



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA



**SANDRA LUZIA BARBOSA DE SOUZA**

---

**A IMPORTÂNCIA DA ENTREVISTA MÉDICO-  
LEGAL NA IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA  
SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES**

---

RECIFE  
2009

SANDRA LUZIA BARBOSA DE SOUZA

A IMPORTÂNCIA DA ENTREVISTA MÉDICO-LEGAL NA  
IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública, do Departamento de Saúde Coletiva, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em saúde pública.

Orientadora:

Prof<sup>a</sup>. Ms. Maria Carmelita Maia e Silva

RECIFE  
2009

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

S729i Souza, Sandra Luzia Barbosa de.  
A importância da entrevista médico-legal na identificação da  
violência sexual contra crianças e adolescentes/ Sandra Luzia  
Barbosa de Souza. — Recife: S. L. B. de Souza, 2009.  
62 f.: il

Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Departamento  
de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação  
Oswaldo Cruz.

Orientadora: Maria Carmelita Maia e Silva.

1. Prova Pericial – métodos. 2. Violência Sexual. 3. Maus-Tratos  
Sexuais Infantis. 4. Adolescente. 5. Criança. 6. Entrevistas como  
Assunto. I. Silva, Maria Carmelita Maia e. II. Título.

CDU 343.62

---

SANDRA LUZIA BARBOSA DE SOUZA

A IMPORTÂNCIA DA ENTREVISTA MÉDICO-LEGAL NA  
IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública, do Departamento de Saúde Coletiva, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em saúde pública.

Aprovado em: 23/04/2009.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Maria Carmelita Maia e Silva  
(PCR/DIEVS/COPAV)

---

Ms. Lúcia de Fátima Santos de Souza  
(PCR/DIEVS/COPAV)

## AGRADECIMENTOS

---

Ao meu marido, Júnior, e às minhas filhas, Polyana e Camila, agradeço o carinho com que me ajudam a caminhar e me ensinam a ser melhor como pessoa, esposa e mãe...

Sem a compreensão e o amor deles, provavelmente eu não teria chegado até aqui,  
A eles, o meu amor incondicional e a alegria de mais uma tarefa cumprida!

Aos meus pais, pelo carinho a mim dedicado.

Aos meus colegas do Curso de Especialização e Residência...

Pela convivência e pelas discussões...

Sempre embaladas pelo sabor do café, que ficou tão conhecido!

À minha orientadora, Maria Carmelita Maia e Silva, pela confiança no desenvolvimento deste trabalho, pelas correções e observações sempre atentas e pela oportunidade de experiência profissional e de vida que me possibilitou de forma tão espontânea, uma marca de sua pessoa!

A Lúcia Souza, Alessandra Araújo, George Diniz, Mégine Carla, Márcia Saturnino, Rafael Moreira, Jucelino, Inês, Ludimila... que de alguma forma contribuíram com este trabalho, dedicando parte de seu tempo a me ajudar.

À equipe da COPAV-PCR, que me recebeu e acolheu tão bem, durante o período de estágio e de desenvolvimento do projeto, ajudando-me e contribuindo para o meu crescimento.

Carmelita, Alessandra, Lúcia, Nancy, Barbara, Melina...

Aos funcionários do IMLAPC pela acolhida dada ao Projeto, através de seus gestores, e pela possibilidade de realização do mesmo.

Aos médicos entrevistados...

A todos, meus agradecimentos!

Sandra Souza.

“Grande é a poesia, a bondade e as danças...  
Mas o melhor do mundo são as crianças”.

Fernando Pessoa

## RESUMO

---

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um problema que adquiriu magnitude social devido às conseqüências que produz em forma de danos imediatos e futuros à saúde de suas vítimas. Por este motivo, seu enfrentamento requer proposições não apenas no campo da defesa social, mas também nos campos da assistência social e da saúde. Identificá-la para intervir torna-se uma necessidade devido aos danos físicos, emocionais cognitivos e sociais por ela produzidos. Seu diagnóstico revela-se, porém, como uma tarefa difícil, pois nem sempre os seus sinais físicos são evidentes. Ressalta-se então a entrevista médico-legal, na identificação da violência sexual perpetrada contra crianças e adolescentes, por se constituir como recurso através do qual a história pessoal da vítima e as manifestações exteriores de desconforto psicológico podem ganhar significado na totalidade do exame pericial, auxiliando na elucidação de casos nos quais não se evidenciem achados físicos. O presente estudo exploratório, descritivo, discute a importância da entrevista médico-legal como instrumento complementar ao exame físico pericial, através da aplicação de um questionário a 22 médicos legistas do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha (IMLAPC/Recife), no qual são abordados elementos clínicos e legais do exame sexológico de crianças e adolescentes. Os resultados revelaram a inexistência de protocolo para condução de entrevista médico-legal com crianças e adolescentes, especificamente no que se refere ao diagnóstico da violência sexual. Os poucos estudos encontrados na literatura de língua portuguesa sobre o tema reafirmam a necessidade de investigar caminhos para melhor instrumentalizar os profissionais que lidam com este problema, sendo necessária a constituição de equipes interdisciplinares no atendimento das vítimas e seus familiares, e de programas de intervenção precoce.

Palavras-chave: Prova Pericial – métodos. Violência Sexual. Maus-Tratos Sexuais Infantis. Adolescente. Criança. Entrevistas como Assunto.

## LISTA DE TABELAS

---

- Tabela 1: Caracterização do grupo estudado por sexo e tempo de experiência dos profissionais como peritos legistas no IMLAPC. Recife, 2008. .... 34
- Tabela 2: Distribuição de frequência da realização de entrevista com a criança, o adolescente e o acompanhante dos mesmos, com indicação do uso de roteiro específico para a abordagem dos casos de violência sexual pelos peritos do IMLAPC. Recife, 2008. .... 39
- Tabela 3: Aspectos avaliados pelos peritos legistas do IMLAPC, durante a entrevista com a vítima (criança): distribuição de frequência absoluta e percentual. Recife, 2008. .... 40
- Tabela 4: Distribuição de frequência (absoluta e percentual) das informações fornecidas pelo acompanhante/responsável, de acordo com a valorização atribuída pelo perito entrevistado. IMLAPC/Recife, 2008. .... 41
- Tabela 5: Valorização das informações colhidas durante a entrevista médico-legal segundo o registro das mesmas e a seção em que são anotadas, comparadas às respostas dos peritos sobre a utilização dessas informações na conclusão do laudo. IMLAPC/Recife, 2008. .... 42
- Tabela 6: Distribuição de frequência (absoluta e percentual) dos elementos utilizados pelos médicos legistas para verificação da ocorrência de violência sexual contra crianças e adolescentes. IMLAPC/Recife, 2008 (n=22). .... 43
- Tabela 7: Considerações dos médicos legistas sobre a conclusão do laudo pericial no diagnóstico de violência sexual contra crianças e adolescentes, de acordo com as perguntas realizadas. IMLAPC/Recife, 2008. .... 43
- Tabela 8: Distribuição de frequência (absoluta e percentual) das sugestões feitas pelos peritos quanto aos elementos que contribuiriam para a entrevista médico-legal no diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes. IMLAPC/Recife, 2008. .... 45



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

---

APEMOL	Associação Pernambucana de Medicina e Odontologia Legal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IML	Instituto de Medicina Legal
IMLAPC	Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha
NAVV-IMLAPC	Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violências atendidas no Instituto de Medicina Legal Prof. Antônio Persivo Cunha
OMS	Organização Mundial de Saúde
POP	Procedimentos Operacionais Padrões
RMR	Região Metropolitana do Recife
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático

## SUMÁRIO

---

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	13
<b>2.1</b>	<b>Abuso e violência sexual contra crianças e adolescentes: categorias conceituais e legislação brasileira</b>	13
<b>2.2</b>	<b>Diagnóstico e prevalência da violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas considerações</b>	18
<b>2.3</b>	<b>A entrevista legal como instrumento de identificação da violência sexual contra crianças e adolescentes</b>	21
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	31
<b>3.1</b>	<b>Geral</b>	31
<b>3.2</b>	<b>Específicos</b>	31
<b>4</b>	<b>CASUÍSTICA E MÉTODO</b>	32
<b>4.1</b>	<b>Local do estudo</b>	32
<b>4.2</b>	<b>Desenho do estudo</b>	33
<b>4.3</b>	<b>Amostra e período do estudo</b>	33
<b>4.4</b>	<b>Instrumento e coleta de dados</b>	35
<b>4.5</b>	<b>Processamento e plano de análise dos dados</b>	37
<b>4.6</b>	<b>Considerações éticas</b>	38
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	39
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	46
	<b>REFERÊNCIAS</b>	48
	<b>APÊNDICES</b>	53
	Apêndice A – Consentimento Livre e Esclarecido	54
	Apêndice B – Questionário: médicos legistas	55
	Apêndice C – Quadro 1: Descrição dos itens do questionário com categorização	58
	<b>ANEXOS</b>	60
	Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	61
	Anexo B - Carta de Anuência do IMLAPC/Recife	62

## 1 INTRODUÇÃO

---

O crescimento da violência na sociedade contemporânea tornou-se motivo de preocupação principalmente devido às suas diversas conseqüências. Esta verdadeira *explosão* de violência que se vivencia na atualidade reflete a complexidade de um fenômeno de múltiplas causas, que afeta esferas diferentes da vida humana, embora nem sempre seus efeitos danosos se tornem visíveis.

Tradicionalmente, a abordagem da violência na perspectiva da saúde restringia-se ao tratamento e reabilitação dos danos físicos por ela produzidos, sem que fosse esclarecida ou questionada a relação causal entre ambos. Nas últimas décadas, a mobilização dos movimentos sociais em defesa dos direitos humanos e especificamente de grupos vulneráveis, entre os quais foi precursor o movimento feminista, colocou em evidência as várias formas de violência, aparentemente silenciosas e invisíveis, cujas conseqüências prejudicam a integridade física e mental das pessoas, refletindo-se também nos contextos social e econômico.

No Brasil, a violência se constitui atualmente como uma das principais causas de morbimortalidade a partir dos cinco anos de idade, sendo considerada como um grave problema de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001), assumindo prioridade na agenda deste setor partir da década de 80, devido à verificação do número de vítimas crescente, das sequelas orgânicas e emocionais que produz (MINAYO, 1994), além do reconhecimento da possibilidade de que crianças que sofrem violência venham a desenvolver padrão de comportamento também violento (CAMINHA, 2000).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que cerca de 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos abaixo de 18 anos foram vítimas de violência sexual envolvendo contato físico no ano de 2002 (PINHEIRO, 2006). Estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde (2003) em vários países revelaram que de 7 a 36% das meninas e de 3 a 29% dos meninos sofrem abuso sexual.

Dessa forma, a violência tornou-se um problema a ser enfrentado no campo da saúde, como garantia dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana e como resposta à necessidade de proteção integral e assistência à criança e aos seus familiares, conforme premissas da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2006) do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2005) e também preconizado no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infante-Juvenil (BRASIL, 2002). Os referidos textos foram influenciados

por Documentos Internacionais<sup>1</sup> em relação à concepção da Doutrina da Proteção Integral, segundo a qual crianças e adolescentes passaram a ser considerados sujeitos de direitos, aos quais se deve assegurar o respeito às condições peculiares de ser humano em desenvolvimento e prioridade na formulação de políticas públicas e no atendimento às suas necessidades fundamentais.

O setor saúde encontra, portanto, referência no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), nos Artigos 13, 47 e 245, para respaldar a necessidade de dar visibilidade aos casos de violência contra crianças e adolescentes, de forma que isto signifique conhecer a situação de risco das vítimas para melhor atuar nas ações de promoção à saúde e proteção à integridade física e psicológica das mesmas. Os referidos Artigos regulam a conduta dos profissionais de saúde definindo a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo aos setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos, e à saúde, em particular, o atendimento psicossocial e médico (NOGUEIRA, 1991).

Estas ações, pautadas pela legislação, reafirmam o compromisso do Estado brasileiro com a promoção e o fomento à garantia dos direitos dessa população, de acordo com os princípios da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, aspecto este contemplado pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2001). De acordo com o texto da referida Política, Portaria GM/MS 737 de 16/05/01, os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos (crianças, adolescentes e jovens) têm sido vítimas de diferentes tipos de acidentes e de violências, sendo o ambiente doméstico o principal local onde são gerados esses agravos na infância; enquanto na adolescência o espaço extradomiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico, estabelecendo a legislação uma classificação estratégica de acidentes e violências domésticos(as) e extradomiciliares.

Entretanto, as ações de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes refletem ainda as dificuldades encontradas face à rotina de notificação compulsória ainda não consolidada, gerando possíveis subnotificações da mesma (GONÇALVES; FERREIRA, 2002; SALIBA et al., 2007). Além disso, a rede de apoio e proteção à criança e ao adolescente encontra algumas limitações quanto à identificação da violência sexual por parte dos profissionais em geral e à sua confirmação pelo laudo pericial; como também pela

---

<sup>1</sup>Entre os Documentos Internacionais podem ser citados a Declaração Universal dos Direitos do Homem (Assembléia Geral das Nações Unidas, 1948); a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959); a Convenção das Nações Unidas Sobre os Direitos da Criança (Assembléia Geral das Nações Unidas, 1989).

revitimização que produz face aos caminhos que devem ser percorridos no reconhecimento legal da violência sofrida (HABIGZANG et al., 2005; MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007). Por outro lado, enfrenta-se ainda a resistência do grupo familiar em deflagrar o problema e buscar orientações, quebrando o pacto de silêncio no qual, muitas vezes, se encontra envolvido.

O diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes constitui um campo de convergência das preocupações não apenas de ordem médica ou de saúde, como também dos profissionais da assistência social e de juristas; destacando-se a reflexão da prática do médico legista enquanto profissional legalmente responsável por estabelecer o nexo causal entre os indícios de violência sexual e o diagnóstico da mesma, sendo o Instituto Médico Legal (IML) o órgão público de referência para a constatação de qualquer tipo de ofensa à integridade da pessoa humana.

Ressalta-se ainda que, em sua prática, os médicos legistas produzem não apenas laudos, mas um conjunto de dados que organizados em estudos epidemiológicos servem para nortear ações de políticas públicas de enfrentamento e prevenção da violência e, conseqüentemente, de promoção da saúde. Em relação à perícia de crianças e adolescentes, a positividade de um diagnóstico de violência sexual desencadeia ações de proteção da vítima e responsabilização do agressor; ao passo que o laudo pericial inconclusivo pode levar à revitimização, algumas vezes até potencializando a agressão devido à falta de punibilidade (SALVAGNI; PFEIFFER, 2005).

Considerando-se a dificuldade do diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes, o presente estudo discute a importância da entrevista médico-legal como instrumento complementar ao exame físico e laboratorial, propondo uma análise descritiva de como a mesma se realiza na rotina do Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha (IMLAPC/Recife), através da prática dos profissionais deste serviço. Identificar a forma como esse diagnóstico se realiza e refletir, com base na literatura científica, os possíveis caminhos para a realização da entrevista médico-legal com crianças e adolescentes, sua importância para minimizar a vitimização secundária e a apresentação de laudos inconclusivos sobre violência sexual é uma das contribuições deste estudo. Acrescenta-se o fato de serem poucas as referências na literatura de língua portuguesa sobre a entrevista médico-legal na abordagem da violência sexual contra crianças e adolescentes, reafirmado a necessidade de investigar caminhos para melhor instrumentalizar os profissionais que lidam com este problema.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

---

### 2.1 Abuso e violência sexual contra crianças e adolescentes: categorias conceituais e legislação brasileira

A definição de violência, tal como figura em dicionários da língua portuguesa, inclui condições como: “Abuso da força” (AMORA, 1999, p.770); “S. f. 1. Qualidade de violento. 2. Ato violento. 3. Ato de violentar. 4. *Jur.* Constrangimento físico ou moral; uso de força; coação” (FERREIRA, 1988, p. 674). É, portanto, a partir desses significados que a idéia de violência parece se difundir pelo senso comum e tomar lugar na fala da população em geral, tal é a sua presença no cotidiano das pessoas.

Já no contexto da pesquisa e da intervenção psicossocial a idéia de violência aponta para uma conceituação mais abrangente e explicativa, articulada entre áreas de conhecimento diversas, a partir de uma leitura sócio-cultural e econômica, considerando-se o processo civilizatório do homem.

Chauí (1985) define violência como uma relação entre forças de dominação e de coisificação. No pólo da dominação encontra-se uma relação assimétrica e desigual, baseada na exploração e na opressão, e no pólo da coisificação encontra-se uma ação que não reconhece o ser humano como sujeito. Esta definição baseia-se na idéia de liberdade como capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir, opondo-se ao constrangimento e à autoridade, conforme proposto por Spinoza (CHAUÍ, 1985).

No texto da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, adota-se o conceito de Minayo e Souza (1998), segundo o qual violência é “[...] o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros” (BRASIL, 2001, p.3), podendo resultar de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais.

A Organização Mundial de Saúde (2002) utiliza uma definição mais operacional, propondo uma tipologia da violência que relaciona o autor da mesma e a sua natureza, quer dizer, a forma como é praticada. Quanto ao autor, pode ser auto-infligida, interpessoal ou coletiva; quanto à natureza pode ser física, sexual, psicológica ou por negligência ou privação,

conforme se observa na Figura 1. Pela figura apresentada, pode-se contextualizar a violência sexual contra crianças e adolescentes considerando-a no âmbito da violência interpessoal.

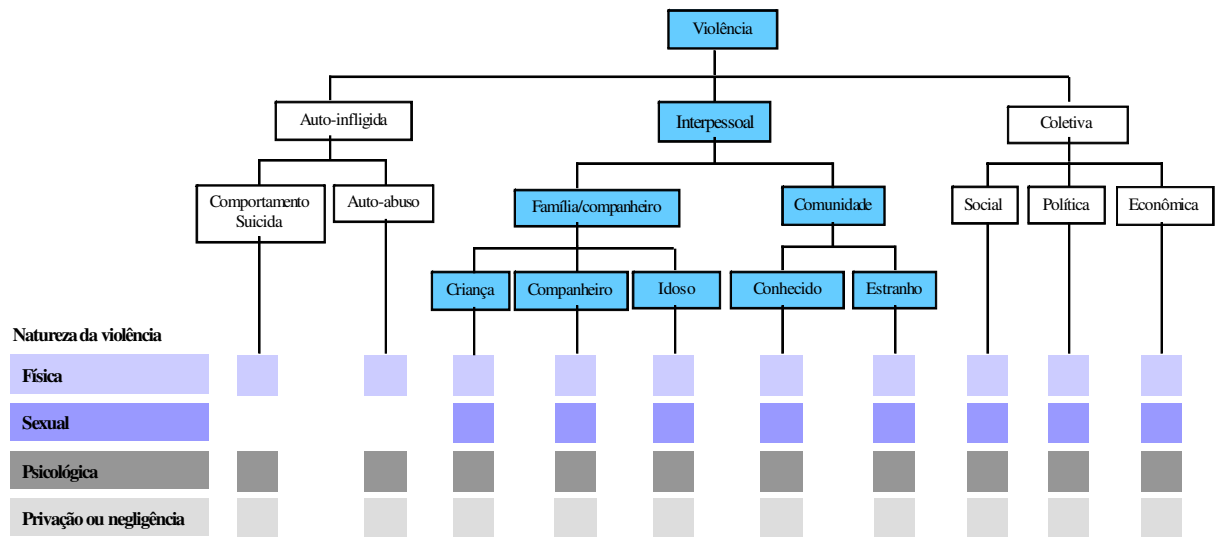


Figura 1: Tipologia da violência, segundo o autor e a natureza da mesma.  
Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2002.

A violência interpessoal caracteriza-se, portanto, pelo uso intencional da força física ou poder, de fato ou como ameaça, contra a própria pessoa ou contra outra pessoa, grupos ou comunidades, podendo ser praticada por pessoas conhecidas ou estranhas, resultando em danos psicológicos, ferimentos, negligência, mau desenvolvimento e morte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002). Ainda de acordo com o referido texto, considera-se violência sexual contra crianças e adolescentes toda forma de coerção sexual com ou sem violência física, baseada em uma relação de desigualdade de poder e caracterizada pelo uso das vítimas para gratificação sexual de adultos ou de adolescentes mais velhos.

Compreende-se, entretanto, que uma única forma de violência não se dá isoladamente, apesar de poder apresentar-se com maior evidência de acordo com o contexto no qual se insere. Há, portanto, consenso na literatura quanto ao fato de que a violência sexual se faz acompanhar de outros tipos de violência mais ou menos visíveis. De acordo com Caminha (2000), observa-se mais comumente uma combinação ou co-morbidade entre algumas formas de violências descritas.

A violência física ocorre pelo uso intencional e não acidental da força física ou de outros meios que podem deixar marcas físicas evidentes ou provocar lesões diversas (BRASIL, 2001; RECIFE, 2008), podendo ser mais facilmente identificada. É também

compreendida como forma de provocar dor ou desconforto na vítima, neste caso, na criança ou no adolescente (HABIGZANG; CAMINHA, 2008). Geralmente, a criança agredida fisicamente sofre também ameaças, insultos, críticas constantes, humilhações e privação de liberdade, entre outros meios de violência psicológica, que prejudicam seu desenvolvimento psíquico e social (HABIGZANG; CAMINHA, 2008; RECIFE, 2008). Considera-se negligência a omissão do responsável em prover as necessidades básicas para sobrevivência e desenvolvimento da criança ou adolescente, sendo em condição extrema designada de abandono (RECIFE, 2008).

Além da tipologia descrita, registra-se na literatura a utilização dos termos violência sexual e abuso sexual infantil indistintamente. Estes termos, embora rotineiramente usados como sinônimos, na literatura brasileira remetem a concepções diferentes (SILVA JÚNIOR, 2006). Gabel (1997) discute esta diferença etimológica enfatizando que *abuso* indica um afastamento do uso normal, significando, ao mesmo tempo, um uso errado e um uso excessivo, o que para ela conduz à idéia de que possa haver alguma forma de abuso permitido, quer dizer, algum tipo de experiência sexual permitida ou consentida com crianças e adolescentes. O termo *abuso* é também empregado em situações nas quais a violência sexual ocorre por meio da sedução ou indução da vítima, sem uso de força física (GABEL, 1997).

Silva Júnior (2006, p. 11, grifo do autor) esclarece que, não obstante a característica semântica presente na língua portuguesa, o termo abuso sexual é freqüentemente usado por sua origem na tradução literal do seu correspondente na língua inglesa, sexual abuse; embora este último não enfrente em sua língua a mesma limitação semântica de sua tradução para o português. Utilizam-se também os termos abuso ou maus-tratos contra crianças e adolescentes para definir situações de negligência, violência psicológica e física, porém no presente estudo adota-se a definição de violência interpessoal de natureza sexual, tal como na tipologia da OMS, restringindo-se à utilização do termo abuso às citações de alguns autores. Entende-se, neste caso, que a relação de dominação que desqualifica o outro enquanto “sujeito”, independentemente do emprego ou não de força física, ou do sentido de ultrapassagem de limites, configura-se como violência.

Habigzang e Caminha (2008, p. 25), definem abuso sexual como “todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que a criança ou adolescente”, utilizando-se dos mesmos para obter gratificação sexual, por meio de violência física, ameaça ou indução de sua vontade. Incluem-se neste caso as diferentes formas de contato físico, com penetração (digital, com objetos, intercurso genital ou anal) ou sem penetração (sexo oral, intercurso interfemural),



inclusive atos em que não existam contato físico, como assédio, voyeurismo e exibicionismo (HABIGZANG; CAMINHA, 2008). Gomes et al. (2002a) acrescentam ainda, como abuso sexual, a exploração sexual enquanto categoria na qual o perpetrador impõe à criança ou adolescente situação de violência sexual visando ao lucro, como no caso de prostituição ou pornografia.

Porém, como afirma Assis (1998), à medida que se amplia o conceito de violência, partindo da relação de força física/sexual para as relações psicológica e moral, os indicadores passam a refletir uma dificuldade muito maior de operacionalização. Ainda segundo a autora, quando uma pessoa é lesada emocionalmente, moralmente, por um ato violento, a impossibilidade de medir esse dano quantitativamente implica em sérias limitações na formulação de indicadores, sendo necessário utilizar a idéia de rede de violência, pois uma forma de violência não se manifesta isoladamente, como já referido.

A violência sexual contra crianças e adolescentes pode ainda ser classificada conforme sua ocorrência fora do ambiente familiar ou a ele circunscrita. De acordo com a literatura, ela ocorre na maior parte das vezes dentro de casa, sendo perpetrada por pessoas próximas às vítimas, configurando-se como abusos sexuais incestuosos (AZEVEDO; GUERRA; VAICIUNAS, 2000; FURNISS, 1993; HABIGZANG et al., 2005).

Os conceitos aqui mencionados são utilizados principalmente pelos profissionais que lidam na rede de saúde e assistência social às crianças e adolescentes vítimas, incorporando-se paulatinamente à rede de proteção legal, embora os operadores da justiça enfrentem dificuldades em constituírem provas legais mediante as definições de crimes sexuais presentes no Código Penal e a ausência de lesões físicas comuns na maioria dos casos. Do ponto de vista legal, a Constituição Federal e o ECA, enquanto instrumentos fundamentados na doutrina da proteção integral determinam, entre os principais elementos do seu texto:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Parágrafo 4º. A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente (BRASIL, 1988).

Art. 5º. 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.

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou o adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Art. 17. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação, da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

Art. 18. É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Art. 130. Verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsáveis, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum.

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (BRASIL, 2005).

Observa-se, porém, que no texto do ECA o termo abuso sexual é utilizado sem qualquer definição sobre o mesmo ou sobre as categorias de violência sexual contra crianças e adolescentes, detalhando-se apenas as situações de exploração sexual comercial, conforme se constata nos Artigos 240, 241 e 244 (BRASIL, 2005).

Por outro lado, o Código Penal brasileiro, datado de 1940, também não possui definições específicas de crimes sexuais contra crianças e adolescentes, salvo no que se refere à corrupção de menores e presunção de violência. Para os crimes previstos, a legislação determina diferenciação com o aumento da pena, no caso da vítima ter idade inferior a 18 anos, sem apresentar conceitos também diferenciados. Entre os crimes previstos e que também são verificados em relação às crianças e adolescentes estão:

Art. 136. **Maus-tratos** - Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina.

Art. 213. **Estupro** - Constranger mulher à conjunção carnal<sup>2</sup>, mediante violência ou grave ameaça.

---

<sup>2</sup> Segundo França (1985, p. 158) “constitui conjunção carnal o ato sexual normal, ou seja, a cópula vaginal”; enquanto outras modalidades de ato sexual diferentes da cópula vaginal consideram-se como atentado violento ao pudor.

Art. 214. **Atentado violento ao pudor** - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal.

Art. 215. **Posse sexual mediante fraude** - Ter conjunção carnal com mulher, mediante fraude. Pena - reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos. Parágrafo único - Se o crime é praticado contra mulher virgem, menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.

Art. 216. **Atentado ao pudor mediante fraude** - Induzir alguém, mediante fraude, a praticar ou submeter-se à prática de ato libidinoso diverso da conjunção carnal: Pena - reclusão, de 1 (um) a 2 (dois) anos. Parágrafo único - Se a vítima é menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

Art. 216-A. **Assédio sexual** - Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função.

Art. 218. **Corrupção de menores** - Corromper ou facilitar a corrupção de pessoa maior de 14 (catorze) e menor de 18 (dezoito) anos, com ela praticando ato de libidinagem, ou induzindo-a a praticá-lo ou presenciá-lo.

Art. 224. **Presunção de violência** - Presume-se a violência se a vítima: a) não é maior de 14 (quatorze) anos; b) é alienada ou débil mental, e o agente conhecia esta circunstância; c) não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência (BRASIL, 1940).

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

## **2.2 Diagnóstico e prevalência da violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas considerações**

De forma geral, considera-se que a real prevalência da violência sexual contra crianças e adolescentes seja desconhecida, devido ao fato de que algumas vítimas só conseguem revelar o fato quando já são adultas, por se tratar de um fenômeno encoberto por segredo entre familiares, vizinhos e em algumas circunstâncias por profissionais que ainda estão pouco preparados para lidar com o problema ou mesmo para identificá-lo (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005). Somam-se ainda as dificuldades encontradas face à rotina de notificação compulsória

ainda não consolidada, gerando possíveis subnotificações da violência (GONÇALVES; FERREIRA, 2002; SALIBA et al., 2007).

Segundo Pinheiro (2006, p. 10), “a OMS estima que 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos abaixo de 18 anos foram forçados a manter relações sexuais ou sofreram outras formas de violência sexual que envolveram contato físico em 2002”.

Um levantamento feito pela Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência, em Curitiba, no ano de 2003, evidenciou que entre 1.356 notificações, 17,6% foram casos de abuso sexual, sendo 75,6% das vítimas do sexo feminino e 24,4% do sexo masculino. Os dados revelaram, entretanto, uma prevalência de 75,2% da violência sexual como forma de violência doméstica (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

Um estudo desenvolvido por Araújo (2002), no atendimento de vítimas de violência sexual intrafamiliar revelou que em cerca de 80% dos casos os agressores eram os pais biológicos ou padrastos e 97% das vítimas eram meninas, situação semelhante à relatada por Azevedo; Guerra e Vaiciunas (2000); Furniss (1993); Pfeiffer e Salvagni (2005). Habigzang et al. (2005) analisando processos de casos denunciados de violência sexual ajuizados pelas Promotorias Especializadas na Infância e Juventude de Porto Alegre, no período de 1992 a 1998, verificou que em 57,4% dos casos o agressor era pai biológico da vítima e em 37,2% dos casos eram o padrasto ou pai adotivo.

Informações do Boletim epidemiológico das notificações da violência interpessoal nos serviços de saúde do Recife/PE, no período de agosto/2006 a março/2008 revelaram que entre os 822 casos analisados, a faixa etária menor de 14 anos apresentou 87,7% dos casos de violência sexual. Em todas as faixas etárias, os principais perpetradores da violência sexual apontados foram os desconhecidos (30%), o pai biológico (24%) e o padrasto (20,7%) (RECIFE, 2008).

Entre as dificuldades para o enfrentamento desse problema, Araújo (2002) ressalta a dimensão do fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes a partir da crise imediata desencadeada na família e na rede de profissionais por sua “revelação”. Por envolver questões legais de proteção à criança e responsabilização do agressor e os devidos cuidados terapêuticos à saúde física e mental da vítima, a integração dessas ações de forma a não causar maiores danos à criança, diante da situação de exposição e rupturas desencadeadas pela revelação, se constitui num grande desafio (ARAÚJO, 2002; FURNISS, 1993).

Portanto, apesar de conhecidos os prejuízos que a violência produz na vida de crianças e adolescentes a ela submetidos, o *pacto de silêncio*, estabelecido de forma consciente ou não em relação ao problema, é considerado como “um dos fatores que mais favorecem a

continuidade e a (re)produção de violência dentro da mesma família, em especial nos casos de abuso sexual” (SCODELÁRIO, 2002; p. 100). Este silêncio é mantido pelos perpetradores, pelas vítimas e em alguns casos por pessoas próximas, configurando uma dinâmica abusiva. Furniss (1993) propõe o entendimento desta dinâmica familiar como condição de aproximação do problema e questionamento sobre as limitações profissionais e pessoais para tal abordagem. Koller (2000) assinala a necessidade dos profissionais e pesquisadores que trabalham com crianças em situação de risco possuir uma visão contextualizada dos fatores ambientais e situacionais que podem exercer influência no processo de desenvolvimento das mesmas, analisando os fatos reais e a interpretação que a própria vítima faz de seu ambiente natural. Para a autora em questão, as vítimas devem ser consideradas não só pela exposição ao risco e o estado de vulnerabilidade, mas pelas possibilidades de saúde e de proteção, bem como pelos recursos de que dispõem para a superação da situação.

Gonçalves; Ferreira e Marques (1999), durante a avaliação de um serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica, apontaram a necessidade de capacitação permanente de pessoal e a devida articulação entre a rede de serviços sociais e de saúde e os programas de atendimento à criança e ao adolescente. De forma semelhante, Gomes et al. (2002), em pesquisa que investigou a percepção de profissionais em uma unidade pública de saúde sobre a violência contra crianças e adolescentes, constataram o despreparo dos mesmos em identificar e encaminhar adequadamente os casos.

O relato da experiência dos profissionais que lidam com crianças e adolescentes tem revelado também as dificuldades em identificar a violência sexual quando esta não se faz acompanhar de sinais físicos evidentes, sendo necessário discutir os danos psíquicos produzidos de maneira imediata ou em longo prazo. Os dados dos serviços de atendimento e assistência psicossocial às vítimas revelam que esses danos vão desde a ansiedade até o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e comportamento suicida; traduzindo-se ainda em dificuldades de aprendizagem (rendimento escolar), no estabelecimento de relações interpessoais, alterações emocionais, labilidade afetiva, apatia, timidez excessiva, distorções cognitivas, fragilidade emocional e comportamento sexualizado não compatível com sua idade (FURNISS, 1993; HABIGZANG; CAMINHA, 2008; KOLLER, 2000).

Do ponto de vista médico-legal, a experiência de alguns profissionais tem demonstrado ser difícil caracterizar diferentes formas de maus-tratos de crianças e adolescentes, entre eles a violência sexual (SALVAGNI; WAGNER, 2006). Segundo Magalhães e Ribeiro (2007, p. 440), nos casos de violência sexual, “... mesmo naquelas práticas em que há contato físico, pode não ser possível encontrar vestígios físicos ou

biológicos, o que acontece, aliás, numa elevada percentagem de casos”, levando à consideração de que alguns aspectos particulares impossibilitam o diagnóstico da violência sexual baseado apenas no exame físico e laboratorial.

Além das situações em que as manobras impudicas ou atos libidinosos não produzem vestígios ou lesões, há condições que dificultam o diagnóstico médico-legal como o tempo decorrido entre a agressão e o exame pericial, a cicatrização rápida de lesões anogenitais, a elasticidade de certos tecidos, especialmente a partir da puberdade e a destruição involuntária ou intencional dos vestígios biológicos (MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007). Ressalta-se, portanto, a importância do relato da vítima e de terceiros, e a observação de sinais ou sintomas sugestivos da ocorrência de violência sexual, através da condução adequada da entrevista médico-legal.

De acordo com Magalhães e Ribeiro (2007) a entrevista médico-legal (ou forense) é, portanto, a técnica de colheita de informações que permite o reconhecimento de um amplo conjunto de dados, inclusive de elementos para além da comunicação verbal (atitudes, comportamentos, postura, tonalidade emocional, elementos relacionais, manifestações exteriores de desconforto psicológico, entre outros), proporcionando informações que muito dificilmente se obtém através de outro método.

### **2.3 A entrevista legal como instrumento de identificação da violência sexual contra crianças e adolescentes**

São muitas as dificuldades enfrentadas por leigos e profissionais em lidar com a violência sexual contra crianças e adolescentes, por se tratar de uma situação de tabu, ferindo princípios morais e éticos, e desrespeitando as condições especiais de desenvolvimento das vítimas. Como afirmam Faleiros e Faleiros (2001, p. 9):

Além de violação à integridade física e psicológica, ao respeito, à dignidade, à sexualidade responsável e protegida, é violado o direito ao processo de desenvolvimento físico, psicológico, moral e sexual saudáveis. A violência sexual na família é uma violação ao direito a uma convivência familiar protetora.

Portanto, ao suspeitar e/ou verificar que crianças ou adolescentes podem estar submetidos à violência sexual, é necessário que os profissionais estejam preparados para acolher e encaminhar adequadamente a situação.

Faleiros e Faleiros (2001) identificaram a existência de um “circuito” nos caminhos percorridos pela notificação da violência sexual. A estes caminhos os autores denominaram de Fluxos: o Fluxo da Defesa de Direitos, o Fluxo da Responsabilização e o Fluxo do Atendimento, os quais se aplicam às outras tipologias de violência e correspondem aos “eixos” metodologicamente propostos pela política de atendimento da criança e do adolescente.

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

Para o presente estudo, cumpre situar o Instituto de Medicina Legal (IML) como parte integrante do fluxo da responsabilização, ao qual compete a produção da prova médico-legal e tipificação do crime, através do Exame de Corpo de Delito (conjunção carnal e atentado violento ao pudor, corrupção de menores, gravidez, abortamento e contágio venéreo), de acordo com a solicitação da autoridade policial. Desencadeado este fluxo, o laudo emitido pelo médico legista -positivo, negativo ou inconclusivo- constará no processo correspondente.

De acordo com Silva Júnior (2006), o laudo do médico legista é o único meio oficialmente admitido na legislação penal brasileira para a comprovação de crimes sexuais, sendo priorizados pela Justiça Criminal os vestígios de conjunção carnal e atentado violento ao pudor, em detrimento do dano psíquico. Para França (2001), o nexos de causalidade entre os indícios de violência sexual e o diagnóstico da mesma é da exclusiva competência médico-legal, sendo necessário estabelecer uma rotina diferenciada para o exame clínico de crianças levando em consideração mudanças bruscas de comportamento, medo de pessoas e lugares específicos, recusa ao exame ou resposta negativa, de forma imediata e pronta, quanto a ter sido tocada por adulto e uso de expressões ligadas ao ato sexual, entre outros aspectos.

Segundo Salvagni e Pfeiffer (2005) os modelos dos laudos periciais do IML baseiam-se unicamente nos achados de lesões físicas, ignorando a possibilidade de lesões emocionais, as quais deixarão marcas definitivas se não tratadas, situação que se mantém devido à interpretação do Código Penal Brasileiro, datado de 1940, que define como grave as lesões essencialmente corporais, considerando o pouco saber da época sobre as características especiais do desenvolvimento psicosssexual. Os referidos modelos de laudos periciais constituem-se em uma espécie de prontuário ou ficha, específico para cada tipo de exame de corpo de delito solicitado e padronizado para todas as vítimas. Compõe-se por seções de

identificação do periciando, quesitos legais, histórico, descrição do exame físico e discussão/conclusões. Os quesitos oficiais legais devem ser respondidos pelo médico de acordo com o tipo de exame realizado, conforme descritos no Quadro 1 (em fase de elaboração)<sup>3</sup>.

Tipo de perícia	Investigação	Quesitos a serem respondidos pelo médico legista
Estupro e sedução (corrupção de menores)	Ocorrência de conjunção carnal (cópula vaginal)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Houve conjunção carnal com a examinada?</li> <li>2- Havendo lesão de hímen, quais as condições das roturas?</li> <li>3- A examinada sofreu violência?</li> <li>4- Da violência resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração do parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30(trinta) dias? (especificar)</li> <li>5- Da violência resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)</li> </ol>
Atentado violento ao pudor-AVP	Atos libidinosos diversos da conjunção carnal (coito anal, coito oral, manipulação dos genitais, etc.)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Houve ato de libidinagem diverso da conjunção carnal?</li> <li>2- Qual foi?</li> <li>3- Para a realização do ato libidinoso empregou-se a violência?</li> <li>4- Da violência resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração do parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30(trinta) dias? (especificar)</li> <li>5- Da violência resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)</li> </ol>
Contágio venéreo	Existência de doença sexualmente transmissível	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- O examinado é portador de moléstia venérea?</li> <li>2- Qual a denominação da moléstia?</li> <li>3- O contágio deu-se por meio de relações sexuais ou por meio de ato libidinoso?</li> </ol>
Verificação de gravidez	Ocorrência e tempo de gravidez	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- A pericianda está grávida?</li> <li>2- Qual o tempo da gravidez?</li> </ol>
Abortamento	Abortamento provocado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Houve abortamento?</li> <li>2- Houve provocação de abortamento?</li> <li>3- Qual o meio empregado?</li> <li>4- Este era próprio para produzir o abortamento?</li> <li>5- Houve ou não a expulsão do produto da concepção?</li> <li>6- O aborto era indispensável para evitar a morte da examinada?</li> <li>7- De acordo com os meios empregados para o abortamento resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias?</li> <li>8- Do abortamento ou dos meios empregados para provocá-lo resultou deformidade permanente; perda ou inutilização de membro. Sentido ou função; enfermidade incurável; incapacidade permanente para o trabalho?</li> <li>9- A examinada sofreu violência e qual foi?</li> <li>10- A examinada é alienada ou débil mental?</li> </ol>

Quadro 1: Apresentação dos quesitos legais respondidos pelos médicos legistas na realização da perícia sexológica, por tipo de crime. Fonte: (em fase de elaboração)<sup>3</sup>.

De acordo com o Guia de Atuação Frente aos Maus-tratos na Infância e na Adolescência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001, p. 26), “a impressão de que a ocorrência de maus-tratos para ter efeito legal deve ser periciado no Instituto Médico-Legal não tem respaldo na lei (ECA)”. De fato, o ECA determina que a suspeita já seja suficiente para que os profissionais de saúde e educação sejam legalmente responsáveis pela

<sup>3</sup> Quadro extraído da Tese de Doutorado em Saúde Pública, de Maria Carmelita Maia e Silva. **Descortinando a violência sexual em crianças e adolescentes: análise da invisibilidade do problema sob a ótica epidemiológica e clínica-legal.** 2009. Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, PE, 2009.



notificação e encaminhamento adequados dos casos de maus tratos contra crianças e prevê pena para o descumprimento de tal determinação. Com isto, o referido Estatuto parece pressupor que os profissionais estão suficientemente capacitados para identificar casos suspeitos e realizar diagnóstico conclusivo sobre as diferentes formas de violência, entre elas a sexual, o que de acordo com as pesquisas não corresponde à realidade, sendo necessária a capacitação dos mesmos e reflexão sobre os programas de formação acadêmica.

Analisando o fluxo da responsabilização de crimes sexuais contra crianças e adolescentes no Distrito Federal, Faleiros e Faleiros (2001), apesar de apontarem a concepção positivista presente na metodologia utilizada pelo IML, destacaram a surpreendente resolubilidade dos inquéritos policiais nos quais cinco acusados foram indiciados, embora os laudos periciais não tenham sido conclusivos em relação às provas materiais do abuso sexual. Para estes autores isto “desmistifica a idéia corrente de que os laudos do IML são peças fundamentais na responsabilização, e também vem de encontro a constatações de que as provas testemunhais são desqualificadas pela Polícia e pela Justiça na apuração e julgamento de crimes sexuais” (FALEIROS; FALEIROS, 2001, p. 72).

Furniss (1993); Magalhães (2005); Magalhães e Ribeiro (2007) advertem sobre os momentos distintos de abordagem de vítimas de violência em geral, e especificamente nos casos de violência sexual contra crianças, no sentido de que o primeiro profissional que realiza contato com a vítima faça intervenções mínimas visando atender à situação de urgência clínica e médico-legal, preservando eventuais vestígios e formulando uma proposta de intervenção que objetive a orientação e a proteção da vítima. É consenso entre esses autores que, por se tratar de uma abordagem na qual intervêm diferentes profissionais -polícia, médico, educador, professor, psicólogo, assistente social- e cujo conhecimento ou suspeita da ocorrência de violência sexual pode-se fazer pelo relato direto da vítima ou de terceiros, ou mesmo pela observação de sinais ou sintomas sugestivos da agressão, é recomendável avaliar o momento oportuno de realização de uma perícia, uma vez preservados adequadamente os vestígios (físicos, biológicos e/ou não-biológicos). O acolhimento adequado nessa situação pode diminuir os riscos de vitimização (vitimação) secundária e possibilitar à vítima a segurança necessária para a realização posterior da entrevista legal.

Para Magalhães (2005), entende-se por vitimação<sup>4</sup> secundária as dificuldades adicionais resultantes involuntariamente do comportamento das pessoas que estão próximas a

---

<sup>4</sup> Os termos vitimação e vitimização são usados por diferentes autores para descrever a mesma categoria conceitual. Optou-se por manter a forma escrita de acordo com o autor que a refere. Nos textos de Furniss (1993), Habigzang; Caminha (2008), Habigzang et al. (2008) utiliza-se o termo vitimização.

vítima, inclusive alguns profissionais, que agravam as sequelas e o sofrimento das mesmas. Outros autores argumentam que a necessidade de exames e interrogatórios repetidos, igualmente presentes na rotina do sistema jurídico, também produzem vitimização secundária ao desconsiderar, durante os processos legais, condições particulares do desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes (CEZAR, 2007; FURNISS, 1993).

Furniss (1993) propõe cinco níveis de vitimização secundária, ou dano secundário, possíveis durante a análise dos processos desencadeados a partir dos danos primários produzidos pela violência original: traumatização secundária no processo interdisciplinar, traumatização secundária no processo família-profissional, traumatização secundária no processo familiar, traumatização secundária no processo individual e estigmatização social.

Considerando as circunstâncias potencialmente traumáticas da situação de violência, Magalhães e Ribeiro (2007) sugerem que durante um primeiro contato o profissional procure tranquilizar a vítima e transmitir-lhe confiança, colhendo em seguida informações sumárias sobre o caso, como idade da mesma e do suposto agressor, contexto da ocorrência, tipo de agressão, tempo decorrido desde a mesma, possibilidade de terem sido destruídos os vestígios e desejo da vítima ou do seu representante legal para apresentar a queixa, caso a suspeita não configure um crime público.

Furniss (1993, p.196) acrescenta que tentativas prematuras de conduzir uma entrevista legal, quando os indícios que se têm ainda configuram uma vaga suspeita de primeira linha, ou quando a criança ainda não se sente segura e preparada o bastante para revelar as circunstâncias do ocorrido, pode desencadear, provavelmente, uma negação inicial, produzindo o que o autor designou de “prevenção de crime promotora-de-crime” ou “proteção à criança promotora-de-abuso”, no sentido de que desrespeita a preservação da integridade psicológica da vítima e a avaliação do contexto e do tempo oportunos. Para o citado autor, quanto mais preparada a criança estiver, menor será a sua ansiedade em relatar os fatos e mais bem sucedida será a entrevista legal, mas nem sempre os profissionais que provocam uma revelação precipitada o fazem com esta compreensão, e sim pela avaliação de que sua atitude preservará a vítima de forma mais imediata. Esta é uma cautela a ser observada na condução de processos terapêuticos e/ou legais, posterior à tomada de medidas necessárias quando a suspeita de ocorrência de violência sexual se dá num atendimento de rotina, no qual a solicitação de exames para esclarecimentos e o resultados dos mesmos devem ser registrados cuidadosamente e considerados no contexto do planejamento global da intervenção (FURNISS, 1993).

Segundo Furniss (1993), a entrevista legal é, portanto, uma maneira de obter informações objetivas que sejam aceitas pelas agências de proteção e pelos tribunais, no que a mesma difere da entrevista terapêutica no domínio da saúde mental da criança; embora as evidências legais (forenses) sejam úteis não apenas aos processos legais e à proteção da criança e do adolescente, mas possuam também um valor terapêutico de confirmar o relato (a verdade) da vítima. Ao realizar o paralelo entre os objetivos das agências legal e terapêutica em relação à saúde mental da criança, o autor compreende que “[...] dar à criança a licença explícita para revelar e entrevistá-la em termos legais são processos complementares, ambos necessários” (FURNISS, 1993, p. 196), e que podem ser realizados por um único profissional com as capacidades apropriadas, o que também minimizaria a vitimização secundária. Entretanto, ele considera que, mesmo na hipótese de um único profissional realizar processos que atualmente são desarticulados, é provável que um diagnóstico conclusivo não seja obtido em uma única entrevista devido, às características particulares da dinâmica da violência sexual contra crianças e adolescentes.

Magalhães e Ribeiro (2007), a partir de experiência no Instituto Nacional de Medicina Legal do Porto (Portugal), sugerem que o ideal é que entrevista legal para diagnosticar a ocorrência de violência sexual contra crianças e adolescentes seja feita por um médico legista e um psicólogo forense experientes, para que a colheita de informações e exame físico se realize de forma integrada, num ambiente de empatia progressivamente alcançado. As autoras acrescentam ainda ser recomendável que o magistrado titular do processo pudesse estar presente diretamente, ou observando por meio de espelho unidirecional, podendo intervir pessoalmente ou através do psicólogo, instrumentalizando melhor a perícia e minimizando os riscos de danos secundários durante os diversos intercursos do processo.

Atualmente, no âmbito dos processos judiciais tem sido questionada a normativa processual vigente, criminal e civil, que trata de forma generalizada a produção de provas realizada em Juízo, inquirindo da mesma forma crianças, adolescentes e adultos, desconsiderando os artigos 227 da Constituição Federal e 4, 5 e 6 do ECA quanto à efetivação dos direitos à dignidade e ao respeito inerentes à condição peculiar da pessoa em desenvolvimento (CEZAR, 2007). No Juizado da Infância e da Juventude de Porto Alegre (Rio Grande do Sul), baseado em experiências internacionais, realiza-se o Projeto intitulado “Depoimento sem dano”, no qual crianças e adolescentes depõem em ambiente especialmente projetado para acolhimento dos mesmos e equipado com circuito de câmeras que permite aos promotores e advogados assistirem sua inquirição e poderem intervir, na tentativa de obter respostas às suas dúvidas através da intermediação do técnico entrevistador.

As citadas propostas, apesar de objetivarem reduzir a repetição de exames e interrogatórios, retratam ainda a interferência e as dificuldades de aceitação do diagnóstico, por parte de instâncias judiciais, desencadeando reflexões sobre situações nas quais crianças/adolescentes se sentem seguros para revelar a violência baseados na confiança estabelecida com o técnico entrevistador, sem necessariamente estarem preparados para permitirem a interferência de terceiros nesse espaço. Refletem a supervalorização da prova constituída em Juízo, onde um parecer técnico, a partir de uma entrevista legal adequadamente conduzida poderia ser suficiente, remetendo ainda à polêmica sobre os aspectos éticos do procedimento.

A entrevista legal, por sua vez, deve ser planejada, composta por itens pré-definidos, de forma a atingir os objetivos pretendidos; embora se recomende que sua condução seja flexível, de modo a respeitar o registro emocional da vítima. Podem ser adotadas estratégias complementares como recursos lúdicos e técnicas auxiliares de expressão verbal e emocional, conforme a necessidade; o ambiente deve ser planejado, para melhor acolhimento da vítima; a abordagem adotada deve respeitar as características do desenvolvimento da criança e do adolescente, dispensando-lhes um tratamento diferenciado daquele dado aos adultos (MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007).

Um aspecto fundamental abordado por Furniss (1993) diz respeito à perspicácia do profissional em seguir as pistas oferecidas pela criança e que demonstram a possibilidade de estarem prontas a fazerem alguma revelação. De acordo com o autor, estas chances frequentemente são únicas e devem ser investigadas de forma atenta e imediata, através de perguntas esclarecedoras neutras, que acompanhem o nível de desenvolvimento cognitivo da criança.

Os principais tipos de perguntas realizadas durante uma entrevista são: Perguntas abertas, que permitem livre expressão à vítima; fechadas, que normalmente levam à sugestão por apresentarem questões do tipo “sim” ou “não”; de escolha, que também sugerem apontando uma entre duas possibilidades; e hipotéticas, na qual o entrevistador introduz um tópico a ser considerado como condicional (“se”), sendo esta a formulação menos indicada na abordagem de crianças, especialmente no contexto legal (FURNISS, 1993; MAGALHÃES, [2005]). Do ponto de vista legal, de acordo com Furniss (1993, p. 197) “somente são admissíveis as respostas às perguntas abertas”, recomendando-se a utilização de pergunta fechada apenas se imediatamente seguida por uma pergunta aberta, fazendo-se necessária uma flexibilidade constante na forma de questionamento. Por exemplo: “*Ele tocou você com a*

*mão?*, que precisa, então, ser seguida pela pergunta aberta: *O que ele fez?*” (FURNISS, 1993, p. 197, grifo nosso).

Para Magalhães (2005, p. 456), os profissionais devem ser “capazes de adequar a sua abordagem ao contexto da vitimação (intra ou extra-familiar), à idade da vítima, bem como à percepção que esta tem do processo que sofreu”, utilizando uma metodologia de colheita de informações particularmente cuidadosa com as condições de atendimento, com a linguagem e técnicas complementares necessárias. A linguagem não verbal deve ser valorizada principalmente no caso de crianças que, frequentemente, devido à complexidade do evento sofrido demonstram uma percepção dos fatos limitada e/ou distorcida, encontrando dificuldades de relatar e descrever seu sofrimento (MAGALHÃES, 2005).

O diagnóstico da violência sexual requer, portanto, que os profissionais que intervêm nesses casos atuem de forma articulada, preservando-se competências e papéis específicos, objetivando sempre o melhor interesse da vítima, reconhecendo os fatores de risco e os indicadores (sinais e sintomas) a ela relacionados (MAGALHÃES, [2005]). Scherer e Scherer (2000) sugerem a observação do comportamento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual quanto à resistência ou aquiescência exagerada durante exame, ressaltando o comportamento sexualizado significativamente mais presente nas mesmas, quando comparadas àquelas que não sofreram este tipo de violência.

Os indicadores clínicos apresentados pela maioria das crianças vítimas de violência sexual referidos na literatura científica traduzem-se como alterações comportamentais, cognitivas e emocionais.

Entre as alterações comportamentais estão a conduta hipersexualizada, isolamento social, agressividade, mudança nos padrões de sono e alimentação e comportamentos autodestrutivos; enquanto sentimentos como angústia, medo, raiva, manifestações de instabilidade afetiva, perturbações do humor, ansiedade e depressão estão entre as alterações emocionais relatadas (FURNISS, 1993; MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007; HABIGZANG; CAMINHA, 2008; SILVA JÚNIOR, 2006). Sobre as alterações cognitivas são relatadas a baixa concentração e atenção, baixo rendimento escolar, dissociação, refúgio na fantasia e crenças distorcidas, inclusive a percepção de que é culpada pelo abuso, inferioridade e inadequação (FURNISS, 1993; HABIGZANG et al., 2008; SILVA JÚNIOR, 2006).

Observa-se ainda que a dimensão das conseqüências da violência sexual está relacionada não apenas ao tipo de vitimização sofrida, mas também à precocidade do seu início, à sua duração, à natureza da relação entre a vítima e o abusador, além dos recursos pessoais (emocionais, cognitivos, de suporte familiar) desenvolvidos pela vítima para lidar

com a situação (FURNISS, 1993; HABIGZANG; CAMINHA, 2008; MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007).

Habigzang et al. (2008) ao realizar avaliação psicológica de meninas entre 9 e 13 anos, que sofreram violência sexual identificaram sintomas referidos na literatura como a prevalência de sintomas de TEPT como principal psicopatologia desencadeada, seguida por sintomas de depressão, ansiedade e crenças distorcidas em relação à violência.

Salvagni e Wagner (2006) verificando a necessidade de determinar a possibilidade de ocorrência de abuso sexual de acordo com indícios comportamentais e emocionais da criança, uma vez que as evidências físicas estão presentes apenas na minoria dos casos, propuseram o instrumento por eles denominado de “Questionário para avaliação de comportamento, sintomas físicos e emocionais de crianças de 2 a 12 anos de idade”, sugerindo que um breve questionário aplicado aos responsáveis ou pessoas de confiança da vítima, aliado à história coletada pode ser uma ferramenta extremamente útil na avaliação da criança. Os referidos autores citam cinco evidências que discriminam as crianças do grupo caso das crianças do grupo controle, como mudanças súbitas emocionais ou de comportamento e de antigos hábitos lúdicos, medo de ficar só com uma determinada pessoa, interesse incomum por sexo ou genitais e lesões anogenitais (estas também referidas por responsáveis). Os autores recomendam o uso de escores, de acordo com os casos atendidos e a natureza do serviço, por exemplo, se for utilizado num ambulatório de pediatria, diferentemente daqueles aplicados em centros de referência no atendimento de crianças em situação de risco, situação em que a prevalência de violência sexual é maior.

Os resultados encontrados por Salvagni e Wagner (2006) no citado estudo evidenciaram ainda que 80% das crianças que sofreram violência sexual não apresentaram alterações no exame físico, e os exames laboratoriais tiveram resultados normais em 86% dos casos, mostrando a insuficiência dos achados físico/laboratoriais no diagnóstico da violência sexual. Verificou-se o mesmo em dados recentes do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha (IMLAPC/Recife), os quais encontraram evidência forense em apenas 13,5% das perícias realizadas para verificação de violência sexual contra crianças e adolescentes (menores de 18 anos), no ano de 2005 (em fase de elaboração)<sup>5</sup>.

Silva Júnior (2006) encontrou resultados análogos ao avaliar o laudo psicológico de 108 crianças vítimas de violência sexual, cujos exames de corpo de delito (atentado violento ao pudor e/ou conjunção carnal) não foram conclusivos quanto à ocorrência do evento

---

<sup>5</sup> Dados extraídos da Tese de Doutorado em Saúde Pública, de Maria Carmelita Maia e Silva (2009), já citada na nota de nº 3.

relatado. Além das conseqüências emocionais, cognitivas e comportamentais encontradas, o citado autor conclui sobre a importância da avaliação psicológica para fins forenses em primeiro lugar para validar o testemunho da vítima e, conseqüentemente, acessar o dano psíquico; e este, por suas repercussões na vida da criança, deve atestar o nexo de causalidade com o evento investigado. Para Silva Júnior (2006) a prática da medicina legal deve fazer-se de forma a não produzir danos secundários durante a perícia de crianças, para o que o mesmo sugere a atuação de profissionais da área de saúde mental durante o atendimento.

Gomes et al. (2002) apontaram as divergências freqüentes entre diagnósticos feitos por pediatras e peritos legistas, pelo fato dos últimos serem mais treinados na observação de sinais e sintomas, sugerindo a necessidade de capacitação de profissionais e realização de estudos ligados à realidade brasileira. Verificou-se neste levantamento que a produção científica na área de pediatria nos anos de 1990 encontrou apenas 14 artigos sobre maus-tratos contra crianças em três das principais revistas de pediatria do país (GOMES et al., 2002b). Aded et al. (2006) em revisão de literatura sobre abuso sexual contra crianças e adolescentes, de 2000 a 2005, nas áreas de interesse de medicina legal e psiquiatria, encontraram 18 trabalhos de autores brasileiros, entre os quais apenas sete publicados em revistas indexadas.

Faz-se necessário desenvolver trabalhos que acompanhem a realidade, no que tange à necessidade de integração entre as políticas públicas, de forma a qualificar a rede constituída nos fluxos de defesa, responsabilização e atendimento para melhor se articular e garantir a resolubilidade das ações necessárias, uma vez que a simples notificação de um caso suspeito conduz a encaminhamentos e avaliações que demandam suporte psicossocial e legal à vítima e a sua família e medidas em relação ao suposto autor da violência.

Em relação à entrevista médico legal no diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes, o levantamento realizado no presente estudo revelou a escassez de trabalhos na literatura de língua portuguesa sobre o tema. A maioria dos artigos disponíveis tratam das causas e conseqüências da violência sexual, da prevalência da mesma, da incipiente notificação dos casos pelos serviços de saúde e das dificuldades de diagnosticá-la, reafirmando a necessidade de investigar caminhos para melhor instrumentalizar os profissionais que lidam com este problema.

### **3 OBJETIVOS**

---

#### **3.1 Geral**

Discutir a importância da entrevista médico-legal como instrumento complementar ao exame físico pericial na elucidação dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes.

#### **3.2 Específicos**

- a) Caracterizar o exame pericial para identificação de violência sexual contra crianças e adolescentes, de acordo com a prática dos médicos legistas no IMLAPC/Recife;
- b) Verificar a importância da entrevista médico legal como recurso para a identificação da violência sexual contra crianças e adolescentes no IMLAPC/Recife.



## 4 CASUÍSTICA E MÉTODO

---

### 4.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no Instituto de Medicina Legal de Pernambuco – Antônio Persivo Cunha (IMLAPC), localizado no bairro de Santo Amaro, Recife/PE.

O IMLAPC é o órgão da Polícia Civil de Pernambuco que exerce as atividades de polícia judiciária e de apuração das infrações penais, sendo solicitado pela Autoridade Policial, sempre que necessário, para orientação na colheita de material a ser examinado ou para a correta formulação dos quesitos legais (PERNAMBUCO, 2007). Sua estrutura física para atendimento ao público compõe-se por uma recepção, sala de espera, clínica médica, três consultórios para perícias em vivos, todos eles informatizados. Divide-se nos setores de Necropsia; laboratórios (patologia forense); consultório de Odontologia legal; um consultório exclusivo para presos, setor de Traumatologia/Sexologia, e um Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violências atendidas no Instituto de Medicina Legal Prof<sup>o</sup>. Antônio Persivo Cunha (NAVV-IMLAPC), o qual mantém uma Brinquedoteca, inaugurada em março de 2006 a fim de oferecer às crianças um lugar para aguardar enquanto esperam o atendimento médico no IML, retirando-as, quando possível, da sala de espera onde também aguardam os adultos a serem examinados (PEREIRA, 2008).

Compõe ainda a estrutura física do IMLAPC os setores da administração/gestão, digitação de laudos e a Associação Pernambucana de Medicina e Odontologia Legal (APEMOL), entidade privada que conta com recepção, três consultórios onde se realizam perícias cíveis, sala de estar para os médicos e uma copa.

O IMLAPC é o órgão responsável pelas perícias forenses que atende predominantemente à demanda da Região Metropolitana do Recife (RMR) e às demais áreas geográficas, de acordo com a autoridade solicitante e o melhor acesso, embora o estado de Pernambuco possua ainda mais dois Institutos de Medicina Legal, um na regional Petrolina e o outro na regional Caruaru.

## 4.2 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, fundamentado numa revisão de literatura sobre entrevista médico-legal e violência sexual contra crianças e adolescentes, e em entrevista estruturada com médicos legistas. Foi realizada pesquisa de bibliografia de referência no tema e de textos completos, em língua portuguesa, disponíveis nas bases de dados LILACS e SCIELO no período de 1998 a 2008, a partir das seguintes palavras-chave: Prova Pericial – métodos. Violência Sexual. Maus-Tratos Sexuais Infantis. Adolescente. Criança. Entrevistas como Assunto.

A opção por um estudo exploratório fez-se pela necessidade de obter uma visão geral, porém contextualizada, da importância da entrevista médico-legal na elucidação dos casos de violência sexual perpetrada contra crianças e adolescentes, que permitisse uma aproximação de um objeto ainda pouco referenciado na literatura de língua portuguesa. A pesquisa exploratória é realizada especialmente por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (GIL, 1995), caracterizando-se ainda pela diversidade de unidades de análise a serem investigadas (TOBAR, 2001).

Na abordagem descritiva, caracterizou-se a perícia de crianças e adolescentes no IMLAPC/Recife, a partir das informações fornecidas pelos médicos legistas sobre os elementos da entrevista e dos exames físico e laboratorial, por meio da coleta de dados padronizada, registrando-se as justificativas e argumentos apresentados espontaneamente pelos entrevistados, com o objetivo de realizar uma melhor compreensão dos resultados.

## 4.3 Amostra e período do estudo

O cálculo da amostra foi realizado no programa Epi Info 6.0, para  $p=0,5$  e margem de erro de 10%. Foram entrevistados 22 médicos legistas, de um total de 28 peritos que atendem no setor de Traumatologia/Sexologia do IML/APC, Recife; entre os meses de novembro/2008 e março/2009, nos sete dias da semana, de forma a contemplar pelo menos dois profissionais por plantão. Cada profissional realiza um plantão semanal de 24 horas, de forma que aqueles que estão de plantão em um determinado dia da semana não são os mesmos nos demais dias.

Cada plantão conta com oito médicos, sendo quatro no setor de Traumatologia/Sexologia e quatro no setor de Necropsia.

Trata-se de uma amostra não-probabilística intencional, por considerar a acessibilidade dos profissionais que estivessem de plantão durante o período do estudo, especificamente no setor Traumatologia/Sexologia, e que se dispusessem, livremente, a serem entrevistados após os esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa e mediante a assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Excluíram-se da amostra, portanto, os médicos legistas do setor de Necropsia que também estivessem de plantão durante o período do estudo, salvo na situação em que, por motivos específicos do serviço, este estivesse substituindo o plantonista do dia no setor Traumatologia/Sexologia.

A amostragem intencional é proposta em estudos exploratórios por permitir a obtenção de dados relevantes para o estudo ao selecionar fontes que forneçam informações diretas sobre o interesse da pesquisa (ROJAS SORIANO, 2004), sendo esta a condição dos entrevistados no presente trabalho. Gil (1994, p. 97) argumenta que “o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo”. Dessa forma, a amostragem intencional tornou-se mais adequada à medida que, ao convidar os voluntários durante os seus plantões, fazia-se necessário respeitar as demandas e a rotina do serviço, assumindo possíveis perdas.

O grupo estudado apresenta as seguintes características:

Entre os 22 legistas entrevistados (78,6% do universo), 14 (63,6%) são do sexo masculino e 8 (36,4%) são do sexo feminino; 9 deles (40,9%) atuam de 7 a 13 anos como peritos no IMLAPC, 8 (36,4%) atuam de 14 a 21 anos e 5 (22,7%) têm menos de 7 anos de experiência no serviço, conforme se observa na Tabela 01.

**Tabela 1:** Caracterização do grupo estudado por sexo e tempo de experiência dos profissionais como peritos legistas no IMLAPC. Recife, nov./2008 – mar./2009.

Características	Categorias	n.	%
Sexo	Masculino	14	63,6
	Feminino	8	36,4
	Total	22	100
Tempo de atuação (anos)	< 7	5	22,7
	7 – 13	9	40,9
	14 – 21	8	36,4
	Total	22	100

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.4 Instrumento e coleta de dados

Os dados primários foram obtidos em entrevista individual, estruturada, com os médicos legistas, a partir da aplicação de um questionário elaborado especificamente para atender aos objetivos da presente pesquisa, no qual foram abordados os procedimentos legais e as características do exame pericial para identificar violência sexual contra crianças e adolescentes.

A entrevista estruturada apresenta a vantagem de permitir uma tabulação direta dos dados, por desenvolver-se a partir de uma relação fixa de perguntas e respostas, com ordem e redação invariável para todos os entrevistados. Diminui os riscos de erros durante anotações longas de perguntas abertas e adéqua-se às situações em que o número de questões pode depender maior tempo. A lista de perguntas aplicadas durante a entrevista estruturada é normalmente chamada de questionário ou de formulário. Para Gil (1994) apesar de o questionário expressar melhor o procedimento auto-administrado, no qual o pesquisado, de posse do instrumento, responde diretamente às perguntas, pode também ser utilizado na entrevista totalmente estruturada, com alternativas de respostas previamente estabelecidas, como proposto no presente estudo. Nesta situação, a comunicação estabelecida entre entrevistador e entrevistado permite mais facilmente o esclarecimento de dúvidas sobre perguntas e respostas.

O questionário proposto (Apêndice B) possui 25 questões fechadas e uma questão final aberta. Observa-se que entre as questões fechadas algumas se repetem a fim de caracterizar a abordagem do médico legista, ora em relação à criança, ora em relação ao adolescente.

A definição e categorização dos itens propostos no questionário fundamentaram-se nos termos conceituais presentes na literatura sobre entrevista médico-legal e violência sexual contra crianças e adolescentes. A partir das leituras realizadas, considerou-se a possibilidade de descrever a entrevista médico-legal para diagnóstico dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes de acordo com cinco itens (conforme Apêndice C), dividindo-os em perguntas, de acordo com as descrições<sup>6</sup> a seguir:

---

<sup>6</sup> A numeração indicada no item corresponde às perguntas propostas no questionário. Alguns itens foram descritos em conjunto por representarem caracterizações de um mesmo conceito, considerados ora em relação à criança, ora em relação ao adolescente.

a) A existência e/ou utilização de um roteiro (guia de orientação da entrevista médico-legal)

1. Se existe um roteiro e/ou é utilizado pelos médicos legistas durante o exame;
2. Se o roteiro é específico do IMLAPC.

b) A entrevista com o acompanhante/responsável da criança ou adolescente

- 3 e 5. Realização;
- 4 e 6. Momento em que se realiza;
7. Informações fornecidas e valorizadas na avaliação (laudo);
8. Utilização das informações na conclusão do laudo;
9. Registro das informações.

c) Entrevista e exame físico da criança ou adolescente (vítima)

10. Consideração do relato da vítima na avaliação (laudo);
11. Momento de realização da entrevista com a criança;
12. Presença do acompanhante/responsável durante o exame físico da criança;
13. Avaliação da capacidade e do nível de desenvolvimento cognitivo da vítima;
14. Avaliação do grau de compreensão da vítima sobre a situação que a levou ao exame;
15. Avaliação do discernimento da criança sobre verdade e mentira;
16. Momento de realização da entrevista com o(a) adolescente;
17. Presença do acompanhante/responsável durante o exame físico do(a) adolescente;
18. Valorização do relato da vítima no laudo pericial;
19. Registro do relato da vítima.

d) Elementos indicativos da ocorrência de violência sexual contra crianças e adolescentes

20. Elementos utilizados para confirmação da violência sexual;
21. Alterações clínicas consideradas;
22. Alterações comportamentais consideradas.

e) Conclusão do exame pericial

23. Se apenas o exame físico é suficiente para elucidar os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes;

24. Se a entrevista é suficiente para diagnosticar os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes;
25. Se o exame médico pericial atual é suficiente para responder aos quesitos legais sobre violência sexual contra crianças e adolescentes;
26. Pergunta aberta: Que elementos o entrevistado acrescentaria que pudessem contribuir para a entrevista médico-legal no diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes?

Durante a entrevista para coleta de dados, cada pergunta era lida pela pesquisadora, seguida das alternativas possíveis para a resposta. Procurava-se assegurar o entendimento das perguntas pelo entrevistado, antes da escolha das respostas, bem como a possibilidade de complementar ou justificar a resposta escolhida, informação também registrada. Todas as anotações foram realizadas no próprio questionário, inclusive os comentários das respostas quando estes esclareciam a opinião dos entrevistados e eram fornecidos espontaneamente, condição observada para as respostas às alterações comportamentais.

A entrevistadora responsável, por orientação do gestor do serviço, apresentava-se à chefia do plantão e, após esclarecer os objetivos da pesquisa e convidar os peritos a participarem, permanecia aguardando o momento mais adequado, sinalizado pelos mesmos. Durante alguns plantões a demanda do serviço impossibilitou a realização da entrevista, mesmo após a disposição inicial do médico legista, necessitando retornos consecutivos, de acordo com a disponibilidade do perito face à avaliação da rotina de seu trabalho.

#### **4.5 Processamento e plano de análise dos dados**

O Questionário utilizado na pesquisa foi transformado em arquivo de dados em programa Epi Info 6.0/Windows, versão 3.4.3, no qual foram armazenadas as informações das 22 entrevistas, incluindo os relatos complementares dos médicos. A construção desse banco de dados possibilitou utilizar os recursos do programa Epi Info 6.0 para gerar a distribuição de frequência (absoluta e percentual), realizando-se uma tabulação simples dos itens investigados.

A distribuição percentual dos itens categorizados foi analisada com o objetivo de descrever as características do exame pericial para identificação de violência sexual contra crianças e adolescentes, de acordo com a prática dos médicos legistas no IMLAPC. A análise e descrição foram construídas de acordo com os cinco itens propostos e anteriormente

definidos e os resultados processados no programa Epi Info 6.0 foram apresentados em tabelas através de recursos do Word.

#### **4.6 Considerações éticas**

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM/Fiocruz), sob o nº de registro 0126.0.095.000-08, e aprovado pelo parecer nº 093/2008, de acordo com a Resolução CNS 196/96 (Anexo A).

As entrevistas foram realizadas mediante a anuência do Gestor do IMLAPC/Recife-PE (Anexo B) e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante (Apêndice A), em duas vias, ficando uma com o entrevistado e a outra com o pesquisador responsável. Todos os voluntários foram informados sobre os objetivos da pesquisa, tendo suas dúvidas esclarecidas, e sendo garantidos a confidencialidade, o anonimato, o direito de não responder a algumas perguntas e de interromper a entrevista a qualquer momento. Os questionários foram identificados através de um número de ordem, por meio do qual foram reconhecidos e manipulados. Todas as informações colhidas foram usadas exclusivamente com o objetivo de contribuir na produção de conhecimento científico.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados revelaram a inexistência de um protocolo específico para a condução de entrevista médico-legal com crianças e adolescentes na identificação da violência sexual, tal como encontrado na revisão da literatura sobre o tema (MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007).

De acordo com a Tabela 2, 86,7% (n=13) dos peritos entrevistados não utilizam roteiro específico para a abordagem de crianças e adolescentes; enquanto 13,3% (n=2) citaram o uso de um roteiro, referindo-se, neste caso, ao Manual de Procedimentos Operacionais Padrões (POP) do Setor de Sexologia Forense do IMLAPC (PEREIRA, 2008). Este, porém, não se constitui como protocolo destinado à condução de entrevista médico-legal com crianças e adolescentes, conforme constatado, embora contenha os procedimentos específicos de realização dos exames sexológicos e recomendações para a personalização do atendimento às vítimas de violência, através do NAVV- IMLAPC.

Os benefícios citados no acolhimento e humanização do atendimento das crianças no IMLAPC, através do espaço da Brinquedoteca, visando diminuir a ansiedade da criança perante o examinador e facilitar, conseqüentemente, sua colaboração durante o exame (PEREIRA, 2008), apontam na direção de romper com a prática de submeter crianças e adolescentes aos mesmos procedimentos de adultos, condição defendida na literatura (FURNISS, 1993; MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007). Este serviço, porém, ainda não está estruturado para funcionar em período integral, uma vez que ainda não dispõe de técnicos efetivos suficientes, contando com voluntários em plantões intercalados, não contemplando igualmente todas as crianças.

**Tabela 2:** Distribuição de freqüência da realização de entrevista com a criança, o adolescente e o acompanhante dos mesmos, com indicação do uso de roteiro específico para a abordagem dos casos de violência sexual pelos peritos do IMLAPC. Recife, nov./2008 – mar./2009.

Categorias	Realização de entrevistas									
	Criança		Acomp. Criança		Adolescente		Acomp. Adolescente		Uso de roteiro específico	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sim	22	100	19	86,4	22	100	11	50,0	2	9,1
Não	0	-	0	-	0	-	2	9,1	20	90,9
Às vezes	0	-	3	13,6	0	-	9	40,9	-	-
<b>Total</b>	22	100	22	100	22	100	22	100	22	100



Ainda de acordo com a Tabela 2, observa-se que embora não exista no IMLAPC um protocolo pré-definido para crianças e adolescentes, os médicos legistas informam que realizam entrevista com os mesmos em 100% dos casos (n=22), baseados na experiência clínica adquirida na vida profissional. É utilizando desta mesma experiência que 90,9% (n=20) dos médicos legistas avaliam a compreensão da criança sobre o entendimento do fato ocorrido, e que 63,6% (n=14) avaliam o nível de desenvolvimento cognitivo das mesmas (Tabela 3). O mesmo não se observa ao avaliar se a criança sabe discernir entre “verdade” e “mentira”, onde 59,1% (n=13) dos médicos não se consideram em condições de fazê-lo (Tabela 3). Ressalta-se que esta avaliação não diz respeito a julgar o relato da criança e sim seu entendimento sobre estas duas realidades, situação em que alguns dos entrevistados referem ser competência de psicólogo ou psiquiatra avaliar.

**Tabela 3:** Aspectos avaliados pelos peritos legistas do IMLAPC, durante a entrevista com a vítima (criança): distribuição de frequência absoluta e percentual. Recife, nov./2008 – mar./2009.

Categorias	Aspectos avaliados					
	Nível de desenvolvimento cognitivo		Compreensão sobre as circunstâncias do exame pericial		Capacidade de discernir entre verdade e mentira	
	n.	%	n.	%	n.	%
Sim	14	63,6	20	90,9	8	36,4
Não	6	27,3	2	9,1	13	59,1
Às vezes	2	9,1	0	-	1	4,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

A entrevista é, portanto, um recurso utilizado pelos peritos, embora sem um roteiro que indique sinais e sintomas específicos a serem investigados levando-se em consideração a complexidade do fenômeno e as repercussões físicas, psíquicas e sociais da violência perpetrada contra crianças e adolescentes. Entre os exemplos citados pelos peritos ao avaliarem o desenvolvimento cognitivo e a compreensão da criança sobre a realidade estão: perguntas sobre escolaridade da mesma, o que gosta de fazer, observação do vocabulário usado por elas durante o relato livre sobre a história da violência sofrida e perguntas simples para verificar a existência de informações conflitantes. Experiências atuais mostram que o uso de um protocolo de entrevista é fundamental na condução dos casos, evitando perguntas que possam influenciar as respostas das vítimas ou desconsiderar alguns aspectos específicos (FURNISS, 1993; MAGALHÃES, 2005; MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007; SALVAGNI; WAGNER, 2006).

Observa-se também na Tabela 2 que 86,4% (n=19) dos peritos sempre entrevistam o acompanhante/responsável da criança e 13,6% (n=3) condicionam a realização da entrevista com os mesmos às circunstâncias do caso: “Quando precisa, porque o mais importante é ouvir

a criança (sic.)”. Em relação ao adolescente, 50% (n=11) dos peritos consideram sempre necessária a entrevista com o acompanhante/responsável, 40,9% (n=9) condicionam a realização da mesma à avaliação das circunstâncias do caso e 9,1% (n=2) não entrevistam o acompanhante.

Os peritos entrevistados relatam a prática de examinar a criança ou adolescente na presença de auxiliar de legista, conforme procedimento padrão. Entre os entrevistados, 72,7% (n=16) examinam a criança sempre na presença de quem a acompanha; enquanto 18,2% (n=4) consideram a presença do acompanhante durante o exame de acordo com a avaliação da situação e 9,1% (n=2) não julgam necessário que o responsável acompanhe o exame físico.

Em relação ao adolescente, 59,1% (n=13) consideram que apenas em situações específicas e/ou por solicitação dos periciandos é necessário examiná-los na presença de quem os acompanha; 22,7% (n=5) não julgam necessária a presença do acompanhante neste momento e 18,2% (n=4) consideram sempre necessário que o acompanhante esteja presente durante o exame físico.

Entre os dados fornecidos pelo acompanhante/responsável (Tabela 4), a história do acontecimento é referida como a informação mais valorizada pelos profissionais (90,9%; n=20), seguida pelo relato de alterações comportamentais da vítima (86,4%; n=19) e pelo relato de sinais e sintomas da vítima (77,3%; n=17). Entretanto, como se verifica na Tabela 5, estas informações são registradas em sua maioria apenas no histórico (68,2%; n=15). O relato de alterações comportamentais e sinais e sintomas da vítima descritos pelos acompanhantes são registrados na conclusão do laudo por 13,6% (n=3) dos profissionais e outros 13,6% (n=3) referem-se ao registro na conclusão quando as alterações comportamentais relatadas são confirmadas pelo exame físico/laboratorial.

**Tabela 4:** Distribuição de frequência (absoluta e percentual) das informações fornecidas pelo acompanhante/responsável, de acordo com a valorização atribuída pelo perito entrevistado (n=22). IMLAPC/Recife, nov./2008 – mar./2009.

Informações fornecidas pelo acompanhante/responsável	Valorização das informações					
	Sim		Não		Total	
	n.	%	n.	%	n.	%
A história do acontecimento	20	90,9	2	9,1	22	100
O relato de sinais e sintomas da vítima	17	77,3	5	22,7	22	100
O relato de alterações comportamentais da vítima	19	86,4	3	13,6	22	100
As características da pessoa ao relatar	11	50,0	11	50,0	22	100

A mesma análise, quando realizada para o relato de violência sexual feito pela vítima, revela que as informações são registradas no histórico por 86,4% (n=19) dos profissionais; enquanto apenas 9,1% (n=2) consideram que as mesmas podem vir a fazer parte da conclusão

do laudo, embora 81,8% (n=18) dos peritos da amostra afirmem que valorizam na conclusão os dados colhidos na entrevista com a criança (Tabela 5).

**Tabela 5:** Valorização das informações colhidas durante a entrevista médico-legal segundo o registro das mesmas e a seção em que são anotadas, comparadas às respostas dos peritos sobre a utilização dessas informações na conclusão do laudo. IMLAPC/Recife, nov./2008 – mar./2009.

	Entrevista												
	Acompanhante						Criança/adolescente						
	Sim		Não		Às vezes		Sim		Não		Às vezes		
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	
<b>Registro das informações</b>	17	77,3	0	-	5	22,7	22	100	0	-	0	-	
<b>Utilização das informações no laudo</b>	12	57,1	5	23,8	4	19,0	18	81,8	4	18,2	0	-	
<b>Seção do registro</b>	<b>Histórico</b>	15	68,2	-	-	-	-	19	86,4	-	-	-	-
	<b>Laudo</b>	3	13,6	-	-	-	-	2	9,1	-	-	-	-
	<b>Histórico/Laudo*</b>	3	13,6	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-
	<b>Observações</b>	1	4,5	-	-	-	-	1	4,5	-	-	-	-

\* Neste caso, registra-se também na conclusão do laudo, quando confirmadas pelo exame físico/laboratorial.

Quanto aos elementos indicativos da ocorrência de violência sexual, os resultados da Tabela 6 demonstram que a ruptura de hímen e a presença de espermatozóide representam as alterações clínicas e/ou laboratoriais utilizadas por 100% (n=22) dos peritos entrevistados como evidência de violência sexual contra crianças e adolescentes, e que as demais alterações desse mesmo grupo também são bem valorizadas pelos profissionais, como: ocorrência de gravidez (86,4%; n= 19), outras lesões além da ruptura do hímen (81,8%; n=18), presença de hemorragia (77,3%; n=17) e contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DST) - (72,7%; n=16). Estes dados confirmam os resultados encontrados em relação às evidências gerais que são consideradas pelos peritos na confirmação da ocorrência de violência sexual, sendo privilegiados o exame físico e os exames laboratoriais, com um percentual de 100% (n=22) e 95,5% (n=21), respectivamente, e estão de acordo com as evidências forenses relatadas na literatura (MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007; SALVAGNI; WAGNER, 2006; ADED et al., 2006; SCHERER; SCHERER, 2000).

Comparativamente, as alterações comportamentais foram valorizadas como evidência por 40,9% (n=9) dos peritos, a história clínica por 36,4% (n=8) e a história relatada pelo acompanhante também por 36,4% (n=8). Entre as alterações comportamentais mais apontadas pelos peritos como evidência de violência sexual contra crianças e adolescentes estão as alterações emocionais/labilidade afetiva (36,4%; n=8), seguidas pela resistência ao exame (27,3%; n=6) e apatia (27,3%; n=6), evidências também citadas na literatura (FRANÇA, 2001; SILVA JÚNIOR, 2006). As demais alterações comportamentais categorizadas são reconhecidas como evidência por menos de 25% dos entrevistados.

**Tabela 6:** Distribuição de frequência (absoluta e percentual) dos elementos utilizados pelos médicos legistas para verificação da ocorrência de violência sexual contra crianças e adolescentes. IMLAPC/Recife, nov./2008 – mar./2009 (n=22).

Evidências da ocorrência de violência sexual		Sim		Não	
		n.*	%	n.*	%
<b>Abordagem geral</b>	História relatada pela vítima	15	68,2	7	31,8
	História relatada pelo acompanhante	8	36,4	14	63,6
	História clínica	8	36,4	14	63,6
	Exame físico	22	100	0	-
	Exames laboratoriais	21	95,5	1	4,5
	Alterações comportamentais	9	40,9	13	59,1
<b>Alterações clínicas ou laboratoriais</b>	Hemorragia	17	77,3	05	22,7
	Contaminação por DST	16	72,7	06	27,3
	Ruptura de hímen	22	100	00	-
	Outras lesões	18	81,8	04	18,2
	Presença de espermatozóide	22	100	00	-
	Gravidez	19	86,4	03	13,6
<b>Alterações comportamentais</b>	Alterações emocionais/labilidade afetiva	8	36,4	14	63,6
	Distorções cognitivas	5	22,7	17	77,3
	Dificuldade de recordar detalhes	5	22,7	17	77,3
	Negação em tratar do fato	5	22,7	17	77,3
	Sinais de fragilidade ou cansaço	4	18,2	18	81,8
	Resistência ao exame	6	27,3	16	72,7
	Apatia	6	27,3	16	72,7

\* Total de entrevistados=22

Quanto às perguntas referentes à conclusão do laudo pericial, os resultados ilustrados na Tabela 7 demonstram que ao serem solicitados a responder se consideravam que o exame médico pericial, da forma como tem sido realizado, é suficiente para responder aos quesitos legais sobre violência sexual quando as vítimas são crianças ou adolescentes, 40,9% (n=9) dos profissionais consideram que “sim”; enquanto 27,3% (n=6) afirmaram que “não” e 31,8% (n=7) “às vezes”.

**Tabela 7:** Considerações dos médicos legistas sobre a conclusão do laudo pericial no diagnóstico de violência sexual contra crianças e adolescentes, de acordo com as perguntas realizadas. IMLAPC/Recife, nov./2008 – mar./2009.

Perguntas sobre a conclusão do laudo	Sim		Não		Às vezes	
	n.	%	n.	%	n.	%
Se apenas o exame físico/laboratorial é suficiente para elucidar a ocorrência da violência sexual	6	27,3	11	50,0	5	22,7
Se a entrevista médico-legal é suficiente para diagnosticar a violência sexual	1	4,5	19	86,4	2	9,1
Se o exame pericial, como realizado, é suficiente para responder aos quesitos legais sobre violência sexual	9	40,9	6	27,3	7	31,8

Enquanto 27,3% (n=6) dos peritos afirmaram que o exame físico e laboratorial é suficiente para elucidar a ocorrência de violência sexual contra crianças e adolescentes; 22,7% (n=5) consideram que apenas algumas vezes os citados exames são suficientes e 50% (n=11) consideram que os mesmos isoladamente são sempre insuficientes para o diagnóstico. As justificativas apontadas por estes últimos são as mesmas citadas na literatura quanto à

possibilidade de ocorrência de atos libidinosos que não deixam vestígios físicos e algumas vezes ao tempo decorrido entre o evento e a realização da perícia (FURNISS, 1993; MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007; SALVAGNI; PFEIFFER, 2005; SALVAGNI; WAGNER, 2006; SILVA JÚNIOR, 2006). O fato de apenas 27,3% dos entrevistados considerarem que o exame pericial, da forma como é realizado, não é suficiente para responder aos quesitos legais parece refletir a prática relatada na literatura de priorização dos vestígios físicos/laboratoriais (SALVAGNI; PFEIFFER, 2005; SALVAGNI; WAGNER, 2006; SILVA JÚNIOR, 2006), o que se confirma também pelo relato de 86,4% (n=19) dos peritos, segundo os quais a entrevista médico-legal não é suficiente para diagnosticar a violência sexual contra crianças e adolescentes.

Não há, como se verifica, unanimidade quanto à confirmação da violência sexual através apenas dos exames físicos/laboratoriais, embora sejam esses os elementos utilizados com maior frequência, conforme os dados demonstram. Os peritos se referem à ausência de “materialidade” (de vestígios físicos) em relação aos atos libidinosos nos quais não ocorreu conjunção carnal e às dificuldades de avaliar, de acordo com o procedimento padrão *visum et repertum* (ver e repetir, numa descrição detalhada, evitando conclusões), as alterações cognitivas, emocionais e comportamentais que estejam relacionados à violência sexual, principalmente num momento único de exame.

Coloca-se então a seguinte questão: Embora se questione a suficiência dos exames físico e laboratorial para diagnosticar a violência sexual, estas são as evidências utilizadas por 100% dos peritos entrevistados, entre os quais 40,9% consideram que o exame pericial, da forma que tem sido realizado, é sempre suficiente para o referido diagnóstico, remetendo a necessidade de reflexão desta prática.

Apesar da necessidade de identificação, durante a entrevista médico-legal, das alterações cognitivas, emocionais e comportamentais de crianças e adolescentes que estejam relacionados à violência sexual, conforme aponta a literatura (FURNISS, 1993; MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007; SALVAGNI; PFEIFFER, 2005; SILVA JÚNIOR, 2006), o presente estudo revela que 59,1% (n=13) dos peritos entrevistados não utilizam estas alterações como evidência forense, demonstrando que o dano psíquico nestes casos tem sido pouco avaliado.

A Tabela 8 apresenta o levantamento das respostas ao item 26 do questionário, quanto aos elementos que o entrevistado acrescentaria que pudessem contribuir para a entrevista médico-legal no diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes. As respostas foram agrupadas por semelhança, pelo fato de decorrerem de pergunta aberta. Os resultados

foram descritos pela frequência com que cada item foi citado, considerando-se que alguns peritos sugeriram mais de um item e que quatro entrevistados (18,2%) não fizeram sugestões.

Encontraram-se as seguintes respostas:

1. “Equipe multiprofissional”, incluindo-se neste item também as respostas de “trabalho interdisciplinar” e “serviço de psicologia com plantão 24 horas”;
2. Melhoria na tecnologia de exames, incluindo-se as referências à “rapidez nos resultados de exames laboratoriais”, “utilização de ultrassonografia”, “colposcopia”; “pesquisa de esperma”, “teste de DNA” e alusão a “equipamentos” ou “exames complementares” sem especificar;
3. “Parecer de psicólogo ou psiquiatra”, citado como elemento complementar e não como serviço integrado;
4. “Ambiente físico diferenciado” para atendimento exclusivo de crianças e adolescentes, onde foram citados “recepção e consultório próprios”, em contraposição à prática atual;
5. “Roteiro de entrevista com crianças”;
6. “Realização de perícia sexológica de crianças exclusivamente por médicos legistas do sexo feminino”.

**Tabela 8:** Distribuição de frequência (absoluta e percentual)\* das sugestões feitas pelos peritos quanto aos elementos que contribuiriam para a entrevista médico-legal no diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes. IMLAPC/Recife, nov./2008 – mar./2009.

Elementos citados	n.	%
Equipe multiprofissional	8	36,4
Melhoria na tecnologia de exames	7	31,8
Parecer de psicólogo ou de psiquiatra	4	18,2
Ambiente físico diferenciado para atendimento de crianças e adolescentes	4	18,2
Roteiro de entrevista com crianças	2	9,1
Realização de perícia sexológica de crianças por “médicas”	1	4,5

\* A frequência absoluta refere-se ao número de vezes que o item foi citado e à percentagem calculada em relação ao total de entrevistados que responderam à questão (n=18).

Observam-se como elementos mais citados a necessidade de uma equipe multiprofissional (36,4%; n=8), especializada no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, em horário integral, além da proposta de humanização no acolhimento já desenvolvida. Foram excluídas deste item as sugestões de parecer de psicólogo ou de psiquiatra tomados no sentido de laudo complementar.

A melhoria na tecnologia dos exames aparece na referência de 31,8% (n=7) dos peritos, seguida pela necessidade de parecer de psicólogo ou psiquiatra (18,2%; n=4) e da criação de um ambiente físico exclusivo para atendimento da clientela em questão (18,2%; n=4); enquanto a sugestão de um roteiro de entrevista é indicada por apenas 2 entrevistados (9,1%). Outra sugestão encontrada, feita por apenas um perito (4,5%), foi a realização de perícia sexológica de crianças exclusivamente por médicas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Os resultados do presente estudo permitem verificar que a entrevista médico-legal, enquanto instrumento complementar ao exame físico pericial para diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes, da forma como tem sido realizada, baseia-se na experiência clínica dos peritos legistas, inexistindo qualquer protocolo que estabeleça a identificação de alterações cognitivas, emocionais e comportamentais e sua incidência para serem consideradas como evidência forense, condição esta também observada na maioria dos serviços de medicina legal do país.

O diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes, realizado no IMLAPC/Recife baseia-se predominantemente nos achados físicos e laboratoriais, sendo as alterações cognitivas, emocionais e comportamentais pouco utilizadas como evidências forenses.

A condução da perícia de crianças e adolescentes faz-se de forma que a vítima é sempre entrevistada antes de ser realizado o exame físico, o qual acontece em presença de um auxiliar de legista (do sexo feminino). O exame físico de crianças acontece na maioria das vezes também na presença do acompanhante/responsável das mesmas; enquanto no caso de adolescentes a presença do acompanhante/responsável depende da solicitação dos mesmos. O acompanhante/responsável também é frequentemente entrevistado, após a entrevista da criança e na presença da mesma. Os relatos da criança e de seu responsável quanto à história do acontecimento, a história clínica e as alterações comportamentais são registrados pela maioria dos peritos entrevistados, no histórico, porém na maioria das vezes não são valorizados para subsidiar as respostas aos quesitos legais.

Os dados revelam a importância dada à realização da entrevista e a valorização do relato da vítima e de seu responsável, embora se observem contradições em relação ao pouco aproveitamento desses relatos e ao subsídio dos mesmos numa possível avaliação de dano psíquico. Portanto, neste caso e em relação ao diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes, a entrevista legal parece “prejudicada” (comprometida) considerando-se sua definição como maneira de obter informações objetivas que sejam aceitas pelas agências de proteção e pelos tribunais (FURNISS, 1993), permitindo o reconhecimento de um amplo conjunto de dados, inclusive não-verbais (MAGALHÃES; RIBEIRO, 2007).

Apesar das limitações do presente estudo, os resultados encontrados refletem a necessidade de ampliar a discussão, no contexto do IML, sobre a abordagem de crianças e

adolescentes em situação de violência sexual, uma vez consideradas as sugestões de atendimento multiprofissional, parecer de psicólogo/psiquiatra, criação de ambiente diferenciado e serviço especializado em horário integral. O trabalho proposto permitiu a descrição de sugestões, sem, entretanto, investigar a percepção dos peritos sobre cada um dos itens e as relações dos mesmos com a possível melhoria da abordagem médico-legal de crianças e adolescentes, sendo necessário aprofundar estas questões.

A adoção de um protocolo estruturado que subsidie a entrevista médico-legal para o diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes se constitui, então, como recurso à prática forense atual, devido à complexidade dos conceitos envolvidos e à necessidade de estabelecer parâmetros para a avaliação do dano psíquico nestes casos, recomendando-se que a entrevista médico-legal seja realizada por equipe multidisciplinar, sensível às condições de vitimização e capazes de desenvolver ações que visem minimizar danos secundários, principalmente quanto aos intensos caminhos que a vítima atualmente é obrigada a percorrer.

Faz-se necessário capacitar os profissionais da rede de saúde e proteção legal para melhor identificarem os casos de violência sexual, qualificando os serviços de atendimento às vítimas de violência e fortalecendo os dispositivos da legislação, como o ECA e a própria Política de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. É preciso estabelecer rotinas específicas, nos serviços de medicina legal, para o atendimento de crianças e adolescentes vitimizados, incluindo espaço físico e recursos humanos diferenciados como ocorre, por exemplo, em relação ao NAVV – IMLAPC, que poderia se consolidar como serviço de atendimento em horário integral, com efetivação de equipes multiprofissionais no atendimento das vítimas, e seus familiares. Programas de intervenção precoce são imprescindíveis no enfrentamento de um problema de impactos já reconhecidos na saúde pública.



## REFERÊNCIAS

---

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

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

ASSIS, S. G. Conceitos e indicadores de violência. In: LEAL, M. F. P.; CÉSAR, M. A. (Org.) **Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes**. Brasília, DF: CECRIA: Ministério da Justiça: CESE, 1998. p. 73-85.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A.; VAICIUNAS, N. Incesto ordinário: a vitimização sexual doméstica da mulher-criança e suas conseqüências psicológicas. In AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (Org.). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 195-209.

BRASIL. **Decreto-Lei n.º 2.848/1940 de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal Brasileiro. Brasília, DF, 1940. Disponível em: <[http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp\\_DL2848.pdf](http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 737 de 16/05/2001**. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30497](http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30497)>. Acesso em 12 set. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. 3. ed. Brasília, DF, 2002. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos - Diretoria da Criança e do Adolescente, 2002. (Série Subsídios, 5).

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

CAMINHA, R. M. (1999). A violência e seus danos à criança e ao adolescente. In Amencar (Org.). **Violência Doméstica**. 1. ed. Brasília, DF: UNICEF, 2000. p. 43-60.

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

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

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

FRANÇA, G. V. de. **Medicina legal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. p. 150-160.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança**: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 275-283, 2002a.

GOMES, R. et al. Por que as crianças são maltratadas?: Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 707-714, 2002b.

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

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.; MARQUES, M. J. V. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 547-553, 1999.

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

HABIGZANG, L. F. et al. Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 338-344, 2008.

HABIGZANG, L. F.; CAMINHA, R. M. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

KOLLER, S. H. Violência doméstica: uma visão ecológica. In Amencar (Org.). **Violência Doméstica**. 1. ed. Brasília, DF: UNICEF, 2000. p. 32-42.

MAGALHÃES, T. A vítima como objeto da intervenção médico-legal. **Acta Med. Port.**, Cidade do Porto, v. 18, p. 453-458, 2005.

\_\_\_\_\_. **Medicina Legal 2003-2004: Clínica Médico-Legal**. Cidade do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, [2005]. Disponível em <<http://medicina.med.up.pt/legal/ClinicaML.pdf>> Acesso em 01 out. 2008.

MAGALHÃES, T.; RIBEIRO, C. A colheita de informação a vítimas de crimes sexuais. **Acta Med. Port.**, Cidade do Porto, v. 20, p. 439-445, 2007.

MINAYO, M. C. de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.10, sup. 1.1, p.7-18, 1994.

NOGUEIRA, P. L. **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. São Paulo: Saraiva, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World report on violence and health: summary**. Geneva, 2002. Disponível em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence**. Geneva, 2003. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2008.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v.81, n.5, sup.1, p.197-204, nov., 2005.

PEREIRA, S. A. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrões (POP) do Setor de Sexologia Forense do IMLAPC**: e outras propostas de POP em Tanatologia. Recife: Livro Rápido, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria de Defesa Social, Polícia Civil de Pernambuco. **Portaria Gabinete/ Polícia Civil de Pernambuco nº. 640/2007**. Aprova o Manual de Procedimentos de Polícia Judiciária, para emprego no âmbito da Polícia Civil de Pernambuco, e dá outras providências. Recife, 2007. Disponível em: <<http://www.policiacivil.pe.gov.br/manual.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2008.

PINHEIRO, P. S. **Relatório do especialista independente para o Estudo das Nações Unidas sobre a Violência Contra Crianças**. Geneva, Nações Unidas, 2006. Disponível em: <[http://www.andi.org.br/\\_pdfs/Estudo\\_PSP\\_Portugues.pdf](http://www.andi.org.br/_pdfs/Estudo_PSP_Portugues.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2009.

RECIFE. Secretaria de Saúde, Diretoria de Vigilância à Saúde. **Boletim I - Notificação da violência interpessoal nos serviços de saúde do Recife, agosto 2006 / março 2008**. Recife, 2008.

ROJAS SORIANO, R. **Manual de pesquisa social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

SALVAGNI, P.; WAGNER, M. B. Estudo de caso controle para desenvolver e estimar a validade discriminante de um questionário de avaliação de abuso sexual em crianças. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, p. 431-436, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de Atuação Frente aos Maus-Tratos na Infância e na Adolescência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) 2001. Disponível em: <[http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/MausTratos\\_SBP.pdf](http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/MausTratos_SBP.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2008.

SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P. A criança maltratada: uma revisão de literatura. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, agos., 2000.

SCODELÁRIO, A. S. A família abusiva. In FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Orgs.) **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002. p. 95-106.

SILVA JUNIOR, A.P. **Dano psíquico em crianças vítimas de abuso sexual sem comprovação de ato libidinoso ou conjunção carnal**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, D.F., 2006. Disponível em: <[http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde\\_arquivos/27/TDE-2006-09-20T152648Z-273/Publico/alvaro\\_junior.pdf](http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_arquivos/27/TDE-2006-09-20T152648Z-273/Publico/alvaro_junior.pdf)>. Acesso em: 9 dez. 2008.

TOBAR, F.; Yalour, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

## **APÊNDICES**

Apêndice A – Consentimento Livre e Esclarecido



Centro de Pesquisas  
**AGGEU MAGALHÃES**



Ministério da Saúde

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevista com profissionais do Instituto de Medicina Legal – Antônio Persivo Cunha (IML/APC), Recife-PE.**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, estou ciente de estar participando de um estudo intitulado: **A importância da entrevista médico-legal na identificação da violência sexual contra crianças e adolescentes**, que tem como objetivo discutir a importância da entrevista médico-legal na elucidação dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, a partir da prática do médico legista.

Minha participação será responder a um questionário individual. Foi-me informado que essa entrevista terá uma duração de aproximadamente 20 minutos, onde serão feitas perguntas sobre o exame médico legal. Esta participação não envolve custos, como também nenhuma compensação financeira ou de outro tipo para minha pessoa.

A minha participação não envolve riscos ou danos à minha saúde. A mim serão garantidos a confidencialidade e o anonimato, tendo também o direito de não responder a algumas das perguntas ou de, a qualquer momento, interromper a entrevista, podendo inclusive determinar que as informações que eu já tenha concedido possam ser retiradas a qualquer momento. A assinatura deste consentimento não inviabiliza nenhum dos meus direitos legais.

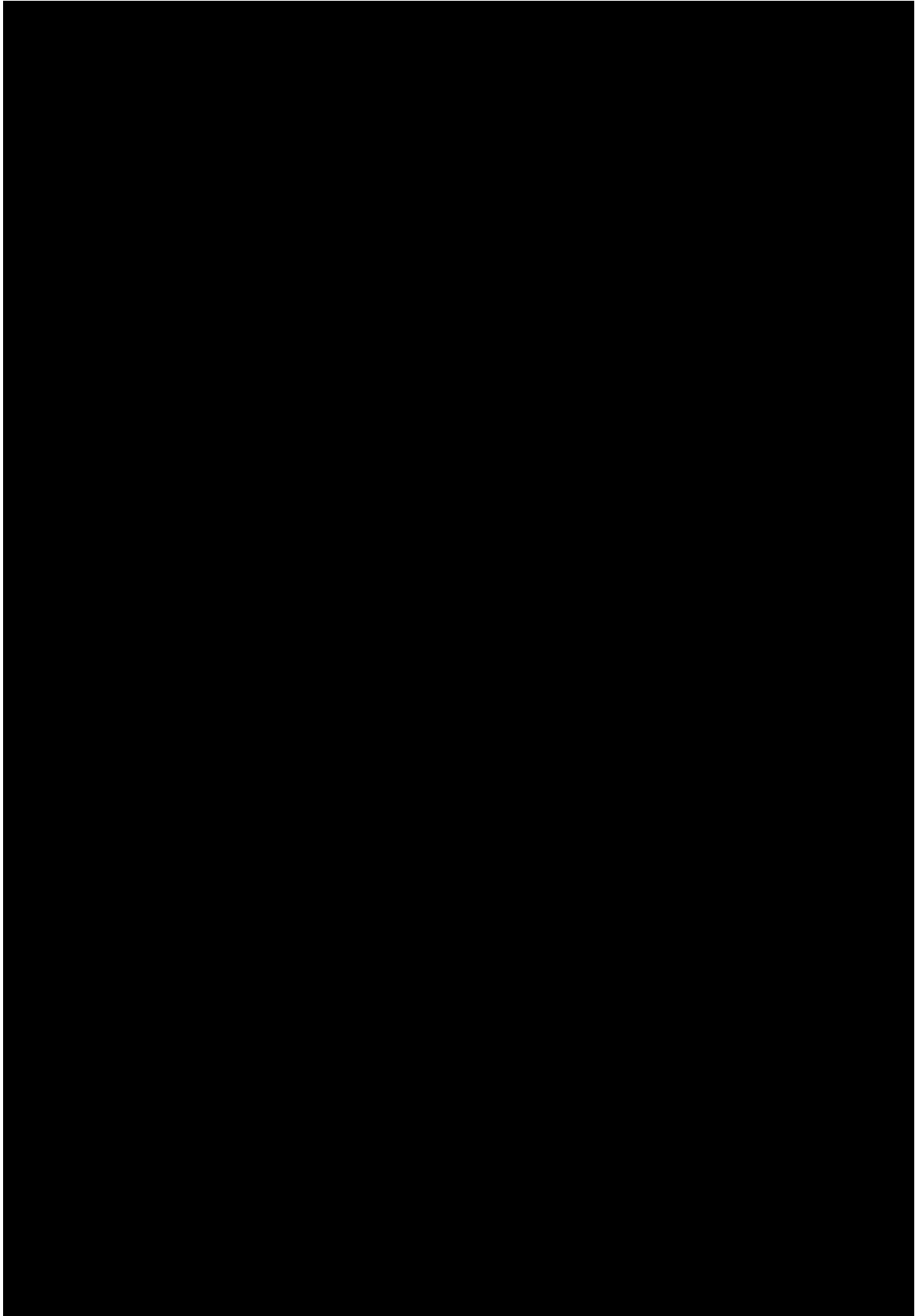
Caso ainda haja dúvidas, posso tirá-las agora, ou em surgindo alguma dúvida no decorrer das entrevistas, a pesquisadora se colocará ao meu dispor para esclarecê-las. A qualquer momento poderei contactar a pesquisadora principal, Sandra Luzia Barbosa de Souza pelo telefone 3363-0377 ou pelo celular- 8879-4392, E-mail: [sandra.luzia\\_slbs@terra.com.br](mailto:sandra.luzia_slbs@terra.com.br); ou no endereço Av. Presidente Kennedy, 263/604, Piedade, Jaboatão dos Guararapes/PE, CEP: 54.420-050.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos contidos neste consentimento esclarecido, concordo em participar da entrevista individual colaborando, desta forma, com o estudo e assinando esse documento em duas vias, sendo que uma ficará comigo e outra com a pesquisadora responsável.

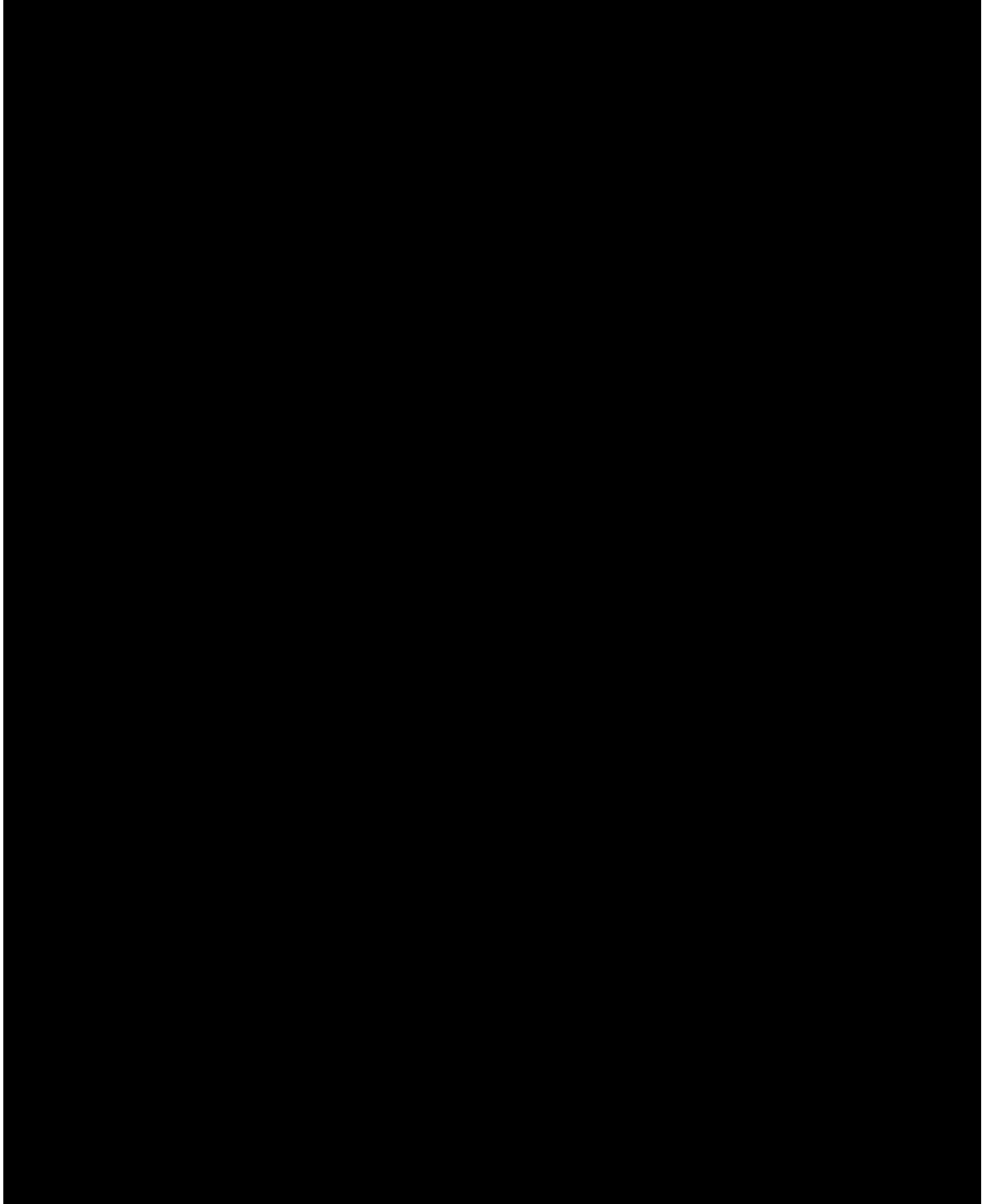
Recife, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

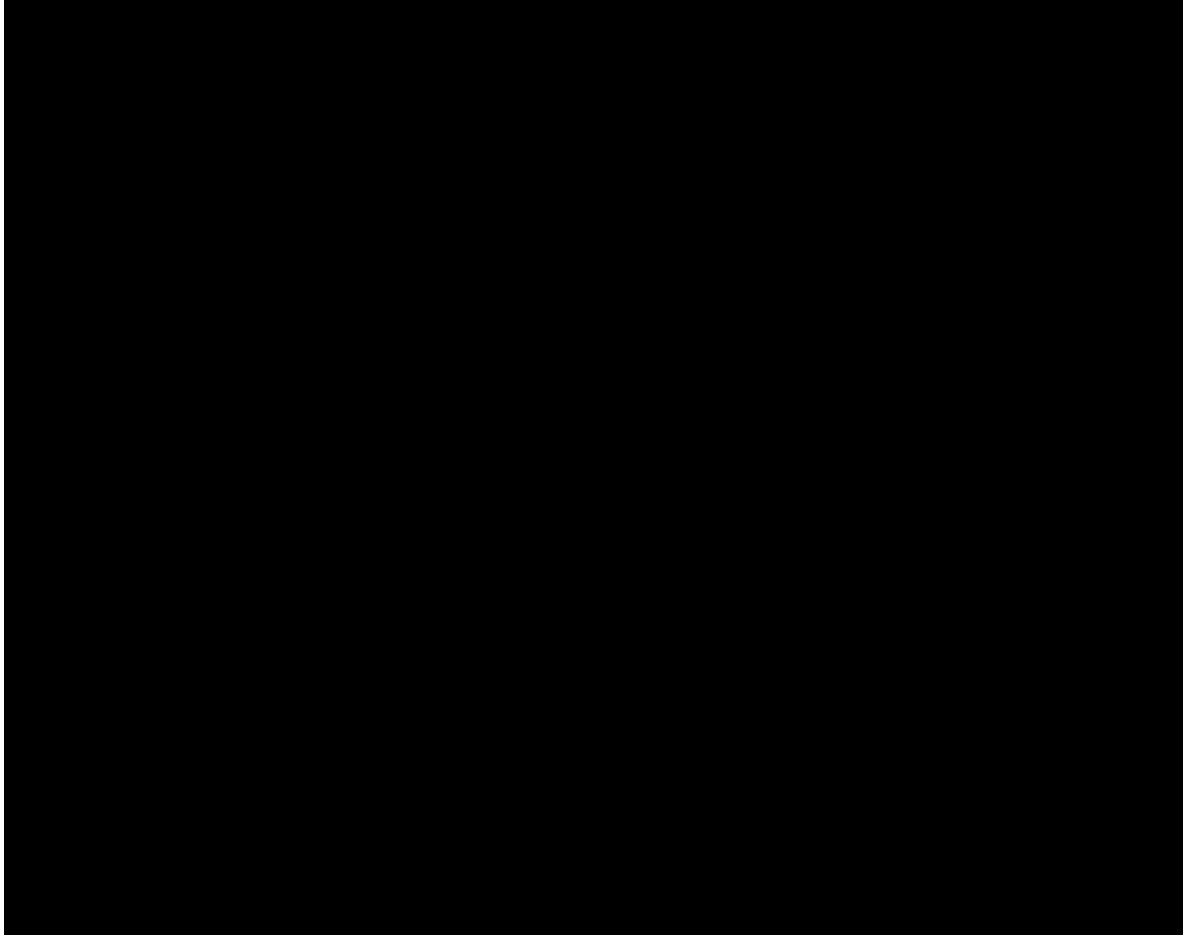
\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário  
Telefone do voluntário para contatos futuros: \_\_\_\_\_

Apêndice B – Questionário: médicos legistas









Apêndice C – Quadro 1: Descrição dos itens do questionário com categorização

Variável	Definição/Conceitual operacional	Categorização
Instrumento/roteiro	Guia de orientação da entrevista médico-legal, Utilização	Sim; Não
	Guia de orientação da entrevista médico-legal, Especificidade da utilização	Sim; Não, é usado em outros serviços; Não, é usado por todos os serviços
Entrevista com responsável/ acompanhante da criança	Realização	Sim; Não; Às vezes
	Momento em que se realiza	Antes do exame da vítima, na presença da mesma; Antes do exame da vítima, na ausência da mesma; Após o exame da vítima, na presença da mesma; Após o exame da vítima, na ausência da mesma; Durante o exame da vítima
Entrevista com responsável/ acompanhante do adolescente	Realização	Sim; Não; Às vezes
	Momento em que se realiza	Antes do exame da vítima, na presença da mesma; Antes do exame da vítima, na ausência da mesma; Após o exame da vítima, na presença da mesma; Após o exame da vítima, na ausência da mesma; Durante o exame da vítima
Entrevista com responsável/ acompanhante	Informações fornecidas e valorizadas na avaliação	A história do acontecimento; O relato de sinais e sintomas da vítima; O relato de alterações comportamentais da vítima; As características da pessoa ao relatar
	Utilização das informações na conclusão do laudo	Sim; Não; Às vezes
	Registro das informações	Sim, Não; Às vezes
Entrevista com a criança ou adolescente	Consideração do relato na avaliação	Sim, Não; Às vezes
	Momento em que se realiza	Antes de proceder ao exame físico; Antes de proceder ao exame físico, e complementada durante o mesmo; Após a realização do exame físico; Durante a realização do exame físico
	Presença do responsável/acomp.	Sim, Não; Às vezes
	Avaliação da capacidade e do nível de desenvolvimento Cognitivo da vítima	Sim; Não; Às vezes
Entrevista com a criança ou adolescente	Avaliação do grau de compreensão da mesma sobre a situação que a levou ao exame	Sim; Não; Às vezes
	Avaliação do discernimento da criança sobre verdade e mentira	Sim; Não; Às vezes
	Registro da violência sexual relatada pela criança	Sim; Não; Às vezes

Elementos indicativos de violência sexual	Elementos utilizados para confirmação da violência sexual	A história relatada pela vítima; A história clínica; O exame físico; Exames laboratoriais; Alterações comportamentais
	Alterações comportamentais Consideradas	Alterações emocionais e labilidade afetiva; Distorções cognitivas; Dificuldade de recordar detalhes; Negação em tratar do fato; Sinais de cansaço ou fragilidade ao abordar os fatos da violência sexual
	Alterações clínicas consideradas	Hemorragias; Lesões; Contaminação por DST; Ruptura do hímen; Presença de esperma; Gravidez
Conclusão do exame pericial	O exame físico é suficiente para responder aos quesitos legais sobre violência sexual	Sim; Não; Às vezes
	A entrevista é suficiente na elucidação dos casos de violência sexual	Sim; Não; Às vezes
	O exame médico pericial atual é suficiente para responder aos quesitos legais sobre violência sexual	Sim; Não; Às vezes

## **ANEXOS**

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



**Título do Projeto:** A importância da entrevista médico-legal na identificação da violência sexual contra crianças e adolescentes.

**Pesquisador responsável:** Sandra Luzia Barbosa de Souza

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

**Data de apresentação ao CEP:** 17/09/2008

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 127/08

**Registro no CAAE:** 0126.0.095.000-08

**PARECER Nº 093/2008**

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

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 02 de outubro de 2011. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 02 outubro de 2008.

Dr.<sup>a</sup> Zulma Maria de Medeiros  
Biomédica  
Coordenadora  
CEP/CPqAM/FIOCRUZ

**Observação:**

**Anexos:**

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 02/10/2009.

## Anexo B - Carta de Anuência do IMLAPC/Recife



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

**CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO**

Declaro que estamos cientes e concordamos que a pesquisa intitulada “**A importância da entrevista médico-legal na identificação da violência sexual contra crianças e adolescentes**”, de responsabilidade da pesquisadora Sandra Luzia Barbosa de Souza, seja realizada no Instituto de Medicina Legal – Antônio Persivo Cunha (IML/APC).

Durante a pesquisa serão realizadas entrevistas com médicos legistas, de acordo com a disponibilidade e a aceitação dos próprios profissionais, mediante a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Esclarecemos que serão garantidos o sigilo e o anonimato dos profissionais

Recife, 16 de setembro de 2008.

Dr. Clovis Cezar de Mendoza  
Gestor do IML/PE