP – Sede e Programa Delegacia Legal

NAURA LIANE DE OLIVEIRA ADED, Perito-legista de 1ª classe, matricula 144 670-7, inscrita e cursando o estágio probatório do Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental - PROPSAM do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PROPSAM/IPUB/UFRJ), projeto de pesquisa **“Maus tratos contra crianças e adolescentes. Problema de saúde pública ou caso de polícia? Exames médico-periciais e trâmites legais na cidade do Rio de Janeiro.”**, vem requerer a V. Sª autorização para consultar o arquivo do IMLAP – Sede, sito à rua dos Inválidos 152, Centro, nesta, e os recursos do Programa Delegacia Legal, a fim de colher dados essenciais ao desenvolvimento de sua pesquisa, referente aos últimos cinco anos.

Esclarece que somente serão levados em conta dados referentes aos tipos de exames realizados na Clínica Médico-Legal (lesões corporais, conjunção carnal e atentado violento ao pudor), causa da lesão, instrumento ou meio determinante das diferentes lesões, sexo, idade, grau de instrução, área de residência, delegacia policial que registrou a ocorrência e a tramitação legal dos respectivos registros. O projeto tem dentre seus objetivos conhecer a distribuição geográfica dos casos registrados como maus tratos contra menores nas Delegacias Policiais. Não será considerada, para o presente estudo, a identificação de vítimas e agressores, visando preservar a privacidade e o segredo de Justiça.


Naura Liane de Oliveira Aded

Anexo V

ARTIGOS

1. Artigo enviado à Revista de Psiquiatria do Rio grande Sul em setembro de 2005.

Maus Tratos na Infância: o Abuso Sexual. Levantamento de Casos Examinados no Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto – Serviço de Clínica Médico-Legal – Município do Rio de Janeiro

Maltreatment in Childhood: Sexual Abuse. An Appraisal of Cases Examined at Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto –Medical-Legal Clinics Service – Rio de Janeiro City

Autores :

Naura Liane de Oliveira Aded

Mestranda do IPUB/UFRJ.

Perito-legista da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro;

Professora Auxiliar do Departamento de Patologia do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal Fluminense.

Endereço: Rua Voluntários da Pátria 236 / 203 - Botafogo; Rio de Janeiro, RJ.

naded@iq.com.br

Silvia Falcão de Oliveira, MSc

Mestre em Radiologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Perito-legista da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro.

Endereço: Avenida Atlântica 2516 / 301 – Copacabana; Rio de Janeiro, RJ.

silvia_falcao@uol.com.br

Bruno Luís Galluzzi da Silva Dalcin, MSc

Mestre em Biologia pelo Instituto de Biociências Nucleares da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Perito-legista da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro;

Professor Assistente do Departamento de Ciências Físicas da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Endereço: Rua Frei Caneca 94 – 3º andar, Centro; Rio de Janeiro, RJ.

dalcin@openlink.com.br

Talvane Marins de Moraes, PhD

Professor Livre Docente e Doutor pela Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Professor Titular de Medicina Legal no Curso de Advocacia Criminal, pós-graduação, da Universidade Candido Mendes;

Perito-legista (aposentado) da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro.

Endereço: Praia do Flamengo 262 / 501 - Flamengo; Rio de Janeiro, RJ.

talvane@terra.com.br

Maria Tavares Cavalcanti, PhD (autor correspondente)

Doutora em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria – IPUB/ UFRJ.

Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro;

Professora da Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental/PROPSAM do IPUB/UFRJ.

Resumo

Introdução: O abuso físico e/ou sexual, bem como a negligência e o abuso psicológico contra crianças e adolescentes, é considerado em muitos países como importante síndrome social necessitando de políticas e normas de condução/prevenção. A ocorrência de abuso sexual, ou somente sua presunção são habitualmente sub-notificadas.

Método: Foram analisados exames de corpo de delito realizados em crianças e adolescentes, no Instituto Médico Legal do Rio de Janeiro – Sede, entre janeiro e março de 2000, contendo presunção de atentado sexual. Do total (n = 1419), considerou-se apenas os de conjunção carnal e atentado violento ao pudor, com idade até 17 anos, inclusive, reduzindo a amostra para 44 casos. **Resultados:** Foi demonstrado que 84,09% dos casos de abuso sexual se situam na faixa etária de 0 (zero) a 14 anos. 36,37% dos agressores eram relacionados de alguma forma à vítima, contra 2,27% de casos de agressão por desconhecidos.

Discussão: 22,73% das vítimas de atentado violento ao pudor foram do sexo masculino. O sexo feminino predominou no total da amostra. 62,36% dos casos não continham informações sobre o agente.

Conclusão: Há necessidade da instituição de protocolos para a confecção dos laudos periciais e para o atendimento das vítimas nas delegacias policiais, além de estudos de longa duração sobre os maus tratos, incluído o abuso sexual, a fim de conhecer a realidade do problema e sua repercussão em adolescentes e jovens.

Palavras-chave: *Psiquiatria; criança maltratada; abuso sexual; perícia médico-legal.*

Abstract

Background: Physical and/or sexual abuse, negligence, and psychological abuse against children and adolescents, constitute a socially important syndrome, demanding preventive public policies and rules for its eradication. Sexual abuse, as a troublesome occurrence, or even its mere presumption, does not regularly undergo official notification.

Methods: Have been examined legal investigative registers at the Instituto Médico Legal do Rio de Janeiro – Sede set up from January to March 2000, including children and adolescents, with medico-legal histories suggestive of sexual assault. From the sample (n = 1419), we selected those involving vaginal coitus or other libidinous practices, with an upper age limit of 17 years, reducing our sample to 44 subjects.

Results: 84,09% of the assaults occurred between ages 0 and 14 years. 36,37% of all aggressors were related to their victims, as compared to only 2,27% unknown by the victims.

Discussion: 22,73% of the other libidinous practices had been perpetrated against males. Females were predominant in the sample. 62,36% did not inform about the perpetrators.

Conclusion: Its advisable to implement protocols for the forensic nations and at police units, in addition to long-term studies about the maltreatment in order to meet the reality of the problem and its consequences to these youngsters.

Key-words: *Psychiatry; battered children; sexual abuse; forensic expertise.*

Resumen

Introducción: El abuso físico y/ o sexual, así como la negligencia y el abuso psicológico contra niños y adolescentes, es considerado por muchas naciones como importante síndrome social que necesita de políticas y reglas para su conducción/ prevención. La ocurrencia del abuso sexual, o solamente su presunción es registrada abajo del número real.

Método: Fueran analizados los peritajes médico legales realizados en niños y adolescentes en el Instituto Médico-Legal del Rio de Janeiro – Sede, en el período entre Enero y Marzo del año de 2000, con la presunción de atentado sexual. De la muestra total (n = 1419), fueron considerados solamente aquellos en que han ocurrido el coito vaginal y otros actos libidosos sin penetración

vaginal, hasta la edad de 17 años, incluso, pero que muestra quedó reducida para 44 casos.

Resultados: 84,09% de los atentados sexuales ocurrieron en el grupo con edad entre 0 y 14 años. 36,37% de los agresores estaban relacionados a sus víctimas en alguno grado, al paso que 2,27% eran desconocidos.

Discusión: 22,73% de los otros actos libidinosos sin penetración fueron consumados contra los niños. Las niñas fueron la mayor parte del total de la muestra. 62,36% de los casos no contenían informaciones a cerca de quien los han perpetrado.

Conclusión: Hay necesidad de instituir protocolos para los exámenes icolegales y en las unidades policiales, además de los estudios de larga duración a respecto de los malos tratos, incluso el abuso sexual, con el objetivo de conocer su realidad y sus consecuencias para los menores.

Palabras clave: Psiquiatría; niños maltratados; abuso sexual; peritaje forense.

INTRODUÇÃO:

Os maus tratos contra crianças vêm despertando o interesse de estudiosos em diversos países, ao longo dos últimos cinquenta anos. O que parece uma tarefa fácil, inicialmente, se transforma, medida que se procura saber mais a respeito, num poço quase sem fundo.

Diversas são as formas descritas de maus tratos contra a infância: abuso físico, abuso sexual, negligência e abuso psicológico, dentre outras. Dizer qual a mais danosa, capaz de causar prejuízo à saúde dessas crianças,

constitui um grande desafio. Hoje, se sabe que os sofrimentos infligidos na infância refletirão no adulto¹. Há relatos de alterações no campo cognitivo, podendo, os maus tratos, funcionar como fator de predição para transtornos da saúde mental e/ou distúrbios comportamentais.

Pouco se escreveu sobre maus tratos em nosso país. Na Pediatría, na última década, muito embora o assunto se um verdadeiro problema de saúde pública interessando, também, a diversas outras áreas do conhecimento foram poucas as publicações².

O problema da violência contra crianças e adolescentes diz respeito às áreas de Segurança Pública, Saúde e Ciências Sociais, se restringindo ao “binômio questão de segurança – caso de polícia”³.

Crianças e jovens maltratados não se distinguem pelos níveis sócio-econômico e cultural.

O abuso físico e o sexual são, habitualmente, as formas de mais fácil detecção quando da perícia médico-pericial. No que se refere ao abuso sexual há que se lembrar outras de suas modalidades, como por exemplo “voyeurismo”, manipulação dos genitais ou a corrupção de menores que, por não terem substrato médico-legal, são difíceis de verificar e comprovar.

A negligência (familiar ou institucional), tipo mais comum de maltrato⁴, pode passar despercebida. O abuso psicológico raramente chegará ao legista ou ao clínico; poderá, quando muito, ser reconhecido nos consultórios de psiquiatria/psicanálise. A negligência e o abuso emocional (mau trato psicológico) têm sido reconhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, com maior potencial de dano que

o abuso físico, conforme estudo⁵ realizado em 1991, podendo existir independentemente da ocorrência de outras formas de abuso. Ao passo que a negligência para com as necessidades da criança, e mesmo o mau trato físico, freqüentemente se fazem acompanhar do abandono emocional, o inverso da situação nem sempre ocorre⁶.

O abuso sexual, por ocorrer, muitas vezes, no âmbito familiar (relação menor/família) é subestimado, sendo difícil sua prevenção. Segundo Ajuriaguerra, em seu *Manual de Psiquiatria Infantil*, os atentados contra crianças são camuflados por uma aura de respeitabilidade familiar, que tornam sua aceitação difícil, ficando, por vezes, a acusação da criança sob suspeita⁷.

A desestruturação da família é um outro aspecto a ser enfrentado por essas crianças. A revelação do problema pode acarretar a separação dos pais, quando o acusado do abuso é o pai ou padrasto, além do afastamento de outros familiares que lhes são caros (avós, tios, primos e outros). A repercussão que esse acontecimento terá na vida futura das vítimas dependerá de diversos fatores além da família; dentre eles, escola, comunidade, recepção na delegacia policial⁸. A atitude dos diferentes profissionais: peritos, representantes da Justiça, médicos, assistentes sociais, que venham a atuar no caso, pode ser determinante de sofrimento mais intenso que a própria agressão, pelo despreparo em lidar com a questão da sexualidade, independente do nível de conhecimento ou da atividade⁹.

A prática médico-legal tem mostrado as diferentes formas da violência contra crianças e o exame pericial é o primeiro passo na trajetória que se inicia com o registro da ocorrência; somente através dele pode se verificar a

existência de vestígios materiais conseqüentes à presumida agressão. Muito embora nos casos de abuso sexual uma percentagem elevada de exames não revele resultados positivos, o que constitui um grande problema na apuração dos casos, tal fato não quer dizer que o menor não tenha sido vítima de abuso¹⁰.

As notificações mais freqüentes, relativas a agressões físicas e abuso sexual, reportam às classes menos favorecidas, talvez por não haver entre elas certos tabus (vergonha, medo da repercussão, não aceitação da existência do problema e outros) que impedem os “mais esclarecidos” de procurar ajuda ou comparecer à delegacia policial e formalizar uma queixa^{9 11}.

A proposta do presente estudo é conhecer a incidência exames de corpo de delito realizados no Instituto Médico-Legal do município do Rio de Janeiro, sob a alegação de abuso sexual. Saber quantos registros policiais desses casos resultaram na elaboração de laudos médico-legais, escolhendo para a análise o período de janeiro a março de 2000, considerando-se os indivíduos na faixa de idade entre 0 (zero) e 17 (dezessete) anos.

METODOLOGIA

O levantamento de dados foi realizado através da revisão e análise dos laudos de exames de corpo de delito realizados em mulheres, crianças e adolescentes encaminhados ao Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto - Sede, município do Rio de Janeiro, pelas diferentes delegaci policiais da cidade, no período de janeiro a março de 2000 e que se encontram lados no

arquivo da Instituição, após a devida autorização concedida pela Chefia de Polícia Civil.

Analisaram-se inicialmente 1419 laudos, independentemente do tipo de exame. Uma segunda análise levando em conta o tema dos maus tratos contra crianças e adolescentes, considerando somente os exames que continham a suposição de atentado sexual fez a idade dos periciados do sexo feminino e masculino cair para 17 anos, limite da menoridade legal, o que reduziu para 44 (quarenta e quatro) o número de casos estudados.

Foram objetos do presente estudo os exames de conjunção carnal (CC) e os de atentado ao pudor; os últimos, na prática médico-legal, designados como exames de atentado violento ao pudor (AVP).

A identificação das vítimas não foi levada em consideração, a fim de resguardá-las e não prejudicar os trâmites da investigação policial, preservando o segredo de Justiça.

O exame de corpo de delito é o instrumento utilizado pelo perito com o objetivo de verificar a materialidade (vestígios) de um determinado ato delituoso. Nos Institutos Médico-Legais de todo o país, tais exames são realizados pelos peritos-legistas oficiais, em pessoas vivas ou em cadáveres. Os diferentes tipos de exames de corpo de delito são especificados de acordo com tipo de infração que se pretende apurar: exame de lesões corporais, exame de embriaguez, exame de idade, exame de dependência toxicológica e assim por diante.

Para melhor entendimento, defina-se conjunção carnal, sob o ponto de vista legal, como o ato sexual praticado através da cópula vaginal, sendo a

vítima do sexo feminino; devendo ser esclarecido que na alegação de estupro (conjunção carnal mediante violência ou grave ameaça), há que se verificar a existência, ou não, de vestígios que possam indicar essa possibilidade. O atentado violento ao pudor envolve a prática de atos libidinosos outros, que não a conjunção carnal, podendo ser vítimas quaisquer pessoas, devendo, também ser pesquisados sinais de violência efetiva, uma vez que a tipificação legal se faz pelo emprego da violência ou grave ameaça.

O histórico alegado (versão dos fatos, conforme relato do periciado ou de seu representante legal, nos casos de crianças de tenra idade ou de indivíduos que não têm condições de se expressar) foi também um dado considerado para a avaliação.

As respostas aos quesitos, os resultados dos exames de laboratório e a distribuição geográfica das ocorrências deixaram de ser avaliados, por constituírem material para uma outra abordagem do tema.

As idades foram agrupadas da seguinte maneira: 0 (zero) a 4 (quatro) anos; 5 (cinco) a 9 (nove) anos; 10 (dez) a 14 (quatorze) anos, 15 (quinze) a 17 (dezesete) anos.

O critério adotado quanto ao histórico alegado foi o que se segue: agressão por pai/padrasto, por parente/conhecido, por conhecido, estupro/sem informação sobre o agressor, atos libidinosos sem informação sobre o agressor, outros - englobando alegações diversas, tais como tentativas, suspeitas ou suposição de estupro e/ou atos libidinosos, difamação e exame para constatação de virgindade. Nos casos em que havia a superposição dos exames de conjunção carnal e atentado violento ao pudor,

considerou-se para a inclusão no grupo a primeira alegação contida no histórico.

Resultados :

A pesquisa apurou 23 (vinte e três) exames de conjunção carnal, 14 (quatorze) de atentado violento ao pudor; 07 (sete) dos laudos continham a associação de conjunção carnal e atentado violento ao pudor.

A análise por faixa etária mostrou o seguinte resultado: a) entre 0 e 4 anos: 05 (cinco) exames de AVP, 02 (dois) de CC e 01 (um) com a associação CC/ AVP; b) entre 5 e 9 anos: 06 (seis) de AVP, 04 (quatro) de CC e 02 (dois) de CC/AVP; c) entre 10 e 14 anos: 03 (três) de AVP, 12 (doze) de CC e 02 (dois) de CC/AVP; d) entre 15 e 17 anos: 0 (zero) de AVP, 05 (cinco) de CC e 02 (dois) de CC/AVP (*ver Tabela 1*).

Somente os exames de AVP, pela própria definição, foram estudados quanto ao gênero. Houve predominância do sexo masculino nas faixas de 5 a 9 e 10 a 14 anos. No grupo de crianças entre 0 e 4 anos as ocorrências registradas foram mais numerosas no sexo feminino: 3 (três) meninas e 2 (dois) meninos. Não foram registrados casos de AVP acima dos 14 anos. Os resultados obtidos podem ser verificados na *Tabela 2*.

O maior número de ocorrências, em todas as modalidades de atentado sexual estudadas foi registrado no grupo etário compreendido entre 0 (zero) e 14 anos com 14 (quatorze) casos de AVP – 31,82%, 18 (dezoito) de CC – 40,91% e 5 (cinco) de CC/AVP – 11,36% (*Gráfico 1*). Os casos referentes ao grupo entre 15 (quinze) e 17 (dezessete) anos representaram 15,91% da amostra.

A apuração do histórico alegado pelos examinandos, quanto aos possíveis agressores, forneceu a seguinte distribuição: a) pai/ padrasto: 01 (um) AVP, 02 (dois) CC e 03 (três) CC/AVP; b) parente/conhecido: 05 (cinco) AVP, 05 (cinco) CC e nenhum caso de CC/AVP; c) desconhecido: 0 (zero) AVP, 01 (um) CC e nenhum caso de CC/AVP; d) estupro/ato libidinoso sem informação sobre o agressor: 08 (oito) AVP, 15 (quinze) CC, 04 (quatro) CC/AVP.

A tradução dessa apuração em termos percentuais foi a seguinte: pai/padrasto – 13,64%; parente/conhecido – 22,73%; desconhecido – 2,27%; estupro/ato libidinoso sem informação sobre o agressor – 61,36%. O *gráfico 2* oferece uma visão total dos resultados sobre os possíveis agressores para todas as modalidades de exames analisadas.

Discussão:

Houve predomínio das agressões entre 0 e 14 anos (36 casos), representando 84,09% da amostra, em todas as modalidades de exame analisadas (*tabela 1 e gráfico 1*). O achado confirma a idéia de que os maus tratos na infância, especialmente os abusos físico e sexual, são mais freqüentes quando há menor capacidade de defesa (física e/ou psíquica) das vítimas. Biheler (2002) refere casos de abuso sexual entre os 5 e os 12 anos de idade. Carter-Lourenz e Johnson-Powell (1999) afirmaram que a incidência das agressões é inversamente proporcional à idade das vítimas. Cerca de 10% (63) dos procedimentos investigativos registrados como estupro nas unidades

policiais do Programa Delegacia Legal do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2003, se referia a vítimas entre 0 e 12 anos ¹².

Ainda no grupo de 0 a 14 anos, houve uma maior incidência de exames de atentado violento ao pudor no sexo masculino (10 ca 22,73% do grupo analisado (*tabela 2*). Nenhum exame do tipo foi realizado entre 15 e 17 anos. Em que pese o tamanho da amostra, a incidência desses casos no sexo masculino se mostrou maior que a descrita na literatura¹³.

Considerando-se que dos 44 casos revisados somente 10 se referiam a sexo masculino – e assim mesmo no grupo compreendido entre 0 e 14 anos - é de se supor que exista, por parte das vítimas de uma faixa etária mais elevada, dificuldade em formular denúncias sobre o abuso sexual, causada pelo temor do constrangimento e da repercussão familiar e social que possam advir.

O predomínio do sexo feminino nos registros de abuso sexual, examinados no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro, somente confirma o que já foi constatado na literatura sobre o assunto ^{13 14}.

Na análise dos históricos alegados, foi verificada maior frequência dos casos onde não constava menção ao agressor e/ou outros detalhes que permitissem sua inclusão nas categorias determinadas. Esses exames foram rotulados, na presente pesquisa, nos sub-grupos estupro/ato libidinoso sem informação sobre o agressor, totalizando 61,36%, enquanto 36,37% foram atribuídos a pai/padrasto e parente/conhecido, ficando o abuso por parte de desconhecido restrito a 01 (um) caso, o que equivaleu 2,27% do total dos exames (*gráfico 2*).

Os resultados observados no item “histórico alegado”, os possíveis agressores, mostraram que a maioria dos casos vistos na pesquisa, ao contrário do que diz a literatura sobre o assunto, e atribui o abuso sexual a pessoas do círculo familiar ou de conhecimento das vítimas, se enquadraram na categoria estupro/ ato libidinoso sem informações sobre o agressor. Correia, Sousa e Silva ¹⁶, em estudo de 2001, afirmam que 70% dos casos registrados eram atribuídos ao pai ou padrasto da vítima; Suarez-Sola e Gonzalez Delgado ¹¹ (2003) concluíram que 88% dos agressores eram conhecidos das vítimas. Estudo realizado na Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2003, concluiu que em 18,36% dos procedimentos investigativos registrados no estado como estupro, havia relação das vítimas com seus agressores ¹².

O baixo número de exames de atentado violento ao pudor e conjunção carnal entre crianças e adolescentes na faixa de 0 e 17 anos, objeto do presente estudo, deixa claro que esse tipo de abuso é pouco denunciado em nosso meio, se considerarmos que foram levantados 1419 laudos e somente 44 puderam ser utilizados na pesquisa, ou seja, 3,10% da amostra inicial. Santos (1998) situa em 10% os casos de abuso sexual dentre os maus tratos contra crianças e adolescentes.

A dificuldade das famílias em lidar com o assunto - desagregação familiar/ repercussão social - o descrédito na palavra da criança ⁸ ou mesmo o temor, por parte das mães (quando o agressor é o pai ou o padrasto, pela dependência afetiva e/ou econômica) e das próprias vítimas, são alguns dos fatores que podem ser responsáveis pela baixa notificação dos casos de abuso sexual ¹⁵, principalmente em nosso meio, onde são poucos os serviços

especializados no atendimento e acompanhamento das vítimas, ficando a grande maioria à mercê do atendimento de rotina em delegacias policiais, hospitais e mesmo setores da Justiça que não dispõem de profissionais treinados com a finalidade de orientá-los⁹.

Embora o trabalho pericial não seja realizado com o mesmo enfoque da relação médico-paciente que ocorre nos consultórios, o histórico é parte integrante do laudo médico-legal, sendo através dele que o perito obtém dados para, juntamente com a descrição do que foi observado em exame direto, estabelecer o nexo de causa e efeito, que é o norte da perícia. Portanto, se na maior parte dos procedimentos revisados não houve menção sobre o agressor, o que se pode concluir é que a anamnese não foi bem conduzida, por falta de percepção ou de atenção, quem sabe ambos, por parte do perito-legista encarregado de realizá-lo. O resultado disto é um laudo de qualidade aquém da desejada, pouco informativo e que contribui para que muitos casos de abuso permaneçam impunes¹⁷, pela impossibilidade de estabelecimento desse nexo, fundamental para a conclusão sobre a ocorrência, ou não, do abuso sexual.

Conclusão:

A presente pesquisa revelou que algumas providências se fazem necessárias para beneficiar as vítimas de abuso sexual, podendo ser estendidas às outras formas de maus tratos contra crianças e adolescentes:

- 1- Instituição de protocolos a serem cumpridos na confecção dos laudos periciais, para obter um mínimo, necessário, de informações sobre o fato alegado, a fim de facilitar os procedimentos investigativos policiais e o

levantamento de dados por parte dos profissionais, tanto da área da Segurança Pública quanto da Saúde e outras relacionadas às Ciências Sociais.

- 2- Instituição de protocolos de atendimento às vítimas nas unidades policiais, incluídas aí, as informações a serem fornecidas ao perito-legalista, pois, como observado durante a pesquisa, não há uniformidade no preenchimento dos documentos de encaminhamento ao Instituto Médico-Legal.
- 3- Estudos de longa duração sobre os maus tratos, incluindo o abuso sexual, objetivando conhecer a verdadeira extensão do problema, em nosso meio e sua repercussão sobre esses jovens, tais como os prejuízos à saúde mental e física, baixo rendimento escolar e déficit de aprendizagem, além dos problemas de socialização, presentes e futuros, que possam resultar em comportamentos transgressores e/ou agressivos.

Referências Bibliográficas :

- 1- Hart, S.; Binggeli, N. J.; Brassard, M. R. Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse* 1998, 1: 27 – 58.
- 2- Gomes, R.; Deslades, S., F.; Veiga, M. M. et al. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad. De Saúde Pública* 2002, 18 (3): 707-714.

- 3- Motta, M. E. A naturalização da violência contra a criança. In: Gonçalves, H. S. Infância e Violência no Brasil; Rio de Janeiro: Nau Editora, Faperj, 2003. pp 11-33.
- 4- Hildyard, K. L.; Wolfe, D. A. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect* 2002, 26: 679 – 695.
- 5- Claussen, A.; Crittenden, P. Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 1991, 15: 5 –18.
- 6- Egeland, B.; Erickson, M. Psychologically unavailable caregiving. In: M. Brassard Germain & S. Hart, editors. *Psychological Maltreatment of children and youth*. Elmsford, NY: Pergamon Press, 1987. pp 110 - 120.
- 7- Santos, H, O. Síndrome da Criança Abusada e Negligenciada. In *Medicina Legal para Não Legistas*. São Paulo: Editora Copola, 1998.
- 8- Koshima, K. Palavra de Criança. CEDECA – Bahia, 1999. Disponível em http://www.violenciasexual.org.br/textos/PDF/palavra_crianca_karin_koshima.pdf. Acesso em novembro de 2002.
- 9- Biheler, S. As pessoas não estão preparadas para lidar com o abuso sexual, porque a sexualidade assusta. Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. Disponível em www.unaberta.ufsc.br/entrevista_abuso.html. Acesso em janeiro de 2003.
- 10- Morales, A. E.; Schramm, F. R. A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002, 7(2): 265-273.

- 11-Suarez-Sola, M. L.; Gonzalez Delgado, F. J. Statistics and significance of sexual violence in minors. Cuadernos de Medicina Forense 2003, 32: 49-62.
- 12-Barros, W. S. Crimes Contra os Costumes – Estupro. Rio de Janeiro: Programa Delegacia Legal, Secretaria de Segurança Públ Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2004.
- 13-Azevedo, M. A.; Guerra,V. Políticas Sociais e Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. In: Infância e Violência Doméstica: Fronteiras do Conhecimento; São Paulo: Cortez, 1993.
- 14-Weiss, E. L.; Longhurst, J. G.; Mazure, C. M. Childhood Sexual Abuse as a Risk factor for Depression in Women: Psychosocial and Neurobiological Correlates. American Journal of Psychiatry 1999, 156: 6.
- 15-Aded, N. L. O.; Oliveira, S. F. Síndrome da Criança Espancada. In: Hércules, H. (atual.) Medicina Legal - Hélio Gomes. 32^a ed. revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Ed. Freitas Bastos, 1997. pp. 725 – 742.
- 16-Correia, S.; Souza, A. E.; Silva, J. I. Violência Familiar: um estudo de caso da ação repressiva do Estado. Relatório Final de Programa de Iniciação Científica. (PROINCI / UEPB) QUOTA 2000 – 2001. Paraíba: Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, 2001.
- Disponível em http://datavenia.net/artigos/Direito_Penal/ViolenciaFamiliar.html. Acesso em maio de 2003.

- 17-Gomes, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbimortalidade de crianças vítimas de violência. Cadernos de Saúde Pública 1998, 14 (2): 301 – 311.
- 18-Ajuriaguerra, J. Manual de Psiquiatria Infantil. São Paulo: Masson-Ateneu, 1980.
- 19-Carter-Lourensz, J. H.; Johnson-Powell, G. Abuso Físico, Abuso Sexual e Negligência da Criança. In: Kaplan, H. I.; Saddock, B. J. -Tratado de Psiquiatria, vol. 3, 6ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 1999. pp 2660 – 2676.

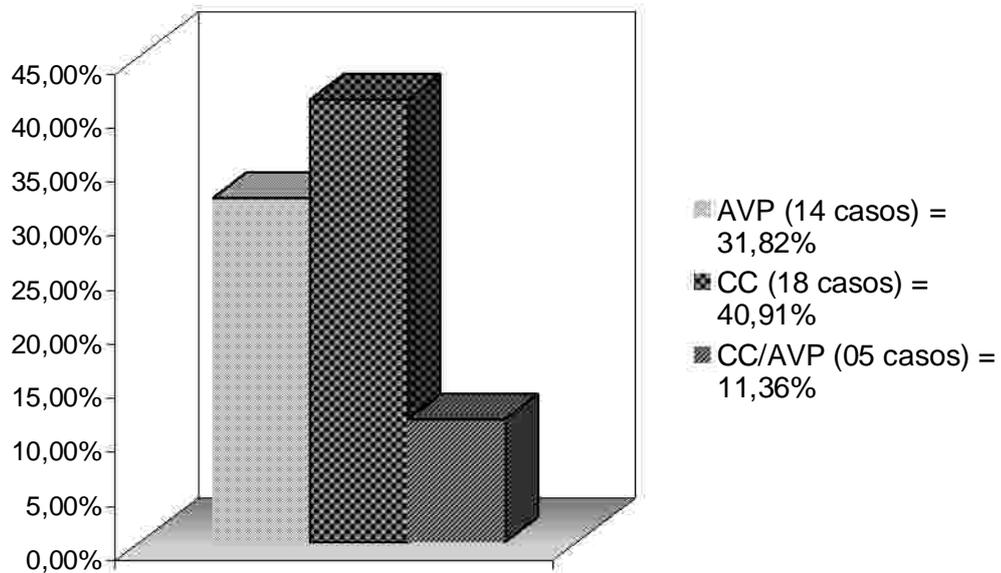
Maria Tavares Cavalcanti (autor correspondente)

Endereço: Avenida Portugal 884/ 101 – Urca; Rio de Janeiro, RJ.

mtavares@ipub.ufrj.br

GRÁFICOS

Exames na faixa de 0 a 14 anos (37 casos)



Rio de Janeiro.", vem requerer a V. Sª autorização para consultar o arquivo do IMLAP
- Sede, sito à rua dos Inválidos 152, Centro, nesta, e os recursos do Programa Delegacia:

Gráfico 1 – Percentual dos casos na faixa de 0 a 14 anos, conforme o tipo de exame.

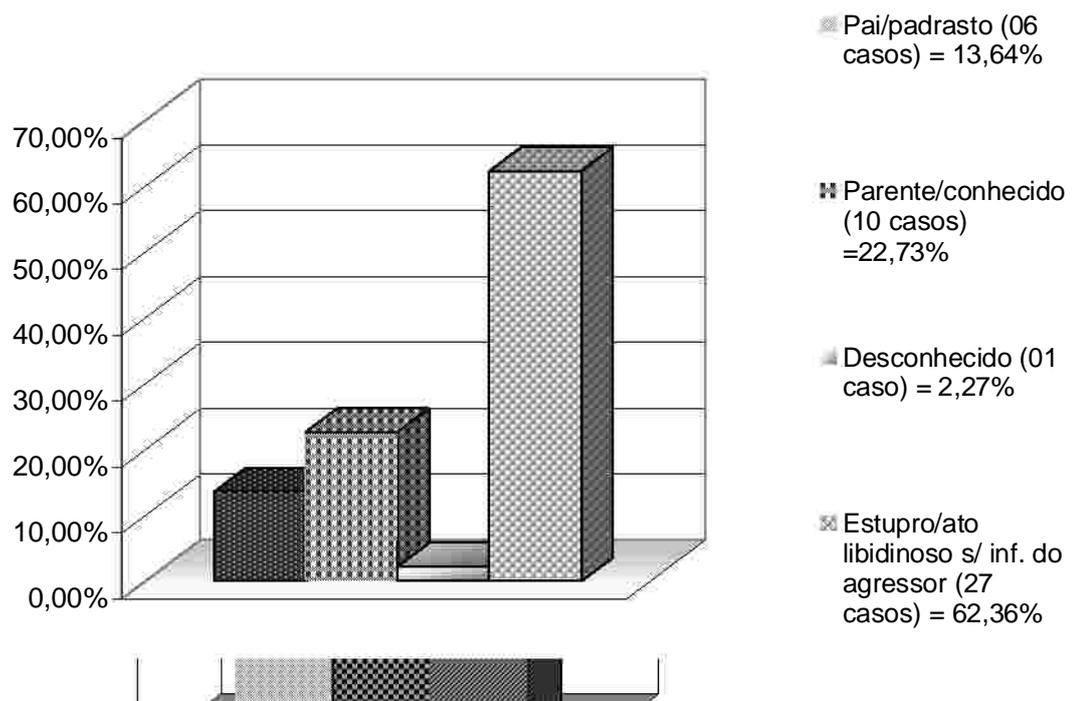


Gráfico 2 – Resultados sobre os possíveis agressores nos exames analisados

TABELAS

Faixa etária	AVP	CC	CC/AVP
0 – 4 anos	05	02	01
5 – 9 anos	06	04	02
10 – 14 anos	03	12	02
15 – 17 anos	Zero	05	02
Sub-total	14	23	07

Tabela 1- Exames distribuídos por faixa etária.

Exame	Idade	Sexo	
		feminino	masculino
AVP	0 – 4 anos	03	02
AVP	5 – 9 anos	01	05
AVP	10 – 14 anos	Zero	03
AVP	15 – 17 anos	Zero	Zero
Sub-total		04	10

Tabela 2 – Distribuição dos exames de AVP por gênero – predominância do sexo masculino nos casos avaliados, exceto na faixa de 0 a 4 anos.

2. *Artigo publicado - Cad Saúde Pública 23 (8): 1971-1975, ago. 2007.*

Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil

Sexual abuse of children and adolescents in Rio de Janeiro, Brazil: an incidence study

Naura Llane de Oliveira Azevedo^{1,2,3}
Bruno Luís Galluzzi da Silva Dalcin^{2,4}
Maria Tereza Cavalcanti^{1,5}

Abstract

We present an incidence analysis of forensic medical examinations at the Afrânio Peixoto Institute of Forensic Medicine in Rio de Janeiro, Brazil, from January to July 2000. A sample of 124 cases of suspected sexual abuse was selected, both male and female, aged 0 to 17 years. Minors from 0 to 14 years of age represented 81.45% of the sample, coinciding with rates from a former study spanning the first quarter of 2000. Other than vaginal rape, young male subjects prevailed in cases of suspected anal, oral, or other forms of sexual violence and comprised 20.97% of the total sample, with no such cases, either male or female, in the 15-17 year group. Most cases of alleged vaginal sexual abuse were detected in the 10-17-year group. 44.36% of the alleged aggressors were related to the victims; non-related aggressors represented 13.71% of the study group. 30.65% of all cases lacked information about the aggressor. Most police complaints were recorded in the North and East Sides of the city of Rio de Janeiro. The present study did not analyze the victims' social, economic, or cultural characteristics.

Sexual Child Abuse; Expert Testimonial; Incidence

Introdução

O abuso físico e o sexual são potencialmente fáceis de caracterizar ao exame médico-legal. Entretanto, *voyeurismo*, manipulação dos genitais ou corrupção de menores não possuem substrato médico-legal, dificultando sua verificação.

Este trabalho pretende estender a pesquisa de campo realizada anteriormente – levantamento de casos suspeitos de abuso sexual examinados no Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto da cidade do Rio de Janeiro (IML-RJ), Brasil, entre janeiro e março de 2000 – que analisou 1.419 laudos de mulheres e menores de idade submetidos a exame de corpo de delito, com redução da amostra a 44 casos.¹

Procedimentos metodológicos

Revisão dos laudos de exames de corpo de delito do serviço de Clínica Médico-Legal do IML-RJ, arquivados em arquivo da instituição. O procedimento foi autorizado pela chefe de Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro, tendo sido revisados 3.085 laudos de mulheres, crianças e adolescentes, de janeiro a julho de 2000.

Os critérios foram idade (entre 0 e 17 anos e 11 meses, inclusive) e tipo de exame (conjunção carnal, atentado violento ao pudor, associação destes e combinação com lesão corporal). A ale-

¹ Instituto de Perquiatria, Centro de Atendimento Psiquiátrico do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.

⁴ Departamento de Ciências Psiquiátricas, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência:
N. L. O. Azevedo
Instituto de Perquiatria
Universidade Fluminense
do Rio de Janeiro,
Rua Visconde de
Albuquerque Britez, 2315, apto. 209,
Rio de Janeiro, RJ
22270-010, Brasil.
e-mail: nazevedo@popper.com.br

gação inicial de encaminhamento ao IML-BJ serviu à classificação.

A designação dos tipos foi (a) conjunção carnal – ocorrência ou não de cópula vaginal; (b) atentado violento ao pudor – ocorrência ou não de atos libidinosos diferentes da conjunção carnal; (c) lesão corporal – ocorrência de ofensa à integridade física ou à saúde.

Cumpriram-se os seguintes itens: data, autoridade requisitante; tipo de exame, idade, sexo, cor, histórico alegado pela vítima (relação vítima/agressores).

Não identificamos os periciados, visando ao sigilo na tramitação legal e à ética.

Resultados

A primeira seleção (idade vs. gênero) reduziu a amostra a 554 laudos. A segunda considerou a suspeito de agressão sexual – amostra final de 124 casos.

Foram 71 os laudos de conjunção carnal (57,26%); vê-se a distribuição por idades na Tabela 1. Inexistiram exames de menores de um ano. A associação conjunção carnal/lesão corporal representou 1,61% dos casos (Tabela 1).

Efetuarão-se 42 exames de atentado violento ao pudor (33,87%), com distribuição por idade e gênero (Tabelas 1 e 2). Não houve exames de atentado violento ao pudor na faixa entre 15 e 17 anos e 11 meses.

A associação atentado violento ao pudor/conjunção carnal ocorreu em seis laudos (4,84%) e atentado violento ao pudor/lesão corporal, em três laudos do sexo masculino – 2,42% (Tabela 1). Não consta vítima menor de um ano.

A relação vítimas/agressores foi (a) pai/padrasto/responsável – 20 casos (16,13%), sendo 16 casos femininos; (b) parente/conhecido – 35 casos (28,23%), sendo 28 femininos; (c) desconhecido – 17 casos (13,71%), sendo 16 femi-

Tabela 2

Distribuição dos exames de atentado violento ao pudor por gênero: predominância do sexo masculino nos casos avaliados.

Faixa etária (anos)	Sexo	
	Feminino	Masculino
0-4	8	9
5-9	7	11
10-14	3	4
15-17	0	0
Total	18	24

nos; (d) não informada – 38 (30,65%), sendo 30 femininos.

Seis casos foram atribuídos a outros menores (1,84%); três foram encaminhados por serviços médicos para esclarecimento (2,42%), dois (1,61%) compareceram para constatação de virgindade, dois (1,61%) alegavam tentativa de estupro e um (0,8%) teria ocorrido em um estabelecimento de ensino. A Tabela 3 demonstra a distribuição das ocorrências.

Discussão

A incidência de casos entre 0 e 14 anos (81,45%), semelhante a estudo anterior³, reafirma a noção de abusos físico e sexual inversamente proporcionais à idade e capacidade de resistência das vítimas.

Os casos de atentado violento ao pudor no sexo masculino entre 0 e 14 anos – 20,97% – mostram-se novamente acima dos dados relatados na literatura científica³.

Tabela 1

Exames distribuídos por faixa etária

Faixa etária (anos)	Conjunção carnal	Conjunção carnal/ Lesão corporal	Atentado violento ao pudor	Atentado violento ao pudor/Conjunção carnal	Atentado violento ao pudor/Lesão corporal
0-4	4	0	17	0	1
5-9	12	0	18	2	2
10-14	34	1	7	3	0
15-17	2	1	0	1	0
Total	71	2	42	6	3

Tabela 3

Distribuição dos exames pela origem no Município do Rio de Janeiro, Brasil.

	Número de exames
Zona Sul	5
Centro	4
Zona Norte	65
Zona Oeste	17
Delegacias especializadas	26
Varas criminais, varas da infância e juventude, promotoria da infância e juventude	5
Fóra da capital	2
Total	124

Não houve registros envolvendo meninos de 15 a 17 anos e 11 meses. Isso pode indicar semelhanças ataques menos frequentes por esses jovens oferecerem maior capacidade de resistência, ou por terem mais dificuldade em denunciar o abuso sexual pelas consequências acarrinhadas na família e sociedade.

Os 98 casos suspeitos de abuso sexual contra meninas e adolescentes do sexo feminino (78,95%) confirmam amplamente a predominância de ataques ao gênero descrita na literatura científica^{2,4,5}.

Houve 65 exames de conjunção carnal na faixa etária de 10 a 17 anos e 11 meses associada ou não a outras práticas sexuais, rotando 17 nos grupos mais jovens, o que permite supor que, com as alterações anatômicas puberais, os agressores passem a ter como objetivo consumir a cônica vaginal. Islam & Islam⁶ observaram que a maioria dos ataques ocorre dos 12 aos 15 anos de idade, como encontrado em outros estudos^{2,7,8}.

Os casos suspeitos de atentado violento ao pudor contra meninas somente foram registrados no grupo entre 0 e 14 anos.

Os alegados agressores tinham algum vínculo com suas vítimas em 55 casos: 20 dos casos (16,13%) foram atribuídos a responsáveis, pais ou padrastos; 35 (28,23%), a parentes (tios, avós, primos) ou conhecidos.

Considerando estudo anterior², os casos sem informação sobre o agressor diminuíram, embora constituam parcela significativa da amostra (30,65%). Pode-se considerar que tal falta de informação seja decorrente do receio das vítimas em declarar a natureza do vínculo com o agente, ou da falta de percepção do perito-legista sobre sua importância.

Os ataques atribuídos a desconhecidos aumentaram consideravelmente – 13,71% contra 2,27% do estudo anterior²; o que pode ter deri-

vado do tamanho da amostra à época, pela natureza randômica dos casos que se apresentam ao IML-RJ.

A maioria dos exames resultou de registros nas Zonas Norte (47,42%) e Oeste (13,71%), coincidindo com os índices percentuais das ocorrências referentes ao período de janeiro a julho de 2006. Os valores expressos referem-se à média desses meses: Zona Norte – (47,94%); Zona Oeste (28,21%)^{9,10,11,12,13,14}.

Os resultados não revelam o total na Zona Oeste, porque os registros das 33a, 34a, 35a e 38a Delegacias Policiais, são examinados no Posto de Polícia Técnico-Científica do Campo Grande.

Dos casos registradas, 4,3% foram na zona sul da cidade, 3,23%, nas delegacias policiais do centro. Aqui, também, os resultados se assemelham aos índices de janeiro a julho de 2006 na documentação oficial do Governo do Estado e do Instituto de Segurança Pública^{9,10,11,12,13,14}, respectivamente, 12,51% e 11,34%.

A média dos percentuais de registro de crimes contra os costumes – 1,71% – entre janeiro e julho de 2006, na cidade do Rio de Janeiro, permite confirmar a subnotificação desse tipo criminal.

A comparação com a estatística oficial do Governo do Estado e do Instituto de Segurança Pública aponta que nos últimos seis anos não variou a incidência e distribuição geográfica dos registros dessa natureza.

O estudo não analisou a condição sócio-econômico-cultural dos periclitados, não podendo afirmar se o número reduzido de ocorrências na Zona Sul e no Centro, bem abaixo dos resultados observados nas Zonas Norte e Oeste, resulta apenas de possíveis diferenças sócio-econômico-culturais entre seus habitantes; uma vez que as Regiões Sul e Oeste abrigam os extremos da pirâmide social.

Conclusão

Há necessidade de mais investigação sobre casos de atentado violento ao pudor a fim de esclarecer se realmente ocorre maior incidência da prática abusiva de atos libidinosos contra indivíduos do sexo masculino em nossa cidade,

e se há influência de fatores ambientais e/ou culturais.

As condições sócio-econômico-culturais de vítimas e agressores exigem estudo apurado, buscando fatores estressores e/ou de risco que possam contribuir para o abuso sexual de crianças e adolescentes.

Resumo

Foi realizada uma análise da incidência de crimes realizados no Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, Brasil, entre janeiro e julho de 2000. Foram solucionados 124 casos suspeitos de abuso sexual, envolvendo ambos os sexos em indivíduos com idade entre 0 e 17 anos. Os menores entre 0 e 14 anos representaram 21,45% da amostra, coincidindo com os índices observados em estudos anteriores que abrangeu o período trimestral do mesmo ano. O sexo masculino predominou nos casos suspeitos de atentado violento ao pudor – 20,97% do grupo, não havendo registro, em ambos os gêneros, entre 15 e 17 anos. O maior número de casos alegados de conjunção carnal (vagina vaginal) foi observado no grupo de menores do sexo feminino entre 10 e 17 anos. Dos alegados agressores, 44,38% eram relacionados às vítimas; os desconhecidos correspondiam a 13,71% do grupo estudado. Em 30,65% dos casos não havia informação sobre o agressor. A maior parte dos registros de ocorrências policiais são: respeito às Zonas Norte e Oeste da cidade. O perfil sócio-econômico-cultural dos indivíduos examinados não foi contemplado no presente estudo.

Ataques Sexuais Infantis; Prova Pericial; Incidência.

Colaboradores

M. L. G. Adão participou da concepção do trabalho, pesquisa bibliográfica, levantamento e análise de dados e redação do artigo. B. L. G. S. Dalcin fez a revisão técnica, correção do texto em português, e versão do Abstract em inglês. M. T. Cavalcanti realizou a orientação científica do trabalho e a correção final.

Referências

1. Aded NLD. Maus tratos contra crianças e adolescentes: o abuso sexual um século depois. O que pode ser afirmado? Levantamento de casos examinados no Instituto Médico-Legal Afânio Peixoto – cidade do Rio de Janeiro (Dissertação de Mestrado), Rio de Janeiro; Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
2. Oliveira Aded NL, Oliveira M, Silva Dalton BL, Moraes TM, Cavalcanti MT. Children and adolescents victimized by sexual abuse in the city of Rio, J Clin Forensic Med; no prelo.
3. Aded NLD, Dalton BLS, Moraes TM, Cavalcanti MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. Rev Paq Clin 2006; 33:209-13.
4. Azevedo MA, Guerra VNA. As políticas sociais e a violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio recusado em São Paulo? In: Azevedo MA, Guerra VNA, organizadores. Infância e violência doméstica: fronteiras do desenvolvimento. 3a Ed. São Paulo: Corcovil Editora; 2000. p. 229-306.
5. Weiss FL, Longhurst JG, Mannes CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 1999; 156:818-28.
6. Islam MN, Islam MN. Retrospective study of alleged rape victims attended at Forensic Medicine Department of Dhaka Medical College, Bangladesh. *Leg Med (Tokyo)* 2004; 5 Suppl.1:5951-3.
7. Santos JC, Neves A, Rodrigues M, Ferrao P. Victims of sexual offense: medicolegal examinations in emergency settings. *J Clin Forensic Med* 2006; 13:300-3.
8. Drexler I, Cullerri M, Juliano Y, Prieto EJ, Marques JA, Fernández CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatr (Rio de J)* 2001; 77:413-9.
9. Núcleo de Pesquisa em Justiça Criminal e Segurança Pública, Instituto de Segurança Pública, Secretaria de Estado de Segurança Pública, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; ano 4 – nº. 30 – fevereiro 2006 (mês base: janeiro 06) http://urrtau.proderj.rj.gov.br/isp/admin/paginas/upboletim/2006_01_Bol.pdf (acessado em Out/2006).
10. Núcleo de Pesquisa em Justiça Criminal e Segurança Pública, Instituto de Segurança Pública, Secretaria de Estado de Segurança Pública, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; ano 4 – nº. 31 – abril 2006 (mês base: fevereiro e março 06) http://urrtau.proderj.rj.gov.br/isp/admin/paginas/upboletim/2006_03_Bol.pdf (acessado em Out/2006).
11. Núcleo de Pesquisa em Justiça Criminal e Segurança Pública, Instituto de Segurança Pública, Secretaria de Estado de Segurança Pública, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; ano 4 – nº. 32 – maio 2006 (mês base: abril 06) http://urrtau.proderj.rj.gov.br/isp/admin/paginas/upboletim/2006_04_Bol.pdf (acessado em Out/2006).
12. Núcleo de Pesquisa em Justiça Criminal e Segurança Pública, Instituto de Segurança Pública, Secretaria de Estado de Segurança Pública, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; ano 4 – nº. 33 – julho 2006 (mês base: maio 06) http://urrtau.proderj.rj.gov.br/isp/admin/paginas/upboletim/2006_05_Bol.pdf (acessado em Out/2006).
13. Núcleo de Pesquisa em Justiça Criminal e Segurança Pública, Instituto de Segurança Pública, Secretaria de Estado de Segurança Pública, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; ano 4 – nº. 34 – agosto 2006 (mês base: junho 06) http://urrtau.proderj.rj.gov.br/isp/admin/paginas/upboletim/2006_06_Bol.pdf (acessado em Out/2006).
14. Núcleo de Pesquisa em Justiça Criminal e Segurança Pública, Instituto de Segurança Pública, Secretaria de Estado de Segurança Pública, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; ano 4 – nº. 35 – setembro 2006 (mês base: julho 06) http://urrtau.proderj.rj.gov.br/isp/admin/paginas/upboletim/2006_07_Bol.pdf (acessado em Out/2006).

Recebido em 21/Nov/2006

Versão final reapresentada em 05/Mar/2007

Aprovado em 13/Mai/2007

3. *Artigo enviado à revista Cadernos de Saúde Pública em 24/07/2009.*

Agressões físicas contra crianças e adolescentes: análise de exames médico-legais na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

Physical abuse against children and adolescents: an analysis of forensic reports in the city of Rio de Janeiro, Brazil.

Resumo

A violência urbana, experimentada pelos jovens, é um dos principais problemas contemporâneos, e interessa à Saúde e Segurança Públicas. O trabalho mostra resultados parciais de pesquisa realizada no Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto (IMLAP), Rio de Janeiro, que realizou 28108 exames de corpo de delito, no Serviço de Clínica Médico-Legal, em 2003. Foram selecionados laudos de lesão corporal (alegada agressão), conjunção carnal e atentado violento ao pudor (suposto abuso sexual) de jovens de ambos os sexos entre 0 e 17 anos (2114 laudos). 74,59% eram laudos de lesão corporal; 25,40% suspeitos de abuso sexual. Este estudo analisou 1577 laudos de lesão corporal. Maus tratos e violência doméstica foram verificados em 29,10% dos exames. Agressões foram atribuídas a familiares e conhecidos em 39,18% dos exames; 51,23% dos laudos não informavam sobre os agressores. 66,01% dos laudos apontaram lesões leves. 57,39% dos periciados não procuraram atendimento médico-hospitalar. 59,16% não completaram o ensino fundamental. 42,55% dos registros policiais eram oriundos da zona Norte da cidade.

Summary

Urban violence hits male and female youngsters, one of the main contemporary problems under the effigy of public health and security. We present partial results from research work at the Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto in Rio de Janeiro, to study violence upon underage individuals. This Medicolegal Service produced 28,108 forensic reports in 2003. The authors selected 2144 reports of alleged battery or presumed sexual assault cases (including sodomy) against youngsters of both sexes from 0 to 17 years old. From the selected cases, 74,59% were battery reports and 25,4% involved alleged sexual assault. We analyzed 1577 battery forensic reports. Mistreatment and domestic violence accounted for 29,10% of all reports. Aggression was ascribed to relatives or acquaintances in 39,18% of cases, and 51,23% were unclear about the perpetrators. 66,01% revealed slight bodily 57,39% of the victims did not look for medical aid. 59,16% had incomplete fundamental education. 42,55% of police occurrences originated in the Northern region of Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

Crianças e adolescentes são identificados como grupos à violência nas cidades, que pode ser vivenciada por eles como vítimas, testemunhas (“vítimas indiretas”), perpetradores, podendo ocorrer alternância ou mesmo superposição desses papéis^{1,2}.

Para Phebo e Moura¹, os atos violentos que acontecem na família ou na sociedade têm raízes originadas em diferentes contexto impedindo que se eleja um único fator de risco como determinante do seu aparecimento. Fatores ligados ao

indivíduo, suas relações com a comunidade onde vive e a sociedade atuam, em conjunto, no surgimento de situações de violência¹.

A violência experimentada por jovens de ambos os sexos, preocupa pela própria essência e potencial de dano, atingindo-os em pleno desenvolvimento biopsíquico.

Jovens do sexo masculino estão naturalmente mais expostos à violência fora do ambiente familiar, correndo mais riscos que as crianças¹; que por sua vez, serão as vítimas mais prováveis nos casos de maus tratos e violência doméstica, juntamente com mulheres e idosos.

A violência envolvendo crianças e adolescentes pode ser classificada, para melhor entendimento, em três grandes categorias: extraordinária, aguda e pandêmica. A violência extraordinária, pouco frequente, relacionada a sequestros, homicídios e outros crimes de grande repercussão. A violência aguda, mais vem despertando interesse na sociedade: atinge um grupo específico relacionado aos abusos físico, sexual, negligência, abuso emocional e rejeição familiar. O modelo pandêmico envolveria quase a totalidade das crianças e adolescentes, podendo atingi-los em alguma fase de seu desenvolvimento, sendo representado pelas brigas entre irmãos ou jovens da mesma idade (rixas), castigo físico, furto e vandalismo².

A violência estrutural está relacionada às condições de vida de crianças e adolescentes, atuando essencialmente pela falta ou precariedade de políticas públicas³. A violência criminal ou infracional é revelada pelas ações fora da lei socialmente reconhecida³, envolvendo os indivíduos como vítimas e/ou agressores. Ambos os tipos de violência têm representação nos casos de jovens em especial (cumprindo medidas sócio-educativas, detidos por infrações penais, abrigados ou situação de rua).

Segundo Minayo⁴, a violência contra crianças e adolescentes é *“todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar danos físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que as crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento”*.

A violência doméstica engloba situações de abuso físico, sexual, psicológico e negligência ou abandono^{3, 5} nem sempre dirigidos ao menor, que poderá sofrer suas consequências mesmo sem agressão efetiva. Na prática há uma delimitação imprecisa dos tipos, daí uma dificuldade real na classificação dos casos, sendo frequente a confusão no emprego dos termos, segundo alguns autores^{3,5}.

O Direito Penal brasileiro define como maus tratos o *“delito de quem submete alguém, sob sua dependência ou guarda, a castigos imoderados, trabalhos excessivos e/ou privação de alimentos e cuidados, pondo-lhe, assim, em risco a vida ou a saúde”*⁶.

Conforme o artigo 5º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990), *“nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”*.

Os casos suspeitos ou confirmados de maus tratos a crianças e adolescentes serão comunicados obrigatoriamente aos Conselhos Tutelares (artigo 13, ECA), cabendo ao médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e

de ensino, nos diversos níveis, a comunicação à autoridade competente de casos de que tenha conhecimento, envolvendo maus tratos contra crianças e adolescentes (artigo 245, ECA)^{7, 8}.

A despeito do que reza a lei a violência que atinge crianças e adolescentes nas suas diversas formas é subnotificada, podendo passar despercebida dos profissionais habitualmente envolvidos. Médicos e policiais por diversos motivos, uns de ordem pessoal (medo de revanchismo, razões éticas, ou mesmo de transtornos legais, no caso dos profissionais de saúde), outros de ordem institucional ou por descrença no relato da vítima⁹, podem não estar suficientemente preparados e/ou motivados para perceberem a gravidade e extensão do problema.

A proposta deste trabalho é conhecer a incidência de atos violentos envolvendo crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro, pela óptica dos exames periciais realizados no Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto (IMLAP), ampliando o estudo iniciado na dissertação de Mestrado da Autora pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

OBJETIVO

Apresentação dos resultados parciais de pesquisa sobre incidência de atos de violência envolvendo menores de idade examinados no Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto (IMLAP), cidade do Rio de Janeiro, através da isão de laudos periciais de exame de corpo de delito.

METODOLOGIA

Foram analisados laudos de indivíduos de ambos os sexos de 0 a 17 anos e 11 meses, inclusive, limite da maioridade legal: exames de lesões corporais (restritos às alegações de agressão) e exames de conjunção carnal e violento ao pudor (presunções de abuso sexual).

Levantamento de dados:

A não informatização do sistema de arquivamento de documentos no IMLAP até a presente data tornou necessária a criação de um banco de dados que utilizou os programas Microsoft Office Access, versão 2003 e SPSS for Windows, versão 13.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) em 2007, protocolo 41LIV2-07 do CEP/IPUB/UFRJ.

Foi obtida permissão da Chefia de Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro e do Departamento de Polícia Técnico-Científica para consulta sigilosa aos arquivos.

Inicialmente foram revisados todos os laudos de exame corpo de delito do serviço de Clínica Médico-Legal do IMLAP, cidade do Rio de Janeiro, realizados em 2000, acautelados no arquivo geral da Instituição.

A proposta de “conhecer o destino dos laudos”, ampliando a pesquisa, conduziu aos registros de ocorrência armazenados no sistema informatizado da Divisão de Tecnologia da Informação da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro - DTI/PCERJ, criado em 1999. Essa decisão alterou os rumos da pesquisa. Foi necessário escolher um novo período para análise, pois eram poucas as Delegacias de Polícia (DP) informatizadas, em 2000.

Escolheu-se o ano de 2003, com 58 delegacias policiais informatizadas, possibilitando obter informações sobre o desenrolar dos procedimentos originados nos registros de ocorrência.

Os dados sócio-demográficos considerados foram: data do exame; autoridade requisitante (delegacias policiais e demais autoridades competentes para requisição de perícias médico-legais), tipo de exame; idade, gênero e nível de escolaridade do periciado, solicitação e realização, ou não, de exame e o eventual resultado; tipo de agressão; relação vítima-agressor; local da ocorrência. Histórico alegado, principais achados no exame direto e respostas dadas pelos peritos aos quesitos, foram também considerados.

Neste trabalho serão apresentados resultados da análise dos exames de lesão corporal (LC) - realizados para apurar a ocorrência ou não de ofensa à integridade física ou à saúde do indivíduo.

Os laudos foram identificados pelos números de arquivamento no IMLAP, para possibilitar o esclarecimento de dúvidas eventuais. Os números de registro da ocorrência policial (RO) também foram considerados, por serem necessários ao cotejamento dos dados no sistema DTI/PCERJ. Manteve-se o anonimato dos periciados visando sua privacidade e o segredo de justiça, indispensável para evitar prejuízo aos procedimentos judiciais e investigativos ainda em curso.

A análise dos dados recolhidos e a busca de informações sobre os registros policiais no sistema DTI/PCERJ usaram recursos do Microsoft Office Access, versão 2003 e Microsoft Excel, versão 2003.

Resultados:

O IMLAP realizou 28.108 laudos de exame de corpo de delito no serviço de Clínica Médico-Legal, município do Rio de Janeiro, no ano de 2003; desses, 2461 eram de indivíduos de ambos os sexos entre zero e 17 anos e 11 meses, inclusive.

A restrição às queixas de agressão física (lesão corporal dolosa; possibilidade de abuso físico) e à suspeição de crime contra os costumes (possibilidade de abuso sexual) reduziu a seleção para 2114 laudos (N).

O presente trabalho se refere aos 1577 laudos de lesões corporais (n).

Agressões pela ação do corpo do agressor, socos, tapas, empurrões, mordidas, representaram 56,31% das lesões corporais (888 casos); lesões por instrument contudentes, pedaços de madeira, barras de ferro, pedras, aparecem em 15,66% da amostra (247 laudos). Projéteis de arma de fogo (PAFs) causaram lesão em 4,06% dos periciados (64 laudos); 1,58% das lesões (25 laudos) foram determinadas por “armas brancas” - facas, canivetes e congêneres. Lutas corporais, brigas de rua ou entre grupos em ambientes diversos, escola inclusive, surgiram em 16% dos casos examinados (23 laudos). Alegações de tentativas de asfixia, emprego de objetos/líquidos aquecidos e queimaduras com cigarro representaram 0,89% e 1,07% da amostra, respectivamente. Em 0,32% dos casos (5 laudos), a lesão foi determinada por doença.

A análise das características e sede das lesões observadas e descritas nos laudos, a alegação dos próprios menores ou de seus acompanhantes durante o exame, o tipo de agressão, a idade dos periciados, a relação vítima-agressor e informações contidas nos memorandos de encaminhamento permitiram classificar 32 laudos na categoria maus tratos - 20,54% dos selecionados (Gráfico nº.1).

Evidências de violência doméstica foram encontradas em 135 exames - 8,56% da seleção (Gráfico nº.1); considerou-se o local da ocorrência (endereço residencial),

peessoas envolvidas (o periciado e outros membros da família; mãe e/ou irmãos, conforme os ROs) e a relação vítima-agressor (Tabela nº. 1).

A quantidade de laudos sem informação sobre a relação vítima-agressor nos casos de maus tratos e violência doméstica foi pequena considerando-se o total de laudos revisados (Tabela nº. 1).

O Gráfico nº. 1 mostra os exames de LC distribuídos por gênero.

A pesquisa revelou que 15,09% dos exames de LC eram de menores cumprindo medidas sócio-educativas/ detidos em flagrante (infratores), 1,46% de menores abrigados e 0,38% de menores em situação de rua (Gráfico nº. 2).

O Gráfico nº. 3 mostra a distribuição dos exames de LC por idade e gênero, com predomínio do sexo masculino em todos os grupos etários - 55,61% da amostra.

O sexo masculino predominou nas agressões com PAF, lutas corporais, brigas de rua ou grupo, nas lesões resultantes de ação do corpo agressor, nos casos em que foram usados instrumentos contundentes, nos sem informação sobre a agressão, nas alegações de quedas, queimaduras e, também, nos casos de maus tratos.

Os exames de LC de jovens em situações especiais (16,93% da amostra) - infratores, abrigados e em situação de rua - revelaram também maior envolvimento do sexo masculino.

O sexo feminino (44,39% da amostra) predominou nos casos de violência doméstica, tentativas de asfixia e nos casos rotulados como “outros” (alegações diversas, insuficientes para constituir uma classe distinta). Quando a lesão foi determinada pelo corpo do agressor e nas agressões com “armas brancas”, não houve diferença significativa de gêneros - 454 laudos do sexo feminino (28,79%) e 459 do masculino (29,10%).

Periciados brancos (45,3%) e pardos (35,1%) foram mais numerosos; 12,9% da amostra eram de indivíduos pretos. 6,7% da seleção não tinham informação sobre o grupo étnico.

51,23% da amostra (808 laudos) não informavam sobre a vítima-agressor; familiares foram os responsáveis pelas agressões em 25,36% dos casos (400 laudos); pessoas conhecidas sem relação familiar, vizinhos na maioria dos casos, foram os agressores referidos em 13,82% dos exames (218 laudos). Agressões atribuídas a namorado/companheiro e ex-namorado/ex-companheiro representaram 4,94% da amostra (78 casos); em 2,34% da seleção (37 laudos) outros menores foram apontados como agressores. Desconhecidos foram citados em apenas 1,58% dos casos (25 laudos), e agentes públicos/seguranças em 0,70% (11 laudos).

A relação vítima-agressor nos casos de maus tratos e violência doméstica pode ser vista nas Tabelas nº. 1 e nº. 2.

1245 laudos (78,94%) não continham informações relevantes acerca do histórico. Dez adolescentes estavam grávidas (0,63%); menores eram portadores de deficiência física ou mental, ou estavam em tratamento psiquiátrico (0,31%); houve referência a mais de um agressor em 3 laudos (0,19%); o agressor estava alcoolizado em dois laudos (0,12%); o agressor era portador de perturbação/doença mental em um dos casos (0,06%); um caso foi registrado como favorecimento à prostituição (0,06%).

A maioria das lesões foi de natureza leve - 66,01% da amostra; 11,85% dos exames foram negativos para LC; 11,67% ficaram na dependência de informações hospitalares; lesões graves foram observadas em 4,63% dos laudos.

Não houve procura de atendimento médico-hospitalar em 57,39% da amostra; 42,29% dos periciados referiram atendimento médico-hospitalar. A busca por

atendimento médico foi maior nos casos de lesões leves (24,98%); nas lesões graves, somente 3,36% procuraram serviços médicos.

Branco e pardo de ambos os sexos (discreta predominância feminina), entre 0 e 9 anos eram analfabetos. O ensino fundamental incompleto prevaleceu na amostra (59,16%), com predomínio de indivíduos branco e pardo femininos, entre 10 e 17 anos; somente 8,37% haviam completado o ensino fundamental, maioria de branco e pardo do sexo feminino, entre 10 e 17 anos; 15,22% declararam ensino médio incompleto, a maior parte de branco e pardo, femininos, entre 15 e 17 anos; 3,17% de indivíduos branco, de ambos os gêneros, entre 15 e 17 anos, tinham completado o ensino médio; 0,25% da amostra tinham nível superior incompleto, com igual distribuição entre os gêneros e cor (branco).

Independentemente da origem do RO e do gênero, os menores entre 15 e 17 anos foram maioria, seguidos do grupo de 10 a 14 anos (Tabela nº. 3). O sexo feminino foi mais numeroso nos casos oriundos das delegacias especializadas - delegacias especiais de atendimento à mulher, de proteção à criança e ao adolescente e outras. A zona norte da cidade registrou 42,55% das ocorrências. Os casos oriundos da zona oeste (11,60%) representam somente parte dos registros; a região dispõe de um PRPTC (posto regional de polícia técnico-científica) que atende a maior parte dos casos.

Em 2008, 54,91% dos procedimentos que originaram os laudos analisados neste estudo haviam sido enviados à Justiça; 17,82% com agressões atribuídas a membros da família, predominantemente pais ou padrastos e mães; 20,42% não continham informação sobre a relação entre vítima e agressor. 5,32% dos procedimentos foram suspensos; em 1,71% familiares eram os agressores alegados.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos a partir da revisão de laudos médico-legais, não representam a totalidade dos casos de violência envolvendo menores do município do Rio de Janeiro, pois nem todas as vítimas de violência recorrem aos órgãos policiais e, mesmo se o fazem, nem todas comparecem ao IMLAP para serem examinadas. O não comparecimento a exame pode decorrer de dificuldades de deslocamento, em que pese a localização central do IML da cidade do Rio de Janeiro, ou de arrependimento pelo registro da ocorrência.

Trata-se de estudo de natureza empírica baseado nos exames realizados no serviço de Clínica Médico-Legal do IMLAP (pessoas vivas), com base nos registros de ocorrência policial.

Segundo Pires e Miyazaki¹⁰, há carência de estatísticas oficiais sobre a violência contra crianças e adolescentes no Brasil.

Não foi encontrado nenhum trabalho em revista indexada no país com amostra semelhante à deste estudo.

Mesmo no continente europeu, segundo Martrille et al.¹¹, poucos são os estudos populacionais, referentes à clínica forense; os trabalhos existentes referem-se preferencialmente às necropsias.

Estudos recentes alertam para os diferentes tipos de estratégias e abordagens sobre a violência envolvendo crianças e adolescentes, podendo levar a grande variação nos resultados, interpretados, eventualmente, como conflitantes^{11, 12, 13}.

A predominância de lesões causadas pelo corpo dos agressores - socos, tapas, mordidas e outros (56,31% da amostra) - mostrou-se de acordo com estudo sobre agressão física realizado na cidade de Araçatuba, no estado de São Paulo¹⁴, e outro,

anterior, que analisou casos de abuso físico em Curitiba, estado do Paraná¹⁵. Entre 10 e 17 anos, não houve diferença significativa de gênero. Nos grupos mais jovens (0 a 9 anos), os meninos foram mais atingidos.

Nos casos em que a lesão corporal foi produzida por projéteis de arma de fogo houve maior incidência do sexo masculino, entre 10 e 17 anos. Não foram recuperadas quaisquer informações sobre a relação vítima-agressor em nenhum deles, devido ao registro dos casos em diferentes categorias de delito no sistema DTI/PCERJ (tentativa de homicídio, tráfico de entorpecentes, furto), às quais a pesquisa não teve acesso.

Nos casos decorrentes do uso de arma branca não houve diferença significativa entre agressões atribuídas a familiares e as sem informação sobre o agressor. A maior incidência de vítimas de sexo feminino, entre 15 e 17 anos, pode indicar que estejam associadas à violência doméstica¹⁴.

A falta de informação sobre a relação vítima-agressor predominou (51,23%) nos exames de LC.

A discriminação entre maus tratos e violência doméstica fez-se necessária: alguns casos foram originalmente registrados como maus tratos; outros foram classificados durante a pesquisa devido às características observadas. A classe violência doméstica incluiu os casos de agressões a menores no endereço residencial com envolvimento de outros familiares na mesma ocorrência domiciliar. O resultado sobre as relações vítima-agressor, nos dois grupos, coincidiu com a literatura sobre o assunto que atribui as agressões a pessoas próximas dos jovens, pais e/ou familiares^{16, 17, 2, 11, 10, 18}.

No grupo dos maus tratos predominou a figura materna como principal agressora^{19, 15}; na violência doméstica, a figura masculina - pai ou padrasto – surgiu com

maior frequência^{14, 20, 5}; poucas agressões foram atribuídas a pessoas conhecidas sem vínculo familiar, nos dois grupos.

As agressões por pai, mãe ou outros familiares nos casos de maus tratos diminuíram, significativamente, entre 15 a 17 anos, no sexo masculino. Tomando-se a idade como referencial houve pouca alteração em relação às agressões ocorridas no ambiente doméstico. Pode-se supor que a diminuição dos maus tratos ocorra pela maior capacidade de defesa dos jovens, que passariam a protagonizar episódios de violência doméstica, se considerada a hipótese de que as vítimas de violência a reproduzam na resolução de conflitos^{16, 17}. Segundo Dossi et al.¹⁴, nas agressões entre diversos membros da família, o irmão foi o agente mais citado. Por outro lado, chama atenção o envolvimento de adolescentes masculinos entre 15 e 17 anos em acontecimentos violentos fora do ambiente familiar, possivelmente devido à maior interação com a comunidade/sociedade. Para Phebo e Moura¹, o fato de ser homem e jovem constitui fator de risco para a violência.

A presença feminina nos casos de maus tratos e sua predominância nos de violência doméstica repete as características da vítima no âmbito familiar descritas por Dossi et al.¹⁴ e de acordo com os trabalhos que afirmam não haver diferença significativa de gênero entre vítimas de abuso físico no ambiente doméstico^{21, 2, 15}.

Independentemente do fato que originou o registro policial, o sexo masculino sobressaiu em todas as idades, com alto índice de registros sem informação sobre o agressor (33,35%); as agressões por familiares (11,16%) superaram as perpetradas por conhecidos (7,42%).

A avaliação dos fatores de riscos para maus tratos e agressões ficou prejudicada; 78,94% dos laudos não continham informações relevantes acerca dos fatos alegados.

Em apenas 0,5% dos casos o uso do álcool foi determinante da agressão, junto à deficiência física e/ou mental da vítima ou do agressor^{16,22}. O resultado do estudo ficou longe dos 20 a 25% de agressores alcoolizados no momento da agressão, segundo Dossi et al.¹⁴. Pascolat et al.¹⁵ relatam que 7,6% dos agressores eram usuários de entorpecentes e 25,8% de álcool. Nos casos das vítimas grávidas (0,63% da amostra) não foi possível determinar se a gravidez levou à agressão.

Não foi pesquisado o nível sócio-econômico das vítimas por não haverem dados pertinentes nos laudos periciais e nem nos memorandos encaminhamento ao IML. O estado civil dos responsáveis pelos menores também não foi pesquisado.

O sexo masculino predominou entre os jovens em situação especial; possivelmente pela maior exposição do gênero às situações de conflito extra-familiar¹.

O índice de analfabetismo (5,83%) coincidiu com as taxas da região Sudeste do País (5,8%), pouco acima do registrado nas populações (4,4%) na mesma região, em 2007. A média nacional de analfabetos foi de 10,0%²³. 22,45% dos laudos não informavam o grau de instrução.

O predomínio de brancos e pardos (80,4%) na amostra contraria dados sobre a população norte-americana¹⁵ segundo os quais crianças de cor preta eram relatadas como vítimas “numa frequência desproporcionalmente maior” que as brancas.

A procura por atendimento médico-hospitalar foi maior nas lesões leves que nas graves. O total de lesões graves da amostra (4,63%) foi inferior ao encontrado por Garbin et al.²⁴, em trabalho sobre violência doméstica.

Estudos de Schraiber et al.²⁵ e Bruschi et al.²⁶ destacam a baixa procura por serviços médicos (15,6% e 5,3%, respectivamente). Dossi et al.¹⁴ supõem que as lesões não representassem problema grave para as vítimas, ou o setor de saúde não fosse

considerado competente para lidar com a violência. Embora os índices de atendimento médico da amostra tenham sido superiores aos dos trabalhos referidos (42,29%), a procura inicial pela polícia foi significativa. Não houve correlação entre atendimentos, faixa etária e gênero. Pode-se supor que o grande número de atendimentos médicos em presença de lesões leves se deva à menoridade das vítimas, em desacordo com estudo de Garbin et al.²⁴ que afirmam ser a dependência dos menores aos responsáveis a justificativa da prevalência de atendimento hospitalar a vítimas em idade adulta.

O maior número de registros policiais foi feito na zona Norte da cidade (42,55%) e pelas delegacias especializadas (DEAMs e DPCA) - 28,41%. Os registros da zona Oeste (11,60%) representaram parcialmente a região; existe em Campo Grande um PRPTC que realiza a maioria dos exames locais (33^a, 34^a, 35^a e 36^a DPs). As zonas Sul e Centro registraram 7,86% e 3,99% dos casos, respectivamente. A média dos percentuais de crimes contra a pessoa registrados pelo Instituto de Segurança Pública nas diferentes regiões da cidade, em 2006, é semelhante aos achados da pesquisa: zona Norte - 47,9%; zona Oeste - 28,5%; zona Sul - 12,49%; Centro - 11,14%^{27,28,29,30,31,32,33,34,35,36}. 2,47% dos laudos foram realizados por determinação judicial, principalmente da Varas da Infância e Juventude.

O desconhecimento sobre a situação sócio-econômico-cultural dos periciados, não permitiu afirmar se o número de ocorrências nas zonas Sul e Centro, bem menor que nas zonas Norte e Oeste, se deveu a diferenças entre seus habitantes. A grande densidade demográfica da zona Norte pode ser responsável pelo alto índice de registros na região.

A implantação do sistema Delegacia Legal pelo Governo Estado do Rio de Janeiro em 1999, informatizando as DPs, foi determinante na obtenção de dados sobre a evolução dos procedimentos policiais.

A taxa de procedimentos enviados à Justiça, após cinco anos, descortina um cenário menos pessimista que o relatado por Gomes, 1998, sobre a dificuldade em recuperar dados sobre casos de violência envolvendo menores⁹. O problema não se restringe ao Brasil; mesmo nos países onde a justiça criminal e os serviços forenses funcionam eficientemente, apenas um pequeno número de casos de maus tratos chega a julgamento, incluindo-se os de abuso sexual⁵. A inexistência, até o momento, de conexão informatizada entre os sistemas da Polícia Judiciária e os órgãos de Justiça impediu conhecer a evolução dos casos.

A carência de informações de grande parte dos laudos compromete a prova técnica, tornando-a inócua e contribui para que as denúncias não se transformem em processo criminal⁷. Informações obtidas a partir de laudos periciais, por privilegiadas, podem ser relevantes no conhecimento do panorama da violência envolvendo menores em nosso meio e na formulação de políticas públicas de enfrentamento e prevenção dessa violência.

A deficiência de informação dos laudos revistos coincide com estudos sobre abuso sexual de menores^{37, 38} e violência doméstica¹⁴, remetendo à questão da atuação e formação dos profissionais de diversas áreas de conhecimento envolvidos no atendimento desses menores. Faltam normas técnicas nacionais e rotinas estabelecidas para orientação dos profissionais, o que concorre para a dificuldade em diagnosticar, registrar e notificar os casos, além da falta de intercâmbio entre os diversos setores envolvidos: policial, pericial, judiciário, conselhos tutelares e outros¹⁹.

Segundo Pires e Miyazaki¹⁰, a suspeita ou confirmação de abusos e maus tratos constitui desafio para os profissionais de saúde, pela falta de informações técnicas e científicas. Poucos têm a questão da violência abordada nos cursos de graduação, sendo necessário incluir o tema nos currículos e promover a capacitação dos graduados¹⁰.

CONCLUSÃO

As limitações do estudo decorrem de sua natureza empírica e do tipo de amostra.

A precariedade de informações sobre fatores de risco e relação vítima-agressor associados à impossibilidade de conhecer as condições sócio-econômicas das vítimas, impediram melhor conhecer o contexto da violência envolvendo menores.

A criação do banco de dados foi primordial à análise dos laudos compilados na pesquisa.

A melhora na obtenção de informação, certamente devida à possibilidade de consulta ao sistema informatizado DTI/PCERJ, permitiu detalhes dos registros policiais, preenchendo lacunas deixadas nos laudos periciais e memorandos de encaminhamento.

A aplicação desses recursos possibilitou ampliar a pesquisa, no sentido de traçar um quadro mais detalhado das lides médico-legais e seus desdobramentos, notáveis sob os aspectos jurídico, social e de saúde pública para o planejamento, criação e execução de políticas voltadas a crianças e adolescentes.

Há necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais das diversas áreas de conhecimento que lidam com menores vítimas de violência, mormente os de saúde, educação, justiça, segurança e serviço social. A inclusão do tema nos currículos de graduação desses profissionais seria muito importante.

Não foram encontrados outros trabalhos utilizando as mesmas fontes de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Phebo, L.; de Moura, ATMS. Violência urbana: um desafio para o Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro), 2005; 81 (5 Supl):S189-S196;
2. Millán, S; García, E; Hurtado, JA et al. Victimología I. Cuad Medicina Forense, 12(43-44), Enero-Abril, 2006: 7-19;
3. Bazon, MR. Violência contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro; 24(2):323-332, fev, 2008;
4. Minayo, MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant 2001; 191-102;
5. Ferreira, AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro), 2005; (5 Supl):S173-S180;
6. Houaiss, A. Dicionário Eletrônico Houaiss da língua portuguesa; edição especial – março 2002; Editora Objetiva Ltda.;
7. Aded, NLO. Maus tratos contra crianças e adolescentes: o abuso sexual um século depois. O que pode ser afirmado? Levantamento de casos examinados no Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto – cidade do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado], 2005. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro;
8. Aded, NLO; Oliveira, SF. Síndrome da Criança Espancada. In: H. Hercules, organizador. Medicina Legal – Hélio Gomes, 32^a ed. revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Ed. Freitas Bastos, 1997:725-742;

9. Aded, NLO; Dalcin, BLGS; Moraes, TM; Cavalcanti, MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2006, 33 (4); 204-213;
10. Pires, ALD; Miyazaki, MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq. Ciênc Saúde*, 2005 jan-mar; 12(1):42-9;
11. Martrille, L.; Cattaneo, C.; Dorandeu, A.; Baccino, E. A multicentre and prospective study of suspected cases of child physical abuse. *International Journal of Legal Medicine*, 2006; 120:73-78;
12. Lee, SJ; Guterman, NB; Lee, Y. Risk factors for paternal physical child abuse. *Child Abuse & Neglect* 32, 2008: 846-858;
13. Evans, SE; Davies, C; DiLillo, D. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior* 13, 2008: 131-140;
14. Dossi, AP; Saliba, O; Garbin, CAS; Garbin, AJI. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(8):1939-1952, ago. 2008;
15. Pascolat, G; Santos, CFL; Campos, ECR; Valdez, LCO; Busato, D; Marinho, DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)* 2001; 77(1): 35-40;
16. Glaser, D. Child maltreatment. *Psychiatry*, 2008; 7(7): 295-298;
<http://www.sciencedirect.com>; acesso em abril de 2009;

17. Kenney, JP. Domestic violence: A complex health care issue for dentistry today. *Forensic Science International* 159S (2006): S121-S125;
18. Anooshian, LJ. Violence and aggression in the lives of homeless children: A review. *Aggression and Violent Behavior* 10 (2005):129–152;
19. Barbosa, PZ; Pegoraro, RF. Violência Doméstica e Psicologia Hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. *Saúde Soc. São Paulo*, v.17, n.3, p.77-89, 2008;
20. Guterman, NB; Lee, Y. The Role of Fathers in Risk for Physical Child Abuse and Neglect: Possible Pathways and Unanswered Question Child Maltreatment, May 2005; 10(2): 136-149; <http://cmx.sagepub.com> at CAPES on November 23, 2008;
21. Meade, CS; Kershaw, TS; Hansen, NB; Sikkema, KJ. Long-Term Correlates of Childhood Abuse among Adults with Severe Mental Illness: Adult Victimization, Substance Abuse and HIV Sexual Risk Behavior. *AIDS and Behavior*, out. 2007; DOI 10.1007/s10461-007-9326-4; <http://www.springer.com/public+health/journal/10461>, acessado em 15 de novembro de 2008;
22. Dubowitz, H; Bennet, S. Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*, 2007; 369(9576): 1891-1899;
23. Situação da Infância e da Adolescência Brasileira. O Direito de Aprender. Potencializar avanços e reduzir desigualdades. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Brasília, 2009; p. 11-15;

24. Garbin, CAS, Garbin, AJI; Dossi, AP; Dossi, MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, dez. 2006; 22(12): 2567-2573;
25. Schraiber, LB; d'Oliveira, AFPL; Couto, MT; Figueredo, WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 2005;
26. Bruschi, A; Paula, CS; Bordin, IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Revista de Saúde Pública*, 2006; 40: 256-64;
27. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 30 – fevereiro 2006 (mês base: janeiro 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload. Bol.pdf (em 03/06/2009);
28. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 31 – abril 2006 (mês base: fevereiro e março 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload. Bol.pdf (em 03/06/2009);
29. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 32 – maio 2006 (mês base: abril 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload. Bol.pdf (em 03/06/2009);
30. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de

- Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 33 – julho 2006 (mês base: maio 06)
http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bo1.pdf (em 03/06/2009);
31. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 34 – agosto 2006 (mês base: junho 06)
http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bo1.pdf (em 03/06/2009);
32. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 35 – setembro 2006 (mês base: julho 06)
http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bo1.pdf (em 03/06/2009);
33. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 36 – novembro 2006 (mês base: agosto e setembro 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bo1.pdf (em 03/06/2009);
34. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 37 – dezembro 2006 (mês base: outubro 06)
http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bo1.pdf (em 03/06/2009);
35. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 38 – janeiro 2007 (mês base: novembro 06)
http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload.Bo1.pdf (em 03/06/2009);

36. NUPESP, Instituto de Segurança Pública, SESP, Governo Estado do Rio de Janeiro. Boletim mensal de monitoramento e análise. Dados oficiais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ano 4 – no. 39 – fevereiro 2007 (mês base: dezembro 06) http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Upload. Bol.pdf (em 03/06/2009);
37. de Oliveira Aded, NL; Oliveira, SF; Dalcin, BLGS et al. Children and adolescents victimized by sexual abuse in the city of Rio de Janeiro: An appraisal of cases. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2007; 14: 216-220;
38. Aded, NLO; Dalcin, BLGS; Cavalcanti, MT. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ago. 2007; 23(8): 1971-1975.

Gráfico nº. 1 - Distribuição dos exames de LC por gênero.

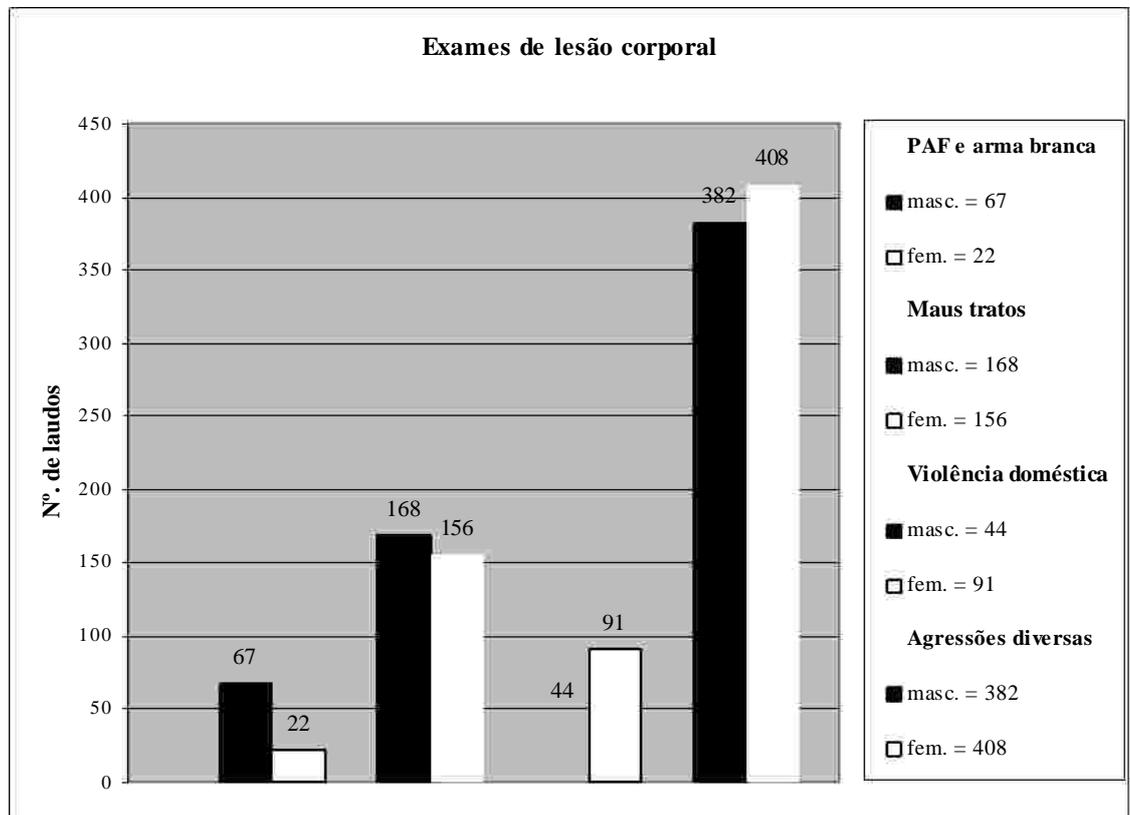


Gráfico n.º 2 - Distribuição por gênero dos menores em situação especial.

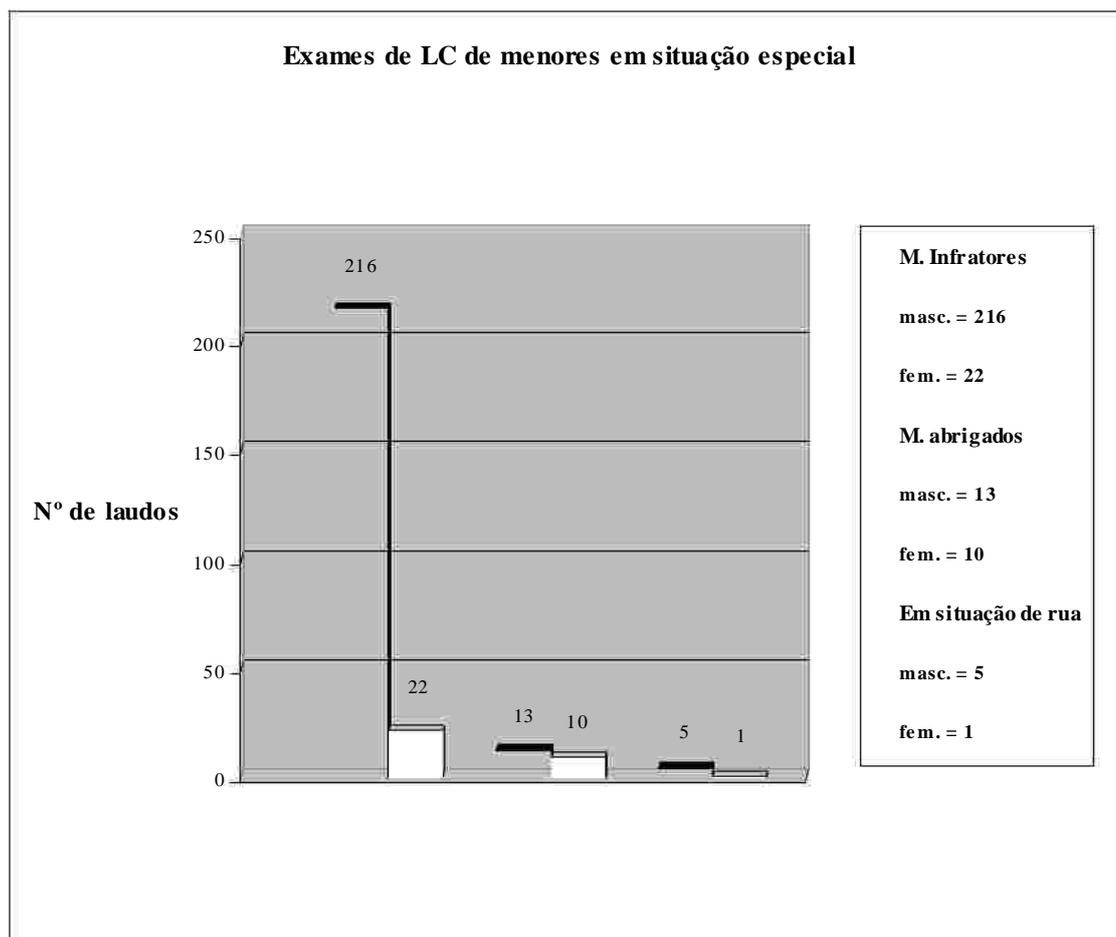


Gráfico n°. 3 - Exames de LC por idade e gênero.

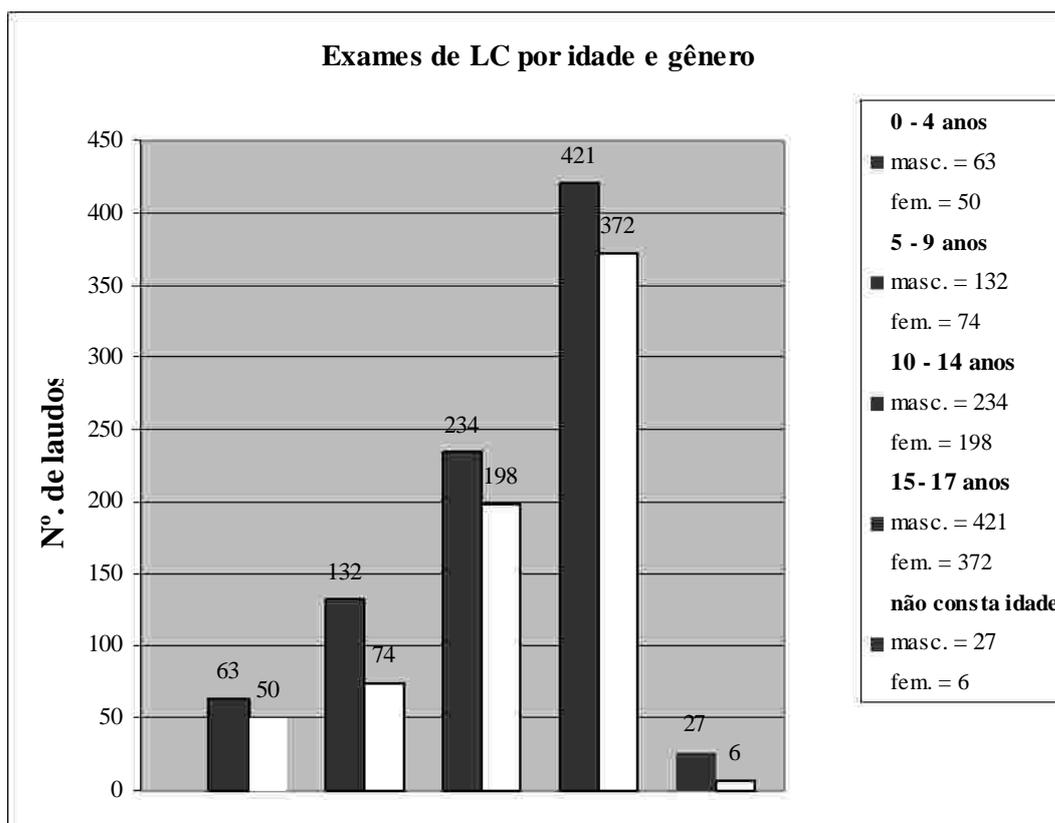


Tabela nº. 1 - Relação vítima-agressor nos casos de maus tratos.

		Relação vítima-agressor									
Idade	Gênero	não consta	familiar	conhecido	desconhecido	agentes públicos / segurança	outro(s) menor(es)	namorado / companheiro (a)	ex-namorado/ ex-companheiro (a)	familiar e não familiar	Total
não consta	masc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	fem.	0	01	0	0	0	0	0	0	0	01
0 - 4	masc.	14	29	06	0	0	0	0	0	0	49
	fem.	14	29	02	0	0	0	0	0	0	45
5 - 9	masc.	11	56	03	0	0	0	0	0	0	70
	fem.	08	38	0	0	0	01	0	0	0	47
10 - 14	masc.	04	32	0	0	0	0	0	0	0	36
	fem.	06	29	0	0	0	0	0	01	0	36
15 - 17	masc.	08	05	0	0	0	0	0	0	0	13
	fem.	01	23	0	0	0	0	02	01	0	27
Total		66	242	11	0	0	01	02	02	0	324

Tabela nº. 2 - Relação vítima-agressor nos casos de violência doméstica.

Idade	Gênero	Relação vítima-agressor								Total
		não consta	familiar	conhecido	desconhecido	agentes públicos / segurança	outro(s) menor(es)	namorado / companheiro (a)	ex-namorado/ ex-companheiro (a)	
não consta	masc.	01	0	0	0	0	0	0	0	01
	fem.	0	01	0	0	0	0	0	0	01
0 - 4	masc.	02	03	0	0	0	0	0	0	05
	fem.	01	06	01	0	0	0	0	0	08
5 - 9	masc.	0	10	01	0	0	0	0	0	11
	fem.	01	09	0	0	0	0	0	0	10
10 - 14	masc.	01	12	01	0	0	0	0	0	14
	fem.	01	22	05	0	0	0	02	0	30
15 - 17	masc.	01	11	01	0	0	0	0	0	13
	fem.	01	33	0	0	0	0	04	04	42
Total		09	107	09	0	0	0	06	04	135

Tabela nº. 3 - Exames de LC distribuídos por gênero e idade conforme a origem.

Origem	Gênero	Idade					Total
		Não consta	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 17 anos	
Centro	masculino		5	4	12	17	38
	feminino		1	4	5	15	25
	Total		6	8	17	32	63
Zona sul	masculino		1	12	19	35	67
	feminino		5	5	21	26	57
	Total		6	17	40	61	124
Zona norte	masculino	1	23	55	116	201	396
	feminino	3	19	25	78	150	275
	Total	4	42	80	194	351	671
Zona oeste	masculino	1	9	18	29	68	125
	feminino	1	9	5	16	27	58
	Total	2	18	23	45	95	183
Del. especializadas	masculino	1	23	40	50	57	171
	feminino	2	15	35	77	148	277
	Total	3	38	75	127	205	448
Órgãos justiça	masculino	16	1	1	4	13	35
	feminino	0	1	0	1	2	4
	Total	16	2	1	5	15	39
Conselho tutelar	masculino		1				1
	feminino		0				0
	Total		1				1
Outro município	masculino					1	1
	feminino					0	0
	Total					1	1
Baixada fluminense	masculino			2	3	2	7
	feminino			0	0	2	2
	Total			2	3	4	9
SSP/PCERJ	masculino				1	0	1
	feminino				0	1	1
	Total				1	1	2
DEGASE	masculino	8				27	35
	feminino	0				1	1
	Total	8				28	36

ANEXO VI

Os laudos aqui a apresentados não fazem parte da amostra analisada, servindo apenas como ilustração. Foram suprimidos os dados que porventura pudessem servir para identificá-los.

VI.1. Laudo de exame cadavérico (suposto abuso físico).

 ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO GERAL DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL AFRÂNIO PEIXOTO

Auto de exame cadavérico

n.º: [REDACTED]
LAUDO: [REDACTED]

Diretor do IAP: [REDACTED]
1.º Perito-legista [REDACTED]
2.º Perito-legista [REDACTED]

Autoridade requisitante: 32ª DP
Requisição n.º 259 de 27 de 09 de 19 99

Aos 27 dias do mês de 09 do ano de mil novecentos e 99, pelo Diretor foram designados os peritos acima para proceder a exame no cadáver de [REDACTED]

[REDACTED]

a fim de ser atendida a requisição supra, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrarem, descobrirem e observarem, e, bem assim, para responder aos seguintes quesitos:

PRIMEIRO: Se houve morte;
SEGUNDO: Qual a causa da morte;
TERCEIRO: Qual o instrumento ou meio que produziu a morte;
QUARTO: Se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel (resposta especificada);

7535-632-0001

Em consequência, passaram os peritos a fazer o exame ordenado e investigações que julgaram necessários, findo os quais declararam: Deu entrada neste Instituto, acompanhado da Guia 239/32^a DP, um cadáver no qual consta: [REDACTED], 4 anos, escolarcer, removido: Hospital Geral Jacarepagua."

INSPEÇÃO EXTERNA: Cadáver de uma criança de cor parda, em rigidez muscular geral; apresenta livores violáceos nas regiões posteriores do corpo; compleição física franzina, aparenta regular estado de nutrição e 3 anos de idade; o exame dos diversos segmentos do corpo revela: couro cabeludo dando implantação a cabelos ondulados, castanhos claros e curtos que exhibe na região pilosa da região frontal medianamente junto ao limite da porção glabra equimose violácea atípica e outra logo lateralmente a esquerda representadas nos esquemas; a face exhibe olhos com conjuncas transparentes, íris castanhas, esclerótica e conjuntiva a esquerda brancas, conjuntiva a direita branca e esclerótica com área de infiltração hemorrágica; os orifícios naturais da face nada surde; dentes em bom estado de conservação; a região malar direita tem placa de escoriação pardo avermelhada; o terço médio da região masseterina esquerda tem placa de escoriação pardo avermelhada atípica; o terço inferior da região masseterina direita mostra equimose avermelhada de forma arredondada; a mucosa labial e os lábios mostra erosão; o pescoço não permite movimentos anormais e exhibe nas regiões carotídeas escoriações lineares paralelas entre si recobertas por crostas acastanhadas e tingidas por substância medicamentosa avermelhada a da direita onde há de per-
meio uma escoriação de aspecto semi lunar; no terço superior lateral a esquerda tem duas escoriações pardo avermelhadas de aspecto semi lunar; o torax é simétrico e exhibe no terço inferior da região externa esquerda equimose avermelhada atípica; o terço inferior do hemi torax esquerdo tem duas outras equimoses azuladas; o abdome está distendido e exhibe no hipocondrio direito escoriações atípicas de aspecto apertugado; o flanco esquerdo mostra duas equimoses atípicas avermelhadas; a região hipogástrica e fossa iliaca direita tem tumefação azulada; a genitalia externa exhibe equimose violácea na vulva, afastados os membros inferiores pequenos e grandes lábios, clitoris, meato urinário e fúrcula vaginal não mostram lesões; o hímen é de cor rosada carnoso com ostéio central sem lesões ou roturas apresentando dois entalhes as 3horas e 9horas tendo como base o mostrador de relógio; o perineo está íntegro; a mucosa anal tem pequena laceração nos quadrantes superior e inferior direitos observando-se áreas de equimoses que foram retiradas e enviadas ao laboratório de Patologia para pesquisa de reação vital; o dorso mostra na região supra escapular direita e terço superior da região espondilária tres equimoses azuladas atípicas; o terço médio da região espondilária tem tumefação azulada em meio a escoriações recobertas por crostas acastanhadas atípicas; no limite dos quadrantes superiores da região glútea esquerda observa-se marca de escoriação brancacenta o mesmo se observando no dorso do pé direito e face posterior do terço inferior da perna direita; o membro superior direito mostra sete equimoses violáceas atípicas na face posterior do antebraço e cotovelo; a região deltoidiana tem escoriação pardo avermelhada atípica; o dorso da mão direita exhibe uma cicatriz brancacenta de forma indeterminada tendo no centro tecido íntegro de forma circular e esta em fase de cicatrização na metade superior; o membro superior esquerdo tem tres equimoses violáceas na face posterior do terço inferior do antebraço, tumefação violácea no dorso da mão e na região deltoidiana equimose azulada atípica em meio a pequena escoriação recoberta por crosta acastanhada;

Em consequência, passaram os peritos a fazer o exame ordenado e investigações que julgaram necessários, findo os quais declararam: ... pequena escoriação recoberta por crosta acastanhada; o membro inferior direito tem na face anterior do terço superior da coxa, joelho e terço superior da face anterior da perna equimoses atípicas avermelhadas; a face lateral do dorso do pé tem tumefação azulada; face posterior do terço médio da perna mostra equimose violácea atípica; o joelho esquerdo e a face anterior dos terços médio e inferior da perna mostram equimoses violáceas atípicas; e placa de escoriação pardo avermelhada atípica no joelho; CAVIDADE CRANIANA: Feita a incisão bimastoidea e rebatido o couro cabeludo observa-se áreas de infiltração hemorrágica na face profunda dos retalhos a direita; os músculos temporais não estão infiltrados por sangue; abobada craniana esta íntegra; retirada a calota craniana e inclisada a duramater observa-se grande quantidade de sangue parcialmente coagulado no espaço subdural; o ecefalo mostra intenso edema caracteriz do pelo achatamento das circunvoluções e apagamento dos sulcos cerebrais; aos cortes os ventrículos laterais deixam fluir liquor rosado; a base do cranio esta íntegra CAVIDADE TORÁXICO ABDOMINAL: Feita a incisão mento pubiana e rebatido os retalhos músculos cutâneos do pescoço, torax e abdome não se observa infiltração hemorrágica na musculatura cervical anterior e no retro faringe após luxação da lingua; esofago parcialmente preenchido por secreção espessa de cor creme; traqueia com luz pervia; columna cervical e demais estruturas da região sem lesões; arca bouco tor cico íntegro; retirado o plestrão condro external observa-se infiltração hemorrágica nos tecidos moles junto ao osso esterno inferiormente; na sua face interna; a cavidade pleural direi a contém um pouco de sangue parcialmente coagulado; pulmão direito mostra áreas de contusão no lobo inferior; a cavidade pleural esquerda contém liquido rosado; lobo inferior do pulmão esquerdo tem area de contusão; o sacco pericardico mostra infiltração hemorrágica na face anterior; o coração mostra area de contusão no atrio direito; vasos da base quando seccionados bem como as carotidas deixam fluir sangue coagulado; diafragma mostra infiltração hemorrágica na face superior a cavidade peritonial contém grande quantidade de sangue congesto DÍGDO parcialmente coagulado; figado, baco e pancreas íntegros e palidoz; estomago com escassa quantidade de secreção de cor creme semelhante ao e contrado no esofago; alc s intestinais mostram serosa e mesenterio infiltrados por sangue observando-se necrose de uma alça do intestino delgado tendo de perimio ípiboco necrosado e com material fibrino purulento; os tecidos moles do retro peritonio estão infiltrados por sangue principalmente a direita bem como os tecidos moles do abdome; a supra renal direita mostra aos cortes hemorragia da medular; o rim direito mostra capsula espessa que quando retirada exige material fibrino purulento e com area de hemorragia em fase de absorção; o rim direito esta palido e amolecido; o rim esquerdo tem facil reti ada da capsula e esta palido; supra renal esquerda sem lesões; demais viscer s abdominais não mostram lesões e estão palidoz; corpo deu, entrada na sala de necropsia trajano bermuda de brim azul e bustier de slichie azul com flores lilases; EM TEMPO: Observa-se pequena escoriação recoberta por crosta acastanhada alggosabaximo do lobulo da orelha direita onde há um brinco de metal amarelo apenso. RESPOSTAS AOS QUÊSTIOS: ao 1º) Sim, ao 2º) Traumatismo do cranio, torax e abdome com hemorragia subdural, pulmonar, cardiaca, alças intestinais e supra renal direita, ao 3º) Ação contundente, ao 4º) Sem elementos para responder por desconhecer a dinâmica do evento. - 5 - O RELATOR: [REDACTED]

19) [REDACTED]

VI.2. Laudo de corpo de delito (conjunção carnal).

 ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
CHEFIA DE POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO MÉDICO LEGAL AFRÂNIO PEIXOTO

VISTO

Laudo N.º [REDACTED]

12.0. [REDACTED]

DIRETOR

Auto de exame de corpo de delito (conjunção carnal)

Diretor do IMLAP:— [REDACTED]
1º Perito Médico Legista [REDACTED]
2º Perito Médico Legista [REDACTED]

Autoridade requisitante:— 12ª DP

Requisição n.º [REDACTED], de 19 de 11 de 2000

Aos 19 dias do mês de 11 do ano de mil novecentos e 2000, pelo Diretor foram designados os peritos acima para proceder a exame de conjunção carnal em [REDACTED]

a fim de ser atendida a requisição supra, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrarem, descobrirem e observarem, e, bem assim, para responder aos seguintes quesitos:

PRIMEIRO — Se a paciente é virgem;
SEGUNDO — Se há vestígios de desvirginamento recente;
TERCEIRO — Se há outros vestígios de conjunção carnal recente;
QUARTO — Se há vestígio de violência e, no caso afirmativo, qual o meio empregado;
QUINTO — Se da violência resultou para a vítima incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente ou perda, inutilização de membro, sentido ou função, ou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente, aceleração de parto, ou aborto (**resposta especificada**);
SEXTO — Se a vítima é alienada ou débil mental;
SÉTIMO — Se houve outra causa; diversa de idade não maior de quatorze anos, alienação ou debilidade mental, que a impossibilitasse de oferecer resistência.

Memo

19/11/00

Em consequência, passaram os peritos a fazer o exame ordenado e investigações que julgaram necessárias, findo os quais declaram:

18
avos, manca, idt: polepa direita ao avos.
alagando se sido vítima de violência
sexual com conjunção carnal e introdução
de caso de vasore e caneta no avos
e vagina, e foi apreendida com cabo de
vasore e soco no dia 19/11/00 à 01:30h
e não foi medicada em hospital, pelo
douto honros. O exame direto apura:
múltiplas mandeas hipocôsmicas arredon-
dadas, na região frática à esquerda
e à direita, medindo - maior 08 mm de
diâmetro, em porção ginecológica apura-se
gestação externa de conformação habitual
pelo castanho encarnado, grandes
lábios, pequenos lábios, distóis, útero metral
e forte navicular de conformação habitual
sem lesões violentas, hímen reduzida a
ranículas uniformes, meios vaginal avos
de um lesão violenta, região perineal e
região anal sem lesões violentas, avos
com pregueamento habitual, esfíncter
anal preservado, a região deltoideana
esquerda mostra uma tumefacção sob
aproximação voláica irregular, medido de 0,5
mm; sem outros lesões em estípio e apúcia.
Collected secções do fundo de saco vaginal
em 2 lâminas para pesquisa de espectro
porzoides e profetae ainda prostritas. O
exame de pesquisa de espermatozoides de como
Resultado: Negativo para a pesquisa de espermato-
zoides. Reportes no quesito: 1) Nat; 2) Nat
do 3; 4) Nat; 5) Nat; 6) Negativo; 7) Nat

1/

2/