

ÍNDICE

<u>1. INTRODUÇÃO</u>	1
1.1 Caraterização histórica, geográfica, socioeconómica e cultural da região.....	5
1.2 Contexto histórico da relação criança e agressão sexual	8
1.3 Alguns conceitos	17
1.4 Considerações legais das agressões sexuais	20
1.5 Epidemiologia das agressões sexuais.....	23
1.6 Consequências dos abusos sexuais	26
1.7 Revisão anatómica	31
1.7.1 Órgãos genitais externos femininos	31
1.7.2 Órgãos genitais externos masculino	34
1.7.3 Região anal	35
1.8 Metodologia de avaliação pericial	36
1.8.1 Metodologia pericial do SCML – Luanda, Angola	37
1.8.2 Metodologia pericial do INMLCF, IP - Portugal	38
<u>2. OBJECTIVOS</u>	50
<u>3. MATERIAL E MÉTODOS</u>	51
3.1 Material	51
3.2 Métodos.....	51
<u>4. RESULTADOS</u>	53
4.1 Referentes à vítima	53
4.2 Referentes à caraterização da agressão sexual.....	55
4.3 Referentes ao exame médico-legal	60
4.4 Referentes ao agressor e testemunhas.....	66
<u>5. DISCUSSÃO</u>	69
<u>6. CONCLUSÕES</u>	76
<u>7. AGRADECIMENTOS</u>	78
<u>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	79
<u>9. ANEXOS</u>	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig.1: Órgãos genitais externos femininos.....	31
Fig.2: Estadio 1 – (Pré-pubertário). Elevação do mamilo	32
Fig.3: Estadio 2- Formação da mama com alargamento areolar e sensação de moedor	32
Fig.4: Estadio 3- Aumento progressivo e elevação da mama e aréola, sem separação definida dos seus contornos.....	33
Fig.5: Estadio 4- Projeção da aréola e mamilo para a frente, para formar uma segunda elevação, acima do restante nível mamário.	33
Fig.6: Estadio 5 – Estadio de maturação, com projeção do mamilo: a aréola recua e funde-se com o contorno da mama.....	33
Fig.7: Estadio 1 – Pré-adolescente: Não existe pêlo púbico.....	33
Fig.8: Estadio 2 – Puberdade: Aparecimento de pêlos longos, escassos, lisos ou ligeiramente encaracolados, facilmente	33
Fig.9: Estadio 3 – Os pêlos escurecem, tornam-se ásperos e encaracolados. Dispõem-se de um modo escasso sobre a região da sínfise púbica	33
Fig.10: Estadio 4- O pêlo é tipo adulto, áspero e encaracolado, dispondo-se no monte púbico e grandes lábios, não contabilizável.....	33
Fig.11: Estadio 5 – Pêlo dispõe-se pela face medial das coxas; forma o triângulo púbico invertido feminino	33
Fig.12: Órgãos genitais externos masculinos.....	34
Fig.13: Estadio 1- (Pré-adolescente). Os testículos, escroto e pênis apresentam um tamanho infantil, sem alargamento do pênis; ausência de pêlos públicos.....	34
Fig.14: Estadio 2 – Alargamento testicular. Aparecimento de escassos pêlos longos, lisos ou ligeiramente encaracolados, sobre a raiz do pênis	35
Fig.15: Estadio 3 – Crescimento dos testículos e pênis. Os pêlos aumentam em número, tornam-se ásperos e encaracolados	35
Fig.16: Estadio 4 – O escroto apresenta-se enrugado., os testículos apresentam um volume de 12 a 20 ml, o pêlo é espesso e abundante	35
Fig.17: Estadio 5 – Pêlos distribuem-se em triângulo pela zona púbica e pelas faces mediais das coxas, os testículos apresentam um volume superior a 20ml e o pênis encontra-se completamente desenvolvido	35

Fig.18: Posição ao colo	45
Fig.19: Posição ginecológica	45
Fig.20: Posição genopeitoral.....	45
Fig.21: Lesões assinaladas segundo o mostrador de relógio	49

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das vítimas por idade.....	56
Tabela 2: Distribuição das vítimas segundo os antecedentes patológicos	54
Tabela 3: Distribuição das vítimas segundo a eventuais atitudes de agressão sexual anteriores.....	55
Tabela 4: Distribuição das vítimas segundo a eventual violência física.....	58
Tabela 5: Distribuição das vítimas segundo a eventual violência emocional	58
Tabela 6: Distribuição dos casos segundo o local da alegada agressão	58
Tabela 7: Distribuição das vítimas segundo a denúncia	59
Tabela 8: Distribuição das vítimas segundo ao consentimento	61
Tabela 9: Distribuição das vítimas segundo as queixas da vítima.....	62
Tabela 10: Distribuição das vítimas segundo a permeabilidade do ostíolo vaginal.....	64
Tabela 11: Distribuição dos casos segundo o género do agressor	66
Tabela 12: Distribuição dos casos segundo o número de agressores por agressão sexual.....	67
Tabela 13: Distribuição dos casos segundo a escolaridade do agressor	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição das vítimas por género	53
Gráfico 2: Distribuição das vítimas segundo a escolaridade	54
Gráfico 3: Distribuição dos casos segundo o tipo de agressão/contacto sexual perpetrado	55
Gráfico 4: Distribuição dos casos segundo o uso/não de preservativo	56
Gráfico 5: Distribuição dos casos segundo outros recursos utilizados para a agressão	56
Gráfico 6: Distribuição dos casos segundo o período de ocorrência	57
Gráfico 7: Distribuição dos casos segundo a duração da agressão	57
Gráfico 8: Distribuição dos casos em que não houve intenção de denúncia .	59
Gráfico 9: Distribuição dos casos segundo o Município em que ocorreu a alegada agressão.....	60
Gráfico 10: Distribuição dos casos segundo o tempo desde a agressão até ao exame Médico-Legal.....	60
Gráfico 11: Distribuição dos casos segundo o procedimento da vítima após a alegada agressão.....	61
Gráfico 12: Distribuição dos casos segundo as lesões a nível da superfície corporal	62
Gráfico 13: Distribuição dos casos segundo as lesões a nível da região oral	63
Gráfico 13: Distribuição dos casos segundo lesões a nível da região genital	63
Gráfico 15: Distribuição dos casos segundo o tipo de hímen	64
Gráfico 16: Distribuição dos casos segundo lesões a nível da região anal	65
Gráfico 17: Distribuição dos casos segundo os achados da perícia.....	65
Gráfico 18: Distribuição dos casos segundo os exames complementares	66
Gráfico 19: Distribuição dos casos segundo a relação entre o alegado agressor e a vítima.....	67
Gráfico 20: Distribuição dos casos segundo a existência de testemunhas.....	68

LISTA DE ACRÓNIMOS

- a.C – Antes de Cristo
- CGPNA – Comando Geral da Policia Nacional de Angola
- CP – Código Penal
- d.C – Depois de Cristo
- DNML – Departamento Nacional de Medicina Legal
- DNIC – Direção Nacional de Investigação Criminal
- DPIC – Direção Provincial de Investigação Criminal
- DP – Direito Penal
- HIV – Virus da Imuno Deficiência Humana
- INAC – Instituto Nacional da Criança
- INMLCF - Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
- ISPCAN – Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso na Criança
- LCC – Laboratório Central de Criminalística
- MINARS – Ministério da Assistência a Reinserção Social
- MP – Ministério Público
- NCCAN – National Center on Child Abused and Neglet
- NSPCC – National Society for the Prevention of Cruelty to Children
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- PAFC – Projeto de Apoio à Família e à Criança
- SCF - Serviço de Clínica Médico-Legal
- UNICEF - United Nations Children's Fund.

RESUMO

A agressão sexual, seja qual for o tipo, é considerada uma grave violação dos direitos humanos. Estima-se que os crimes de natureza sexual atinjam anualmente cerca de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Em Angola, não existem, até à data, estudos do âmbito forense sobre a incidência das agressões de natureza sexual. Sendo este o primeiro estudo no âmbito forense, é, no entanto, de salientar que os resultados subestimam a real incidência deste fenómeno a nível de toda a população angolana, uma vez que em muitos casos não existe qualquer tipo de denúncia da situação. Pese embora esse facto, acredita-se que este primeiro estudo irá permitir uma primeira caracterização da situação angolana, que poderá ser aprofundada com estudos mais amplos e mais abrangentes. Pretende-se com este estudo, compreender a realidade angolana em matéria de avaliação do dano na agressão sexual e, propor a criação de uma metodologia de avaliação, tendo em conta o modelo usado no Instituto Nacional de Medicina Legal de Portugal e Ciências Forenses, IP, “sendo este, a presente e futura escola para formação bem como para a implementação do futuro Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses de Angola”.

Foi desenvolvido um estudo descritivo, de carácter epidemiológico, referente a agressão sexual em menores de 12 anos inclusive, obtendo uma amostra de 145 casos, ocorridos durante o primeiro trimestre de 2012 na província de Luanda. Foram recolhidos dados após a prestação do consentimento informado, segundo as normas de Helsínquia, às vítimas e seus representantes legais. Também se elaborou uma ficha de registos, com as variáveis a estudar. A escassa informação contida nos processos, limitou a profundidade e abrangência do estudo. Neste contexto, verificámos que o abuso sexual ocorre em crianças cuja idade média foi de 8,17 anos, mediana de 9 anos, moda de 12 anos, mínima de 4 meses e máxima de 12 anos. Houve com maior frequência vítimas do género feminino 94%. O consentimento para a autorização da colheita de dados foi dirigido com maior frequência a mãe da vítima (51,72%). A quase totalidade dos agressores é do género masculino (99%), conhecido da vítima (62%), residente próximo da vítima. Em termos gerais, os resultados deste estudo remetem-nos para a transversalidade cultural e social do fenómeno, e a necessidade de se encontrarem medidas efetivas que reduzem a incidência da agressão do género em crianças.

Palavras-chave: agressão sexual, ciências forenses, direitos Humanos.

SUMMARY

Sexual assault, whatever the type, is considered a serious violation of human rights. It is estimated that sexual crimes annually reach about 12 million people worldwide. In Angola, until the moment, there are no forensic studies on the incidence of sexual assaults. Since this is the first study performed on the matter, it is, however, noteworthy to consider that the results underestimate the true incidence of this phenomenon in Angola, since in many cases there is no victim's complaint. Despite this fact, it is believed that this initial study will allow an initial characterization of the situation in Angola, which may be further investigated with larger and more comprehensive studies. The aim of this study was to understand the Angolan reality in the assessment of body damage in sexual assault of children, in order to propose an evaluation methodology, taking into account the model used in the National Institute of Forensic Medicine Portugal and Forensic Sciences, PI, "which is the present and future school for training as well as for the future implementation of the Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences of Angola."

An epidemiological and descriptive study of sexual assault on children less than 12 years old was performed. A sample of 145 cases occurring during the first quarter of 2012, in the province of Luanda was obtained. Data were collected after the provision of informed consent, according to the norms of Helsinki, from the victims and their legal representatives. The authors found that sexual abuse occurs in children whose average age was 8.17 years, median 9 years, standard deviation 12 years, minimum of 4 months and a maximum of 12 years. Female victims were dominant ranging 94% of the cases. The informed consent was obtained in the major part of the cases from the victim's mother (51.72%). Almost all offenders were male (99%), from the knowledge of the victim (62%) and living close to the victim. Overall, the results of this study lead us to the transversality cultural and social phenomenon, and the need to find effective measures to reduce the incidence of aggression in children's gender.

Keywords: sexual assault, forensic science, human rights

1 – INTRODUÇÃO

A correta descrição, sinalização, diagnóstico, tratamento e proteção das vítimas de agressões de género são passos fundamentais para evitar ou, pelo menos, minimizar as graves consequências psicossociais e, por vezes, físicas que estes crimes podem envolver. Consequências, aliás, particularmente graves no caso de menores e quando a agressão se verifica de forma reiterada no contexto familiar. ⁽⁵⁾

Muitos estudos nacionais e internacionais têm vindo a ser desenvolvidos na área neste género de agressão, particularmente sobre os praticados contra crianças. Estes têm relevado grande prevalência e incidência do fenómeno, que se apresenta transversal a todos os países do mundo, culturas, estratos sociais e económicos. ^(12,13,14,15) Por outro lado, a estas práticas associam-se:

- As baixas taxas de denúncia por parte das vítimas. ⁽¹⁰⁾
- Reduzido número de denúncias pelas pessoas que suspeitam dos mesmos. ⁽¹¹⁾
- Graves consequências para as crianças e suas famílias, a curto, médio e longo prazo. ^(9,15)

Todos estes aspetos em conjunto, justificam que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considere esta problemática como uma emergência sanitária silenciosa “*silent health emergency*,” de relevância internacional, no âmbito da saúde pública. ^(3,15)

Nos menores, as agressões de género vão desde práticas de atentado ao pudor até ao estupro, ⁽¹⁶⁾ constituindo, atualmente, uma morbilidade elevada em que são vitimizadas crianças e adolescentes ^(2,4) adquirindo carácter endémico e constituído um complexo problema de saúde pública ^(5,6) e uma das formas mais graves de violação dos direitos humanos, ⁽⁷⁾ tendo um impacto relevante na saúde física e mental das vítimas.

Este tipo de agressão é praticada por pessoas conhecidas e próximas à vítima, tais como, família, vizinhos, professores, amigos. Verifica-se pois que o agressor ocupa uma posição de poder em relação à vítima, utilizando-o de várias formas, no sentido, de intimidar a vítima, nomeadamente através de chantagem emocional ou intimidação e ameaça.

Alguns investigadores como *Aiken & Purdy (1998)* propõem direitos iguais para adultos e crianças, já que estas estariam a ser prejudicadas pelos limites do Direito. Desta forma, seria salvaguardada a proteção dos menores, que ainda não tendo o seu

processo de desenvolvimento concluído estariam em desvantagem em relação aos adultos, na hora de serem defendidos judicialmente. ⁽¹⁷⁾

Entretanto, o interesse social e político crescente acerca dos direitos da criança e por parte da população dos países democráticos ocidentais pode ser considerado *paradoxal*.

Com efeito, por um lado, parece confirmar o estabelecimento de uma cultura moral e jurídica humanista e universalista dos direitos humanos (que Norberto Bobbio sintetizou pela feliz expressão "era dos direitos") e, no caso que nos preocupa, dos direitos da criança (estabelecidos em âmbito internacional a partir de 1924 pela Convenção de Genebra sobre os direitos da criança, prolongada pela Convenção Internacional das Nações Unidas de 1959 e ratificada em 1990 pelos países signatários da mesma) e, por outro, parece incapaz de evitar os abusos contra tais direitos, como mostra a atual controvérsia, em âmbito internacional, sobre a pedofilia, nos diferentes meios de comunicação, em particular, na Internet, onde a pornografia e prostituição infantil são ainda de fácil acesso à população em geral, quando não reivindicadas como um direito à livre expressão.

Esse paradoxo parece favorecer, nas sociedades democráticas ocidentais e, em particular, em seus âmbitos familiares, não somente o aumento de abusos contra o menor, mas também uma maior aceitação e conivência da sociedade com este tipo de prática, seja devido a um sentimento difuso de impunidade seja invocando, de forma perversa, princípios tais como o direito à privacidade, o direito à diferença cultural e "*last but not least*" um suposto consentimento do menor, supostamente emancipado do paternalismo moralizante quando não "moralista".

Isso parece tornar a prática de agressão de gênero em menores uma autêntica controvérsia moral, visto que alguns o consideram como uma prática que pode e deve ser reprovada, inclusive sancionada pelos rigores da lei, e outros, ao contrário, como uma prática que, embora talvez reprovável quando não haja, de fato, livre consentimento por parte da vítima, nem por isso deva ser objeto de intervenção dos poderes públicos e de um suposto Estado "paternalista" e "autoritário" que interviria em âmbitos que não lhe competem.

A controvérsia, portanto, estabelecer-se-ia devido a uma contestação do próprio espírito da Convenção de 1990, em nome de um novo direito do menor ao acesso aos direitos tradicionalmente reservados aos adultos, a começar pelo direito à sexualidade e ao prazer, razão pela qual a controvérsia resultaria do conflito entre a proteção do

menor, por um lado, e sua autodeterminação, por outro. É questão, evidentemente, complexa, mas, como tentaremos mostrar, o estatuto particular do menor, sua vulnerabilidade intrínseca e sua autonomia processual pela educação são motivos cogentes para que, mesmo uma sociedade liberal e permissiva não possa aceitar como moralmente legítimo esse tipo de prática sem discussão, em nome de um suposto aumento das liberdades individuais. ⁽¹⁸⁾

As ações dos grupos que vêm trabalhando com o intento de prevenir o abuso ou agressão de gênero em menores no âmbito familiar, e que procuram criar estratégias e mecanismos capazes de evitar a impunidade, encontram, no entanto, muitas dificuldades, quer pela prática do silêncio por parte das vítimas e da sociedade em geral, quer pelas tímidas ações concretas no apoio ao menor e à família, quer, ainda, pelas próprias reticências por parte da família em denunciar um seu membro e expor-se, assim, à possibilidade de eventuais consequências negativas adicionais. Além disso, existe também uma falta de consciência profissional sobre a real magnitude do problema, assim como uma compreensível (mas não necessariamente justificável) reticência dos profissionais em se envolverem num assunto psicossocial complexo, difícil e incômodo, quase sempre negado (ou denegado) durante as investigações judiciais, tanto pelos autores como pelas próprias vítimas. ⁽¹⁸⁾

Em Angola, a situação da exploração sexual e comercial de crianças, não diverge muito com a de outras nações, porém, por circunstâncias de ser um País que transpira ainda os efeitos perversos da guerra, este fenómeno torna-se cada vez mais grave. A prática dessa violência contraria mesmo a própria tradição da família angolana que sempre primou pela manutenção do núcleo familiar, da integração dos seus membros e da proteção dos seus filhos.

Na verdade, a agressão de gênero contra as Crianças, em Angola, é uma realidade incontestável, mas não pode deixar de ser entendida, como uma ameaça contra a criança, tanto pela sociedade como pelas instituições. No quadro da violência, as crianças acabam por ser tratadas não como sujeito, de direitos mas como objetos, já que são relegadas a si mesmas. ⁽⁵⁶⁾

Na batalha diária pela sobrevivência, muitas crianças descobrem precocemente que o próprio corpo será o único meio de que dispõem para conseguir a satisfação das suas necessidades materiais, em prol da sua sobrevivência.

A Criança usada e explorada sexualmente adquire, via de regra, sequelas irreversíveis, ou seja, perde a autoestima, mutila-se, estigmatiza-se. Trata-se, portanto,

de uma transgressão aos direitos humanos, da liberdade individual, da dignidade, da educação e a convivência familiar e comunitária. Diante dessa realidade, não se pretende tolerá-la por mais tempo, visto que o Governo da República de Angola, através do INAC – “Instituto Nacional da Criança,” MINARS “Ministério da Assistência a Reinserção Social”, Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Juventude e Desportos, Ministério da Saúde e Ministério da Família e Promoção da Mulher, apoiado pelo UNICEF – “Fundo das Nações Unidas para Infância,” legitimamente representados e irmanados pelo espírito de Unidade e Paz em Angola, manifestado pela vontade política e social, fortalecendo parcerias, manifesta o seu desejo de adotar um Plano Nacional de ação, à luz da Constituição da República de Angola, da Carta Africana dos Direitos e do bem-estar da Criança, na Convenção dos Direitos da Criança, subscrita pelo Estado Angolano e, cumprindo com a declaração e agenda de ação, aprovada pelo Congresso Mundial contra Exploração Sexual Comercial de Crianças, em Estocolmo, Suécia, em 1996. ⁽⁵⁶⁾

Neste estudo pretende-se analisar a incidência das agressões de género em menores, com idades compreendidas entre os zero aos doze anos, na província de Luanda, tendo em conta o estudo das diversas características que envolve este fenómeno, desde a ocorrência da alegada agressão, passando por diferentes etapas de investigação pericial que sirvam como meios de esclarecimentos dos casos para os órgãos de decisão.

1.1 – CARATERIZAÇÃO HISTÓRICA, GEOGRÁFICA, SOCIOECONÓMICA E CULTURAL DA REGIÃO

Luanda é a capital e a mais populosa cidade de Angola, tendo sido fundada a 25 de Janeiro de 1576 pelo fidalgo e explorador português Paulo Dias de Novais, sob o nome de “São Paulo da Assunção de Loanda”. A cidade ganhou o nome através da sua ilha (Ilha de Luanda), local onde os primeiros colonos portugueses se radicaram. ⁽⁵⁾ O topónimo *Luanda* provém do étimo *lu-ndandu*. O prefixo *lu*, primitivamente uma das formas do plural nas línguas bantu, é comum nos nomes de zonas do litoral, de bacias de rios ou de regiões alagadas (exemplos: Luena, Lucala, Lobito) e, neste caso, refere-se à *restinga* rodeada pelo mar. *Ndandu* significa *valor* ou *objecto de comércio* e alude à exploração dos pequenos búzios colhidos na ilha de Luanda e que constituíam a moeda corrente no antigo Reino do Kongo e em grande parte da costa ocidental africana, conhecidos por *zimbo* ou *njimbo*. ⁽⁵⁴⁾ Como os povos abundos moldavam a pronúncia da toponímia das várias regiões ao seu modo de falar, eliminando alguns sons quando estes não alteravam o significado do vocábulo, de *Lu-ndandu* passou-se a *Lu-andu*. O vocábulo, no processo de aportuguesamento, passou a ser feminino, uma vez que se referia a uma ilha, e resultou em *Luanda*. ⁽⁵⁴⁾

Luanda está localizada na costa do Oceano Atlântico, sendo o principal centro económico do país e contando com uma população de, aproximadamente, 5 milhões de habitantes. É assim considerada a terceira cidade lusófona mais populosa do mundo, apenas se situando atrás de São Paulo e Rio de Janeiro, no Brasil. ^(52,53) De facto, poucos efeitos na população foram verificados durante da guerra civil em relação a outras províncias.

Os habitantes de Luanda são, na sua grande maioria, membros de grupos étnicos, principalmente ambundu, ovimbundu e bakongo. Existe uma minoria significativa de origem europeia, constituída principalmente por portugueses, e uma grande comunidade chinesa. A língua oficial e a mais falada é o português, sendo também faladas várias línguas do grupo bantu, principalmente o kimbundu.

Pela reforma administrativa de 2011, a província viu alargada a sua área, passando a contar com sete municípios: Belas; Cacuaco; Cazenga; Ícolo e Bengo; Luanda; Quiçama e Viana. Os anteriores municípios “Ingombota, Kilamba Kixi, Maianga, Rangel, Samba e Sambizanga” passaram a constituir o novo município de Luanda. ⁽⁵⁵⁾ Tem uma área total de cerca de 2225 Km.²

Relativamente à caracterização geográfica, não existem grandes rios que desaguem no litoral da cidade, mas apenas vários cursos de água, os quais formam o sistema de bacias pluviais de Luanda. Os rios mais próximos são o Kwanza, o maior rio de Angola que faz o limite sul entre a província de Luanda e a província do Bengo, e o rio Bengo que faz o limite norte com a mesma província.

O clima é quente e húmido, mas surpreendentemente seco, devido à corrente fria de Benguela que impede a condensação da humidade para gerar chuva. Frequentemente, o nevoeiro impede a queda das temperaturas durante a noite, mesmo durante o mês de Junho, que costuma causar secas completas até Outubro.

Luanda possui uma precipitação anual de 323 milímetros, mas a variabilidade está entre as mais altas do mundo, com um coeficiente de variação superior a 40%. O curto período de chuvas nos meses de Março e Abril depende de uma contracorrente do norte que traz humidade à cidade.

As indústrias presentes na cidade incluem as de transformação de produtos agrícolas, produção de bebidas, têxteis, cimento e outros materiais de construção, plástico, metalurgia, cigarros e sapatos. O petróleo, extraído nas imediações, é refinado na cidade, embora a refinaria tenha sido várias vezes danificada durante a guerra civil que assolou o país entre 1975 e 2002. Luanda possui um excelente porto natural, sendo as principais exportações o café, algodão, açúcar, diamantes, ferro e sal.

Em termos de transportes, Luanda é o ponto de partida de uma linha de caminho-de-ferro que serve o interior a leste da cidade, sem no entanto atingir a fronteira da República Democrática do Congo. A cidade é servida pelo Aeroporto 4 de Fevereiro. O principal sistema de transporte no interior da cidade é feito através dos táxis, também chamados de candongueiros, nome popular dado aos veículos de transporte de passageiros em Angola (no Brasil são chamados de vans ou lotações). Geralmente são carrinhas pintadas de branco e azuis informais que percorrem toda a cidade, realizando também viagens para várias províncias do país. ^(53,55)

Cerca de 65% da população de Luanda (incluindo crianças), trabalha o seu dia a dia nos mercados paralelos, com a mera finalidade de sobrevivência.

O sistema de educação em Luanda tem vindo a crescer nos últimos anos, em consequência aos investimentos realizados neste sector, no âmbito da construção e reabilitação ou seja, do apetrechamento das escolas, dos novos equipamentos e da qualidade do ensino. Verificou-se que, em 2001, estavam matriculados cerca de 425119 alunos, havendo, em 2012, cerca de um milhão 576614 alunos, demonstrando uma

evolução considerável. Tem-se notado um número moderado de universidades, sendo Luanda o principal polo universitário do país. Em 2008 foi lançado o projeto da Cidade Universitária que abrigará o primeiro parque Científico e Tecnológico de Angola. ⁽⁵²⁾

Quanto ao sistema de saúde, não tem um funcionamento considerável por deficiência da organização hierárquica do mesmo sistema. Todavia tem-se empreendido esforços, com previsão de melhorar o sistema de saúde. Atualmente, Luanda conta com uma média de dois postos médicos e um centros de saúde em cada município (Freguesia), bem como um número considerável de hospitais como o Hospital Josina Machel, ex-Hospital Maria Pia), o Hospital Américo Boavida, o Hospital Militar, o Hospital de Queimados Neves Bendinha, o Hospital do Prenda, o Hospital geral de Luanda, o Hospital pediátrico “David Bernardino”, a Maternidade Lucrecia Paim, a maternidade Augusto Ngangula, a Clínica Girassol (propriedade da petrolífera Sonangol), a Clínica Multiperfil, a Clínica Sagrada Esperança (propriedade da Empresa Nacional de Diamantes). Nos últimos anos, os principais hospitais públicos da capital têm vindo a ser reformados e reequipados.

Sob o ponto de vista cultural existem alguns cinemas, teatros, feiras; certos patrimónios como a Biblioteca Nacional de Angola, Biblioteca do Governo Provincial de Luanda e o Arquivo Histórico de Angola, bem como alguns museus.

1.2 – CONTEXTO HISTÓRICO DA RELAÇÃO CRIANÇA E AGRESSÃO DE GÊNERO

É importante conhecer o contexto histórico das agressões de gênero e compreender que muitos atos que hoje nos parecem brutais estavam completamente de acordo com as atitudes de determinadas épocas. Inclusive, algumas práticas, quer intra, quer extrafamiliares, pareciam fortalecer a comunidade e eram reconhecidas pela filosofia daqueles tempos. Conhecer tais práticas e as ideias que as apoiavam e promoviam, pode contribuir para a melhor compreensão do fenômeno na atualidade.

A maioria dos dados históricos informa-nos que o normal, no sentido de ser frequente, por parte de muitas culturas da antiguidade, era as crianças não serem bem tratadas.⁽¹⁹⁾ De Mause refere que, quanto mais se retrocede no passado, mais expostas encontramos as crianças à morte violenta, ao abandono, às agressões, ao terror e aos abusos sexuais, constituindo a história da infância um pesadelo do qual começamos a despertar pouco a pouco.^(20, 23) Até há cerca de três séculos atrás, a criança era tratada como um adulto em miniatura, sem necessidades específicas.^(20,23,24) De Mause considera a história da criança dividida em seis fases: *infanticídio* (Antiguidade até ao século III), *abandono* (séculos IV-XIII), *ambivalência* (séculos XIV-XVII), *intrusão* (século XVIII), *socialização* (século XIX e primeira metade do século XX) e *ajuda* (segunda metade do século XX).⁽²⁰⁾

Na época pré-cristã, a população infantil esteve envolvida em todo o tipo de maus tratos, por pais que se desfaziam dos filhos com facilidade, abandonando-os sem qualquer sentimento de culpa.⁽²¹⁾ Exemplos destas práticas aconteceram em todos os estratos sociais e em qualquer das suas categorias (maus tratos físicos, abandono e abuso sexual, entre outros). Em muitas situações estes foram mesmo promovidos por diferentes culturas, como no caso do sacrifício aos deuses, comum a muitas sociedades, o infanticídio de meninas na Índia, por não serem rentáveis, o infanticídio dos meninos no Egito, para controlar o crescimento da população, o infanticídio das crianças mais débeis ou com deficiências em Esparta, e os maus tratos como forma de educação ou o direito dos pais sobre os filhos e sobre as filhas no caso de incesto, entre outros.⁽²²⁾

Na Babilónia as crianças eram utilizadas para a prostituição nos templos.

No Egito, praticavam-se relações sexuais com as meninas de classes sociais altas, como prática religiosa, que continuava até ao aparecimento da menarca. A venda de crianças a prostíbulos era prática frequente na Pérsia, China e Índia. Em contraponto

com estas situações de abuso, também existiam casos que revelavam uma certa preocupação ou proteção relativamente às crianças e jovens.

Na Mesopotâmia, por exemplo, havia uma deusa protetora das crianças, e na cultura grega e romana estabeleceram-se instituições para os órfãos que defendiam um tratamento menos severo para as crianças. ^(23,25)

Aristóteles apoiava o aborto como uma necessidade para controlar a natalidade ⁽²¹⁾ e dizia: “*um filho e um escravo são propriedade dos pais e nada do que se faça com o que é nosso é injusto, não pode haver injustiça com a propriedade do próprio.*”⁽²⁵⁾ O abuso sexual estava presente como forma diferenciada.

Na Grécia e em Roma, era um facto aceite que os adultos usassem sexualmente crianças e jovens. Existiam casas de prostituição com crianças. Plutarco dizia que os jovens romanos livres usavam uma bola de ouro no pescoço para que os adultos soubessem com quem não era correta a relação sexual quando havia um grupo de jovens despidos.

Com o aparecimento do cristianismo, ou seja, no ano de 450 d.C, surgiram as primeiras leis de proteção à infância, modificando-se a autoridade absoluta do pai sobre seus filhos. Também em muitas sociedades se regularam as relações e o acesso sexual às crianças. ⁽²⁶⁾

Durante a Idade Média não havia um lugar específico para a infância. Não se conheciam as suas particularidades, nem o que implicavam as fases de crescimento, pelo que as crianças frequentavam os mesmos lugares que os adultos, quer no lazer, quer no trabalho. Nesta época, em virtude das numerosas guerras e da precariedade económica, as crianças sofreram particularmente, sendo frequente o seu abandono. ⁽²⁷⁾

Os maus tratos aconteciam, também, nas casas reais da época. Na classe social média-alta o contacto dos pais com os filhos era mínimo; o aleitamento e a educação eram entregues a pessoas fora da família. ^(23,35)

Tal como tinha acontecido com a civilização romana, a utilização de adolescentes em relações sexuais estava institucionalizada. As crianças eram usadas para entretenimento sexual de cuidadores e criados jovens, sendo estes considerados os principais responsáveis por estes abusos; no entanto, em determinados testemunhos pictóricos pode ver-se a mãe e o filho em posturas que são sinais iconográficos de amor sexual.

No período entre os séculos XIV e XVII as crianças deixaram de estar entregues a uma ama ou a uma instituição, para entrar na vida afetiva dos pais, aparecendo

instituições com vista à sua proteção e educação. No século XVII diminuiu o infanticídio e a mortalidade infantil (também pela melhoria das condições higieno-sanitárias).

Durante os séculos XVII e XVIII, a proteção da criança traduzia-se no internamento em instituições, apesar desse internamento obedecer mais aos interesses da comunidade que aos da criança, mas tal institucionalização era considerada como um mal menor em comparação com o infanticídio.^(23,25) Neste período, a infância começou a ser considerada como uma fase específica da vida, necessitando de atenções especiais. No entanto, em Paris, entre 1771 e 1888, morreram 80% das 31.000 crianças acolhidas nos hospícios; em Dublin, entre 1775 e 1796, só sobreviveram 45 das 10.000 que passaram pelas instituições.⁽²⁵⁾

Foi nessa altura que começou a despertar o atual sentimento pela infância.

No século XVII, Zacchias publicou a 3ª edição do seu livro “*Medico-Legal Debats*”, onde mencionava tratamentos incorretos para a educação das crianças. Em 1860, em França, começaram, pela primeira vez, a surgir vozes de denúncia contra estes casos, mas foi necessário mais de um século para se reagir de forma adequada a este fenómeno.

Mas tal sentimento só apareceu nas classes sociais mais elevadas, dado que os outros necessitavam de dedicar todo o tempo possível para a satisfação das suas necessidades materiais e não podiam perder tempo com os filhos.⁽²⁵⁾

O interesse pela proteção infantil aparece, definitivamente, no século XIX, em consequência da Revolução Industrial que trouxe consigo uma nova exploração da criança, através do trabalho. No século XIX há a destacar quatro aspetos importantes:^(23,25) a) O estudo científico dos casos de maus tratos; b) A criação dos primeiros hospitais infantis; c) A expansão do trabalho remunerado às crianças; d) A criação das primeiras sociedades dedicadas à prevenção da crueldade infligida às crianças.

Os pais ou tutores tentavam mascarar as violências físicas quando levavam as crianças às consultas médicas e, graças a isso, os espancamentos foram estudados aprofundadamente. No entanto, ao aumentar este controlo social, começou a generalizar-se um costume muito antigo: o abandono.⁽²¹⁾

A Revolução Industrial deu lugar a uma severa educação das crianças da nova classe social, a burguesia, e a condições de vida infra-humanas para as crianças das classes sociais mais desfavorecidas.⁽²⁷⁾

Nos Estados Unidos da América as mudanças culturais e de sensibilidade levaram à criação do *Child Welfare Movement*. Em 1825 a *Sociedade Nova-iorquina para a Reforma dos Delinquentes Juvenis* fundou um refúgio, destinado a crianças vagabundas e, por vezes, a crianças abandonadas e maltratadas. ⁽²⁷⁾

Em 1852, Toulmuche, médico legista francês, descreveu algumas lesões de maus tratos e em 1860, Ambroise Tardieu, catedrático de medicina legal de Paris, fez a primeira grande descrição científica da síndrome da criança maltratada, no seu livro “*Étude médico-légale sur les sevices et mauvais traitements exercés sur les enfants*”, onde recolheu 32 casos de crianças maltratadas (18 das quais morreram), referindo as lesões sofridas e os seus problemas familiares, estabelecendo o contraste entre os dados clínicos e as justificações dadas pelos pais. ^(25,28) O seu testemunho não foi atendido como merecia durante quase cem anos, mas conseguiu despertar a consciência social no seu país e, vinte e nove anos depois da sua publicação, foi promulgada uma lei de proteção às crianças maltratadas.

Em Paris e Londres, fundaram-se os primeiros hospitais pediátricos como um primeiro passo na luta contra os maus tratos institucionais. ^(23, 29)

Em 1874, na sequência do caso de Mary Ellen ⁽³⁰⁾ “que por não ser considerado delito, foi submetido à Sociedade Protetora dos Animais ⁽²¹⁾”, fundou-se, em Nova York, a *Society for Prevention for Cruelty to Children*. Poucos anos depois, em 1884, criaram-se sociedades homólogas, anglo-saxónicas, como a *National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC)*, em Londres. ^(25,27,31) Assim, foi-se aumentando a sensibilidade pública face às crianças, promulgando-se uma série de medidas legislativas com uma incidência cada vez maior sobre o assunto. ⁽²¹⁾

Durante os últimos anos do século XIX, ao aumentar a consciência paterna, as crianças eram levadas aos hospitais pelos próprios pais, que descreviam acidentes estranhos para poder explicar as múltiplas feridas e fraturas que marcavam o corpo dos filhos. Era difícil para os médicos acreditar nessas descrições; no entanto, as suspeitas começaram apenas a surgir quando a radiografia se tornou num método auxiliar de diagnóstico. Mesmo assim, as descobertas radiográficas dos sinais de maus tratos infantis foram esquecidas pela maioria dos médicos. ⁽²¹⁾

O reconhecimento dos direitos das crianças e as leis em seu favor surgiram, fundamentalmente, apenas no século XX, ⁽²⁴⁾ mas até aos anos 60 a comunidade científica não mostrou qualquer interesse sobre esta temática, evoluindo a sociedade no sentido do reconhecimento de que o tratamento das crianças deve reunir o mínimo de

qualidades. No decorrer destes poucos anos, o estudo dos maus tratos infantis passou já por algumas fases. Começou por se atender apenas à questão dos maus tratos físicos, evoluindo-se depois para a negligência de tipo físico e, mais tarde, para os maus tratos emocionais. Entretanto, irrompeu com grande força a literatura sobre os abusos sexuais.

Apesar da negra história das crianças, há que constatar que em certos momentos a sociedade reagiu para as proteger. Possivelmente, nestes casos, fê-lo pela ideologia religiosa, humanitária ou judicial. Mas nos últimos decénios, se bem que o fenómeno seja geral, há sociedades que continuam a não reconhecer, oficialmente, esta problemática, podendo ser vários os motivos: questões culturais em que falta o reconhecimento dos direitos das pessoas (imperam as necessidades dos adultos, sendo o dito menor, uma pessoa de segunda categoria) ou graves necessidades materiais, sanitárias, higiénicas que pondo em perigo a sobrevivência não permitam valorizar a qualidade de vida pessoal e familiar como uma necessidade básica.

Os maus tratos infantis estiveram sempre presente nas várias sociedades, nas mesmas formas que atualmente, e em todos os estratos sociais.

A Iª Guerra Mundial, pelos seus efeitos sobre a população civil e a infância, teve uma influência decisiva nesta matéria. E. Jebb fundou em Genebra, em 1920, a *União Internacional de Socorros às Crianças* e dotou-a de uma carta de cinco princípios aprovados pela 5ª Assembleia da Sociedade das Nações (1924), conhecida pela *Carta dos Direitos das Crianças* ou *Declaração de Genebra*.⁽²⁵⁾ Diferentes países reconheceram nas suas legislações esta Declaração. Esta situação perdurou até 1929, quando, no XVI Congresso de Medicina Legal, em Paris, Parisot e Cussade publicaram um relatório sobre os espancamentos às crianças, que no entanto foi esquecido durante seis anos.⁽²¹⁾

A IIª Guerra Mundial veio, tal como a primeira, dar um novo impulso à evolução destes casos, surgindo a noção de bem-estar e organismos como a UNICEF (*Fundo Internacional de Socorro da Infância*, 1947), aprovando-se a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (10 de Dezembro de 1948).

Em relação ao abuso sexual, depois de séculos de silêncio por parte dos estudiosos e cientistas, foi Freud quem primeiro reconheceu estes abusos. Freud começou a desenvolver a sua teoria sobre a origem das neuroses ouvindo as mulheres

falar pormenorizadamente acerca dos abusos sexuais de que tinham sido vítimas na infância por parte de seus pais; mas quando começou a ser criticado pelos colegas, resolveu o caso considerando que se tratavam de “fantasias”.

Em 1950, Kinsey determinou que 20% de mulheres, aproximadamente, tinham sido vítimas deste abuso, mas não valorizou os seus efeitos.⁽²⁵⁾ Em 1959, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas aprovou a Declaração dos Direitos das Crianças. Nesse mesmo ano os pediatras Kempe e Silver chamaram a atenção para a negligência criminosa dos pais e para os graves maus tratos a que estavam a ser submetidos os filhos. Começaram nesta época a surgir trabalhos nesta área.^(23,25)

A Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de Novembro de 1959, aprovou a *Declaração dos Direitos da Criança*, o que constitui um avanço muito significativo na sua difusão, mas não vinculava os Estados. Em 1960, Altman e Smith referiram-se pela primeira vez, à prevenção e controlo da criança espancada, considerando-os como um dos aspetos mais importantes da questão.⁽²¹⁾

Na Europa produziu-se um fenómeno semelhante, sobretudo em Inglaterra, França, Alemanha e Países Nórdicos; em Espanha a questão começou a tomar forma a partir de 1980;⁽³¹⁾ também em Portugal, só a partir da década de oitenta, surgiram estudos mais aprofundados sobre o tema, por influência do reconhecimento das Regras e Convenções internacionais sobre os direitos da criança. Em 1963, Fontana introduziu a noção de criança maltratada, que é um conceito mais amplo que o de H. Kempe, pois este novo termo englobava todo o tipo de violência infligida à criança, sendo uma delas a emocional, a qual começou a ser considerada como uma agressão muito importante.^(21,23)

A partir de 1965, operou-se uma mudança na abordagem deste tema e os termos “síndrome da criança batida” e “síndrome da criança maltratada” surgiram na literatura sob a designação de *child abuse*. Esta nova terminologia de Kempe foi importante porque, como Fontana, inclui não só as crianças vítimas de maus tratos físicos, mas também aquelas vítimas de maus tratos emocionais, abandonadas, com défice nutricional ou sofrendo de abuso sexual. Em 1969, Gil publicou um estudo interessante, no qual considerou que o mau trato infantil não só se circunscreve ao ambiente familiar, como também pode ser causado por determinadas instituições ou pela sociedade; este sociólogo, chamou a atenção para o papel da sociedade e das instituições na etiologia dos maus tratos.⁽²¹⁾ Na década de 70, verificou-se um grande impulso dos movimentos associativos profissionais, começando a funcionar em 1977 a *Sociedade Internacional*

para a *Prevenção do Abuso e Negligência na Criança* (ISPCAN), contando com a preciosa publicação oficial do *Child Abuse & Neglect*. Em 1971, Lukianowicz analisou com mais pormenor a questão dos maus tratos psicológicos ⁽²⁵⁾ e em 1972, Caffey ⁽³²⁾ descreveu a “Shaken Baby Syndrome”, uma forma inusual de maltrato infantil, com especial repercussão neurológica, caracterizada pela presença em lactentes, de hemorragias retinianas, subdurais e/ou subaracnoídeas na ausência de trauma externo ou com sinais mínimos de maus tratos.

Depois de Kempe, e a partir da segunda metade dos anos 70, esta matéria beneficiou de uma segunda mobilização, sobretudo no que se refere à questão dos abusos sexuais, através dos movimentos de libertação feminina. As mulheres começaram a revelar as suas experiências relativamente aos abusos sexuais vividos na infância e que até aí tinham calado. ⁽²³⁾ O resultado foi o desenvolvimento do conhecimento sobre estas situações, a sua publicitação e as ações governamentais relativamente à questão dos abusos sexuais, sobretudo nos Estados Unidos da América.⁽³³⁾ Assim, a partir de Kempe e dos movimentos de libertação das mulheres, a sociedade começou a ouvir contar as experiências relativas aos abusos sexuais das crianças, adolescentes e adultos. Não era mais possível confundir estas histórias com “fantasias”.

Nas décadas de 70 e de 80, realizaram-se numerosos estudos para quantificar a frequência, o tipo, os efeitos a curto e a longo prazo, dos abusos sexuais. Neste sentido destacam-se as revisões de Brownw (1986) e Wyatt e Powell (1988). ^(23,25) Assim, a pesquisa médica em termos de abusos sexuais tem ainda pouco tempo. ⁽³⁴⁾

Em 1985, a *American Medical Association* lançou, formalmente, o assunto do abuso em menores. ⁽³⁵⁾ A partir daí numerosos artigos médicos nesta matéria começaram a surgir, ^(36,37) merecendo destaque dois livros ilustrados, o de Chadewick e colaboradores e o de Heger e Emans. ^(38,39)

Nessa altura, a atenção dos cientistas começou a centrar-se nos seguintes assuntos sobre os abusos de género:

- a) Técnicas de exame
- b) Diagnósticos diferenciais
- c) Doenças sexualmente transmissíveis
- d) Perturbações do comportamento;
- e) Diagnóstico médico-legal
- f) Aspectos epidemiológicos.

Quanto às técnicas de exame, o papel do médico na entrevista começou por ser estudado, incluindo a valorização de determinadas evidências verbais em tribunal, ⁽⁴⁰⁾ bem como o uso de bonecas anatomicamente corretas ^(23,41) e o uso de desenhos pelas crianças. ⁽⁴²⁾ Relativamente aos aspetos técnicos do exame médico, tem havido estudos incluindo a colposcopia, ^(43,44) as posições no exame e o registo fotográfico. Iniciaram-se, também, algumas pesquisas relativamente às consequências emocionais do exame médico nas crianças. ^(23,45)

A questão do diagnóstico diferencial, além dos aspetos genéricos começou a ser estudada tendo em conta as variantes anatómicas normais os traumas acidentais e patológicos. As doenças sexualmente transmissíveis, na sua relação com os abusos sexuais, começaram a ser consideradas no início dos anos 90. ^(46,47,48)

Quanto às perturbações do comportamento, o trabalho de Friedrick e colaboradores sobre o comportamento sexual normativo nas crianças lançou as bases da avaliação do comportamento sexualizado em crianças suspeitas. No entanto, apenas um pequeno número de trabalhos sobre as consequências no comportamento de menores sexualmente abusados foi nessa época publicado. Relativamente aos aspetos médico-legais destacaram-se, nesta área, os trabalhos de Aiken, Annas, Hampton, Gabby, Ricci e Smally. ^(23,49)

Finalmente, quanto aos aspetos epidemiológicos, apenas um número reduzido de estudos focou o problema do abuso sexual no género masculino. ⁽⁵⁰⁾

Para além dos aspetos técnico-científicos referidos, também na segunda metade do século XX as mudanças foram profundas no que se refere ao avanço dos Direitos do Homem, com a melhoria da assistência pública, com a diminuição da mortalidade infantil, com a progressiva participação das instituições nos cuidados e educação das crianças, com a incorporação social da mulher e redefinição das relações pais-filhos, bem como com a influência dos meios de comunicação e das novas tecnologias.

A *Convenção dos Direitos das Crianças*, das Nações Unidas, aprovada na Assembleia Geral de 20 de Novembro de 1989, tinha constituído um marco histórico, fazendo parte do Direito positivo dos países que a ratificaram.

Em 1992, o Parlamento Europeu aprovou a *Carta Europeia dos Direitos das Crianças* (A 3-0172/92) que, além de estabelecer os direitos das crianças nos países europeus, pedia aos estados membros, no seu ponto 6º, que nomeassem um defensor dos direitos das crianças.

A legislação portuguesa sobre esta matéria foi-se adaptando aos desenvolvimentos científicos e culturais e, em 1991, foram criadas as Comissões de Proteção de Menores. Em 1998, a Comissão Interministerial para o estudo da articulação entre os Ministérios da Justiça e da Solidariedade e Segurança Social, considerou como crianças em risco “*aquelas crianças sujeitas a maus tratos, a quem os pais não prestam os cuidados necessários ao seu desenvolvimento e aquelas que com o seu comportamento, ponham elas próprias em causa o seu crescimento.*” E em 1999 foi redigida a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, que apenas entraria em vigor em 2001. Apesar de todos estes estudos, nas duas últimas décadas, continuam a existir muitas lacunas de conhecimento, o que compromete a prática clínica e médico-legal e, deste modo, o bem-estar das crianças presumivelmente vítimas de abusos sexuais.

O conceito de maus tratos, que valorizava, essencialmente o aspeto físico, foi superado perante a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, que considerava o bem-estar físico, psíquico e social e, não apenas, a ausência de doença, e pela consideração da criança como um ente bio-psico-social. Assim, os abusos em crianças e jovens adquiriram uma nova e ampla dimensão em que se incluíam formas ativas e passivas, aspetos emocionais e físicos, contextos familiares e extrafamiliares, atendendo às suas necessidades físicas e psicológicas e à capacidade dos vários contextos de desenvolvimento, sem esquecer as suas possíveis sequelas ou repercussões. ^(23, 27)

1.3 – ALGUNS CONCEITOS

A falta de consenso relativamente ao conceito de abuso de género em crianças tem constituído uma questão central nesta problemática. A literatura demonstra ter existido uma grande variabilidade de definições que resultam de critérios diferentes ou seja: muitas vezes a definição existente está dependente de cada região geográfica, do país e até das diferentes culturas dentro da mesma região ou país, constituindo um exemplo paradigmático, o facto de ser inconcebível em certas culturas que “o marido viole a esposa pois pensa tratar-se de um direito que lhe é dado, visto a mulher pertencer-lhe.”^(64,67,68,69,70,71,81)

As dificuldades de conceptualização deste fenómeno dizem respeito, sobretudo, a duas dimensões que pautam a maioria das definições apresentadas pelos profissionais que trabalham as questões relativas ao abuso de género nas crianças:

- 1 – A diferença de idades entre vítima e o agressor.
- 2 – Os comportamentos sexuais considerados abusivos.^(64,67)

Assim, a existência de uma única definição de abuso de género na criança é também inviabilizada pelas diferenças sociais, culturais e mesmo morais que tornam impossível, estabelecer de uma forma universal as condutas consideradas abusivas.^(64,67,72) Perante este facto, alguns autores^(12,67,69) referem que, para determinar se um comportamento é abusivo ou não, é necessário avaliar a intenção do agressor. Todavia, no que diz respeito à diferença de idades, um número significativo de autores considera necessária uma diferença de cinco anos entre o agressor e a vítima para que se esteja perante uma diferença etária significativa entre estes e, como tal, se possa considerar abuso sexual. Entretanto, também existem autores que defendem que as situações em que se verifica apenas uma diferença de três anos devem também ser consideradas como abusivas.^(12, 59,69,72) Outros autores fazem, ainda, referência ao abuso sexual entre pares, sendo que, nesta circunstância, a diferença de estatuto e de poder existente entre duas crianças e a avaliação que a vítima faz da situação devem ser igualmente considerados para que esta possa ser definida como abuso.^(68,69,71)

Para além da diferença de idades, a falta de consenso também se verifica no que se refere aos comportamentos sexuais considerados abusivos. A maioria dos autores^(65,67,69) considera abuso sexual todos os comportamentos sexualizados com crianças, envolvendo ou não contacto físico, integrando neste conceito os contactos sexuais diretos (e.g. penetração vaginal oral ou anal) e os contactos sexuais indiretos (e.g.

masturbação, exposição dos genitais à criança, coagir a criança a ter relações sexuais com terceiros, exploração através de pornografia infantil). No entanto, é possível encontrar na literatura autores que excluem da definição de abuso sexual os comportamentos que não implicam contacto físico entre a vítima e o abusador. ^(12,59,69)

Relativamente aos comportamentos abusivos, as diferenças socioculturais entre os diferentes grupos onde o abuso sexual ocorre constituem mais um obstáculo à universalidade de critérios. A este respeito, a literatura salienta que, face à necessidade de distinguir se um dado comportamento constitui, de facto, abuso sexual, não é possível ignorar a variabilidade dos comportamentos com teor sexual que são considerados aceitáveis em determinados contextos sociais, culturais e familiares. ^(64,71)

O abuso sexual pode ser evidenciado sob várias formas e apresenta maneiras diferenciadas de expressão, tais como: estupro, incesto, atentado violento ao pudor, de acordo com conceitos jurídicos; abuso sexual e exploração sexual comercial, conforme conceituados pela sociologia e pela antropologia. ⁽⁷⁴⁾

O Direito Português define abuso sexual de crianças como o envolvimento de uma criança menor de catorze anos em atos sexuais, com ou sem contacto físico, ao qual não pode livremente consentir, em razão da idade e da natureza do abusador, ocorrendo com ou sem violência física e/ou psicológica; ^(75,76) o Direito angolano utiliza os mesmos critérios para definir este fenómeno, para os casos em que as vítimas são crianças com idades compreendidas entre zero aos doze anos.

Uma das definições mais frequentemente referidas na literatura é a proposta pelo Nacional Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN) que define o abuso sexual de crianças como “quaisquer contactos ou interações entre uma criança e um adulto, quando a criança é usada para satisfação sexual do abusador ou outra pessoa. O abuso pode ser cometido entre menores, desde que o agressor seja significativamente mais velho que a vítima, ou que este esteja numa posição de poder e controlo sobre outra criança.” ⁽⁶⁷⁾

Certos autores ^(12,59,68,72) postulam que, na definição de abuso sexual de crianças, se devem considerar como principais aspetos:

I - A utilização da criança por alguém mais velho para atividades que visam a gratificação sexual.

II – A imaturidade da criança/adolescente, que a impede de se auto-determinar e dar o seu consentimento para tais atividades, sendo que o estágio de desenvolvimento em que se encontra a impossibilita de compreender e avaliar o que está a vivenciar.

III – O aproveitamento de uma situação de diferencial de poder em que a criança se encontra, quer pela sua dependência em relação ao abusador, quer pelo estatuto de autoridade que este possui.

No que diz respeito à definição de abuso sexual, é importante ter ainda em conta que as situações abusivas podem ter, ou não, um carácter coercivo, verificando-se, ou não, o recurso à ameaça física e/ou verbal. ^(59,68,72)

O abuso sexual pode, ocorrer apenas uma única vez, ocorrer várias vezes por diferentes agressores, ou ser continuado, mantendo-se durante um período de tempo mais ou menos prolongado e, geralmente, cometido pelo(s) mesmo(s) abusador(es). ^(64,68)

O abuso sexual é considerado intra-familiar quando as práticas sexuais ocorrem no seio da família, independentemente do seu grau de parentesco afirma, a respeito da definição de abuso sexual intra-familiar, que “apesar de esta definição supor ou implicar uma afinidade biológica/genética entre o adulto e a criança, mais ou menos afastada, ela costuma integrar qualquer individuo que assuma um papel familiar na vida da criança, como seja um padrasto ou um pai adotivo.”

O abuso extra-familiar diz respeito ao abuso sexual perpetrado por sujeitos externos à esfera familiar, independentemente da intimidade existente entre estes e a criança, que poderá ser maior, menor ou mesmo inexistente “e.g. um vizinho, uma ama, ou um desconhecido.” ^(64,69)

A dificuldade em obter uma definição consensual de abuso sexual e a falta de critérios comuns, produzindo elevada variabilidade nas definições, tem dado origem a estudos feitos com base em conceitos e amostras com características distintas, o que se traduz, por um lado, em diferenças, por vezes significativas, ao nível dos resultados e, por outro lado, na impossibilidade de os comparar. ^(12,69) Esta realidade tem prejudicado a investigação nesta área e condicionado o avanço do conhecimento desta problemática. ⁽⁶⁴⁾

1.4 – CONSIDERAÇÕES LEGAIS DAS AGRESSÕES SEXUAIS

Enquanto crime de natureza sexual é fundamental conhecer o lugar que o abuso sexual de crianças ocupa na legislação angolana e o entendimento que o legislador tem sobre este crime.

Em Angola, está em vigor, o Código Penal Português de 1886, mais com algumas adaptações. O seu artigo 400º determina que nos casos de estupro e de violação de mulher virgem o criminoso era *sempre* obrigado a dotar a ofendida, mesmo que com ela casa; o casamento punha termo à acusação particular e à prisão preventiva, ficando, em caso de condenação, a pena suspensa e caducando apenas se, decorridos 5 anos sobre o casamento, não houvesse divórcio ou separação judicial por factos somente imputáveis ao marido. Como ponto de partida deve ter-se presente que só é crime o que se encontra tipificado na lei, isto é, todos os atos que constam do Código Penal ou legislação avulsa que consagre determinado ato como crime (Artigo 1º do Código Penal). Assim, a nossa lei penal prevê a violação como crime, enquadrado nos crimes contra a honestidade. Nos termos do artigo 393º do Código Penal, o crime de estupro deu lugar ao crime de atos sexuais com crianças e adolescentes, que abrange menores entre 0-12 anos. ⁽⁸⁵⁾

Comete o crime de violação, aquele que tiver cópula ilícita com uma mulher, contra a vontade dela, por meio de violência física, veemente intimidação, ou de qualquer fraude, que não constitui sedução, ou achando-se a mulher privada de uso da razão ou dos sentidos nos termos do artigo 393º do CP.

Desta noção importa compreender o sentido e alcance dos seguintes termos:

- Cópula ilícita: entende-se por cópula ilícita a prática de relações sexuais, fora do casamento.
- Contra a vontade: sem consentimento.
- Violência física: contra a vontade da mulher, havendo constrangimento ou violência física mesmo quando esta não oferece resistência desesperada até ao esgotamento.
- Veemente intimidação: um ato do agente que intimide a ofendida. Por exemplo, dar-lhe a conhecer a sua intenção de lhe fazer mal se ela não ceder.
- Fraude: comportamento do agente com vista a induzir a mulher em erro a fim de ela não opor resistência. Enganar a mulher.

- Privada do uso da razão ou dos sentidos: por exemplo, uma mulher embriagada ou demente está impossibilitada de avaliar o significado e as consequências do ato sexual.

Nos termos da lei, a vítima do crime de violação só pode ser um indivíduo do género feminino, pois este tipo legal de crime implica a penetração do pénis na vagina. O coito anal integra o crime de atentado ao pudor e não o de violação.

É importante ter presente que, para a responsabilização criminal pela prática do crime de violação, tem-se especial atenção ao que tecnicamente se designa por elementos do crime de violação. Entretanto, constituem elementos do crime de violação os seguintes:

- A intenção;
- O ato material da prática do ato sexual;
- A falta de consentimento.

De uma forma geral, para que se considere que há crime de violação é necessário que se verifiquem os seguintes requisitos:

- Falta de consentimento;
- Violência moral ou física;
- Fraude ou privação do uso da razão ou dos sentidos.

Tratando-se de mulher, menor de 12 anos, a lei não exige que estejam reunidos aqueles requisitos: com ou sem consentimento ou violência, a cópula completa ou incompleta com menor de 12 anos constitui crime de violação. Para estes casos a lei aplica um tratamento diferente com o objetivo de lhe conceder uma proteção especial. Por esta razão, considera-se violação, independentemente das situações atrás referidas, a prática de relações sexuais com qualquer menor de 12 anos, nos termos do artigo 394º do CP. ⁽⁸⁾ No caso de crime de violação praticado sobre mulher menor de 12 anos, a pena aplicável é de prisão maior de 8 a 12 anos (Artigo 394º do CP). ^(8, 85)

A idade núbil, isto é, a idade estabelecida por lei para contrair casamento, é de 15 anos para a mulher e 16 anos para o homem (Artigo 24º do Código de Família). ⁽⁶⁾

À luz da lei penal vigente em Angola, a violação é qualificada como um crime semi-público, por respeito à vontade do ofendido e representantes deste de denunciar ou não a agressão, devido ao conseqüente escândalo que em regra lhe está ligado. Assim, só a vítima ou o seu representante legal goza do direito de iniciativa processual, exceto quando se tratar de mulher menor de 12 anos (e outras circunstâncias especiais previstas na lei penal).

Outra questão ligada à qualificação do privado é a das provas. No caso de crime de violação, a vítima deve apresentar a queixa e juntar todos os elementos de prova de verificação da prática do crime. Esta prova consiste no exame direto pelo médico e na apresentação dos objetos que a vítima usava no momento da violação, bem como na caracterização do agente, na medida do possível. Saliente-se que os objetos para prova devem ser apresentados no estado em que se encontravam após a violação. Pela natureza do crime é muitas vezes constrangedor e outras vezes difícil à mulher apresentar as provas, o que contribui também para a impunidade do violador.

Têm legitimidade para propor ação criminal:

- A ofendida;
- Os representantes legais;
- O marido;
- O pai, a mãe, os avós, os irmãos, os tutores ou os curadores;
- Tratando-se de menores de 12 anos a ação penal compete ao Ministério Público.

Em Angola não existe regime jurídico das perícias médico-legais; o legislador baseia-se no Código de Processo Penal, referindo as perícias no âmbito geral, distribuídas da seguinte forma: ⁽⁹⁹⁾

- a) Nomeação de peritos.....179° CPP
- b) Perito Especializado.....180° CPP
- c) Impedimento e escusa do perito.....183° CPP
- d) Substituição dos peritos.....184° CPP
- e) Obrigatoriedade de comparência do perito.....185° CPP
- f) Esclarecimento aos peritos e consulta do processo.....187° CPP
- g) Momentos das respostas, discordância dos peritos.....190° CPP

1.5 – EPIDEMIOLOGIA DAS AGRESSÕES SEXUAIS

Estudos epidemiológicos nos Estados Unidos da América (1994) apontam para a existência (1994), de cerca de 3% de pais que usam violência grave (soco, queimaduras, armas de fogo e armas brancas) contra os filhos. Sugerem ainda que uma em cada três crianças do sexo feminino e uma em cada seis crianças do sexo masculino sofrem de abusos sexuais.

Em 1995, outro estudo, em 50 Estados dos Estados Unidos, conduzido pelo *National Committee for Prevention of Child Abuse*, foi constatado que existiam mais de 3 milhões de crianças vítimas de maus tratos, estimando-se em 11% os casos de abusos sexuais. A mesma estimativa manteve-se relativamente a 1996. Outro estudo efetuado também nos Estados Unidos, revelou que, em 1995, um milhão de crianças foi vítima de abuso sexual, por adultos ou por outras crianças, concluindo-se que estes números correspondem a 10 vezes mais o número de casos conhecidos para um período de tempo semelhante. ⁽⁶²⁾

Os estudos concluem que a pobreza se encontra associada à violência sexual, muito embora também haja numerosos registos nas classes mais favorecidas. ⁽⁵⁸⁾

Por outro lado, a exata incidência e prevalência dos abusos sexuais na população em geral não é conhecida com rigor, dado que a maior parte dos abusos não é notificada ao tempo da ocorrência ⁽⁵⁹⁾ e os conceitos de abuso sexual variam, ora apenas se referindo aqueles provocados por familiares, ora, raramente, incluindo os casos de pornografia e prostituição. ⁽⁶⁰⁾

Assim, as dificuldades nestes estudos têm a ver com a definição dos conceitos em análise, com as diferentes tipologias incluídas em cada conceito e com a forma de apresentação destas tipologias, com a origem dos dados (se resultam de casos conhecidos por profissionais em contacto direto com crianças ou casos notificados por serviços de proteção infantil) ou, ainda, com o facto de certos casos serem alvo de várias notificações em momentos diferentes. ⁽³¹⁾

Muitos estudos têm demonstrado que a incidência conhecida destes casos corresponde, apenas, à ponta de um iceberg, em que apenas 1% a 10% dos incidentes são conhecidos. ⁽⁶⁰⁾

A UNICEF estima que anualmente 150 milhões 8 de meninas e 73 milhões de meninos serão vítimas de relações sexuais forçadas ou outras formas de violência sexual. ⁽⁸²⁾

Outros estudos sugerem que em 30 a 37% dos casos, são os pais, tutores ou parentes próximos que agridem sexualmente os menores. Quando o agressor é um membro da família ou conhecido, o encontro geralmente não é violento, sendo usados a persuasão o suborno ou ameaças. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), indicam que apenas 2% dos casos de abuso sexual contra menores (em que o autor é um parente próximo), são denunciados à polícia. ⁽⁵⁸⁾

No Canadá encontraram-se 22% de adultos que descreviam contactos sexuais não desejados aquando crianças e 39% de abusos sexuais sem contacto físico. ⁽⁶⁰⁾ A partir daqui os números não têm variado significativamente.

Em 1990 na Inglaterra e Gales, estimava-se que mais de 6600 crianças menores de 16 anos eram sexualmente abusadas cada ano. Destas, 78% envolviam o género feminino e 22% o masculino. Nessa mesma altura, mais estudos realizados nos Estados Unidos revelaram que 27% das mulheres e 16% dos homens foram vítimas durante a sua infância de algum tipo de abuso sexual. ⁽⁵⁹⁾

Em Espanha, uma investigação revelou que 19% da população adulta tinha sofrido abusos sexuais na infância (15% homens e 22% mulheres) sendo as meninas entre os 11 e 12 anos a população de maior risco. ⁽⁶¹⁾

Relativamente a Portugal, num estudo realizado pelo Centro de Estudos Judiciais, em 1988, num total de 209 crianças maltratadas e negligenciadas, em Lisboa, 8.1% eram vítimas de abuso sexual, sendo que destas, 41.2% não foram participadas às autoridades. Gallardo cita o jornal “Correio da Manhã”, na sua edição de 17.10.93, que informa que entre 1989 e 1992, o número de queixas entradas na Polícia Judiciária, relativas a abusos sexuais em menores de 12 anos foi de 157 casos. ⁽²¹⁾

De acordo com dados do Projeto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC), durante o ano de 1997 foram sinalizados 285 casos de violência contra a criança; destes, em 60% havia negligência, em 45% maus tratos psicológicos, em 22% maus tratos físicos e em 14% abusos sexuais. Relativamente a estes casos, cerca de 35% das crianças pertenciam à faixa etária entre os 7-12 anos, sendo este considerado o grupo de maior risco. É para notar que num trabalho anteriormente efetuado, de 1995, por um núcleo do PAFAC, no Hospital Maria Pia, se havia encontrado uma taxa de 6% de abusos sexuais nos casos de maus tratos estudados. ⁽⁶³⁾

A denúncia neste tipo de maus tratos parte, principalmente, dos técnicos e os professores, sendo o agressor majoritariamente o pai, seguido do seu substituto (padrasto, companheiro da mãe, pessoa conhecida, etc.)⁽⁶³⁾

1.6 – CONSEQUÊNCIAS DOS ABUSOS SEXUAIS

As consequências divergem conforme o gênero do indivíduo. Existe uma grande tendência dos rapazes vítimas de abuso, se tornarem agressores mais tarde, repetindo até os comportamentos. Os efeitos dos abusos sexuais são muito variados dependendo do tipo de abuso (grau de intrusão física e psicológica, nível de violência e ameaças sofridas), da duração do abuso e sua frequência, do tipo de relação entre vítima e abusador, da idade a vítima, da sua personalidade e nível de desenvolvimento, e da reação do meio envolvente (apoio familiar e ajuda profissional), entre outros.⁽²³⁾

Geralmente os indicadores ou sinais de alarme de abuso sexual constituem sinais e sintomas meramente indicativos da possibilidade de existência de uma situação deste tipo, ou seja, da necessidade de um estudo mais aprofundado do caso. Assim, sempre que estiverem presentes, devem fazer suspeitar da existência de abusos ou de um contexto de risco para a criança ou jovem, apesar das manifestações desses abusos serem muito variadas. Correspondem, em geral, às consequências, a curto e médio prazo, dos diferentes tipos de abusos.^(23,84)

Segundo Sánchez,⁽⁸³⁾ de todas as crianças e jovens que sofrem abusos sexuais, entre 60% e 80% são afetados, a curto prazo, em diferentes graus; 20% a 30% conseguem continuar a sua vida quotidiana sem mudanças significativas após o abuso; 17% e 40% manifestam sintomatologia importante e os restantes têm sintomas menores de um ou outro tipo. Assim, este autor considera como efeitos a curto prazo a vergonha, a sensação de culpa, o medo, o nojo, a desconfiança, a marginalidade, a hostilidade ou a agressividade (com o abusador e/ou com a família), a ansiedade, ou o agrado ou satisfação.

Os efeitos a longo prazo são mais difíceis de estudar devido à influência de outra série de factores relacionados com os próprios abusos sexuais. A depressão e o stress post traumático são as patologias mais claramente relacionadas com os abusos sexuais na vida adulta.⁽⁸³⁾

Tal foi demonstrado tanto em amostras clínicas como em pessoas sem sintomas evidentes. A ideação suicida também são mais prováveis. Os abusos sexuais provocam, ainda, sentimentos de estigmatização, isolamento, marginalidade e perdas que diminuem, frequentemente, a auto-estima de quem os sofre. Ansiedade, tensão e perturbações nos hábitos alimentares, estão também associados com grande frequência a este tipo de traumas infantis. As dificuldades de tipo relacional (em especial com os

homens, os pais ou os próprios filhos) acompanham, também, esta sintomatologia. Nas relações interpessoais é frequente que a vítima sinta hostilidade contra as pessoas do mesmo género que o agressor. ^(23, 83)

Outra série de efeitos está relacionada com a sexualidade (podendo referir-se as dificuldades de relaxamento, anorgasmia, promiscuidade e exploração sexual, entre outras). Tudo parece indicar que as vítimas de abusos sexuais durante a infância têm mais dificuldades sexuais e disfrutam menos com a atividade sexual. ^(23,83)

A grande maioria dos sinais ou sintomas não são patognomónicos deste tipo de abuso visto que:

a) Os sinais, mas sobretudo os sintomas, variam conforme a gravidade do abuso, o género, a fase de desenvolvimento em que se encontra a criança ou jovem, a sua capacidade para reagir e a existência de estruturas de apoio no seu meio.

b) Podem existir situações de abuso em que não existem sinais ou sintomas evidentes e em que a criança ou jovem revele uma relação saudável com os adultos cuidadores, particularmente nos grupos etários mais baixos.

c) Podem existir sintomas sugestivos de abuso sem que estes se verifiquem, de facto.

Entretanto, alguns sinais são inequívocos, como a gravidez, a presença de esperma no corpo do menor e certos tipos de lesões ou doenças (designadamente infeções de transmissão sexual), carecendo, obviamente, de uma apreciação médica especializada para o respetivo diagnóstico e valorização. ⁽⁸⁴⁾

Importa também assinalar que em qualquer idade, uma mudança súbita do padrão de comportamento anterior da criança ou jovem pode ser considerado um indicador de abuso.

Esses sinais de alarme ou indicadores podem surgir isolados ou em conjunto e aparecer subitamente ou de forma evolutiva, podendo até mesmo nem existir, mas na maior parte dos adultos que terão sido vítimas destas situações na infância, e que têm sido estudados, admitem ter experimentado, de forma mais ou menos intensa, alguns sintomas específicos. ^(23, 84)

Estes casos colocam grandes dificuldades de deteção e diagnóstico dado que:

1– Raras vezes resultam lesões físicas ou existem vestígios de outro tipo que constituam indicadores, dado que: ^(23, 84)

a) Na maior parte dos casos com crianças pequenas não há penetração anal ou vaginal.

b) Quando há penetração, a ejaculação dá-se, muitas vezes, no exterior.

c) Frequentemente, a criança é lavada, bem como as suas roupas.

d) Geralmente, o período entre a ocorrência e o exame médico-legal é superior a 48 horas, o que torna difícil, se não impossível, o estudo para pesquisa de esperma.

2 – O tabu social implícito (vergonha, medo) dificulta o pedido de ajuda.

3 – Os menores, sobretudo os de idade mais baixa, podem confundir a relação com uma manifestação afetiva “normal” ou podem estar submetidos à pressão do segredo imposto pelo abusador.

Magalhães refere os seguintes sinais referentes a estes abusos: ^(23,84)

a) Leucorreia (corrimento) vaginal persistente ou recorrente.

b) Ruborização e/ou inflamação dos órgãos genitais externos femininos (vulva) ou região anal.

c) Lesões cutâneas: rubor, inflamação, petéquias (pontuado hemorrágico) ou atrofia cutânea perineais e/ou perianais; verrugas perianais e (ou) no introito vaginal.

d) Lesões no pénis: edema ou erosões na pele, sulco balano-prepucial e na glândula, balanites, parafimoses.

e) Lacerações ou fissuras genitais ou anais, sangrantes ou cicatrizadas, designadamente na rafe posterior da vulva.

f) Rotura do hímen.

g) Hemorragia vaginal ou anal.

h) Laxidez anormal do esfíncter anal ou do hímen;

i) Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou lacerações do freio dos lábios.

j) Infecções urinárias de repetição;

k) Infecção de transmissão sexual (gonorreia, sífilis, SIDA, tricomoníase, etc). ⁽⁸⁶⁾

l) Presença de esperma no corpo ou na roupa do menor.

m) Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou na roupa do menor.

n) Gravidez.

Descreve, ainda, como sintomas, a dor na região vaginal ou anal e o prurido vulvar, acrescentando ainda os seguintes, de acordo com o grupo etário do menor: ^(23,84)

1. *Nas crianças:*

a) Perturbações funcionais:

- Appetite: anorexia, bulimia;

- Sono: terrores noturnos;
- Regulação de esfíncteres: incontinência urinária ou fecal;
- Dores abdominais inexplicadas e recorrentes;
- b) Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;
- c) Pobre relacionamento com as outras crianças;
- d) Condutas sexualizadas:
 - Interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais (traduzidos, por exemplo, pelo uso de linguagem específica e desapropriada para a idade);
 - Masturbação compulsiva;
 - Desenhos ou brincadeiras sexuais explícitas;
- e) Comportamentos agressivos.

2. *Nos jovens:*

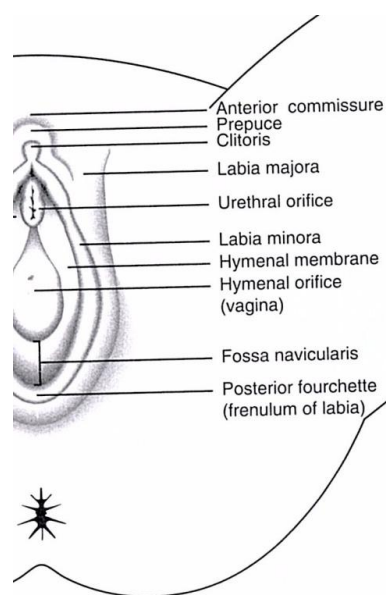
- a) Comportamentos aparentemente bizarros, como:
 - Dormirem vestidas com roupa de dia;
 - Urinarem de propósito a cama esperando que os lençóis molhados evitem que o abusador as toque;
 - Destruição ou ocultação de sinais de feminilidade que possam ser atrativos;
 - Recusa para tomarem banho ou se despirem nos vestiários, não querendo fazer ginástica;
 - Recusa em ir à escola ou em voltar da escola para casa;
- b) Perturbações do foro sexual:
 - Comportamentos auto-eróticos extremos (ex.: masturbação em frente dos outros, interação sexual com os companheiros, abuso sexual de crianças mais pequenas, condutas sedutoras com adultos);
 - Repulsa em relação à sexualidade;
- c) Comportamentos desviantes:
 - Abuso de álcool e drogas;
 - Delinquência;
 - Prostituição;
- d) Outras perturbações:
 - Depressão;
 - Auto-mutilação;

- Comportamento suicida;
- Fuga.

1.7 – REVISÃO ANATÓMICA

A presente dissertação tem por principal objetivo a avaliação, bem como a interpretação do ponto de vista forense das características da agressão sexual em crianças e pré-adolescentes com idade compreendida entre 0 a 12 anos, dos casos notificados na província de Luanda, durante o primeiro trimestre de 2012, no entanto existe em Angola um vasto número de profissionais, de diferentes áreas, tanto de saúde como de justiça, envolvidos e interessados nesta temática. Por este motivo, pareceu-nos pertinente fazer uma abordagem sumária, da anatomia externa genital feminina e masculina, bem como da região anal, segundo a *Nomina Anatomica* a qual estamos certos, que será de importante utilidade, para estes profissionais, no sentido de haver uma uniformidade de designações anatómicas. A prática tem-nos mostrado, aliás, ser precisamente este esquecimento ou imprecisão nas descrições e localizações anatómicas, um dos grandes problemas no diagnóstico destas situações.

1.7.1 ÓRGÃOS GENITAIS EXTERNOS FEMININOS



Vulva: Corresponde ao conjunto das estruturas genitais femininas que se localizam externamente na região pélvica.

Monte púbico (*Mons pubis*): Proeminência arredondada, situada anteriormente à sínfise púbica formada por tecido adiposo, a qual, na puberdade, se recobre dos pêlos púbicos, dispostos de forma triangular, cujo vértice aponta para baixo.

Grandes lábios (*Labia majora*): Pregas cutâneas longitudinais e paralelas entre si, constituídas por tecido muscular liso e adiposo, que se estendem do monte púbico ao períneo, delimitando a vulva. Cada lábio é formado por uma face lateral pigmentada e coberta de pêlos após a puberdade e uma face medial lisa e rosada que apresenta folículos sebáceos Os

Fig. 1: Órgãos genitais externos femininos (in A. P. Giardino et al (2003) Sexual Assault - victimization across the life span, a clinical guide, G.W. Medical Publishing, Inc St Louis, Missouri)

grandes lábios unem-se na sua extremidade anterior, constituindo a denominada comissura anterior. A nível posterior não existe uma verdadeira união, terminando muito próximos um do outro e quase paralelos, numa área denominada por comissura

posterior, que representa a o limite posterior da vulva. A região compreendida entre a comissura posterior e o ânus constitui o períneo, sendo de cerca de 2,5 a 3centímetros a distância desta linha ao ânus.

Pequenos lábios (*Labia minora*): duas pequenas pregas de tecido cutâneas, com ausência de tecido adiposo, dispostas paralela e medialmente em relação aos grandes lábios. Na sua extremidade anterior, continuam-se e passam à frente do clitóris, unindo-se na linha média com o contralateral formando o prepúcio do clitóris. Na sua extremidade posterior os lábios formam o freio dos pequenos lábios.

Clitóris: Estrutura erétil, ímpar e central, homóloga ao pénis no homem, localizada ínfero-posteriormente à comissura anterior, constituída pela glande, corpo (com dois corpos cavernosos) e raízes.

Vestíbulo: Cavidade situada entre os pequenos lábios, contendo o orifício vaginal e o orifício externo da uretra. A zona do vestibulo situada entre a parte mais posterior do orifício vaginal e o freio dos pequenos lábios denomina-se fossa navicular.

Orifício externo da uretra (meato urinário): Abre-se cerca de 2,5 centímetros póstero-inferiormente ao clitóris, anteriormente ao orifício vaginal.

Orifício vaginal (introito): Orifício posicionado póstero-inferiormente ao meato urinário, variando a sua dimensão inversamente relativamente à do hímen

Hímen: Pequena prega mucosa situada a nível do orifício vaginal (introito). Varia grandemente no formato e na área, podendo ser anular, semilunar, cribriforme, Pode estar ausente ou pode ser completo – hímen imperfurado.

Os estadios da maturidade sexual do género feminino, segundo Tanner, são descritos de acordo com o desenvolvimento mamário e as características e distribuição dos pêlos púbicos. Refira-se que maturidade sexual reflete mais um estadio de desenvolvimento do que uma idade cronológica propriamente dita.^(1,77,78,79)

Género feminino: Desenvolvimento mamário de acordo com a Escala de Tanner

(GIARDIN et al, Sexual Assault–victimization across the life span. A clinical guide G. W. Medical publishing, 2003, St. Louis, USA).

Fig. 2: Estadio 1 – (Pré-pubertário). Elevação do mamilo.

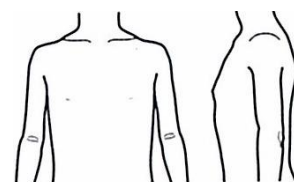
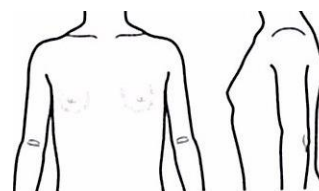


Fig. 3: Estadio 2- Formação da mama com alargamento areolar e sensação de moedor.



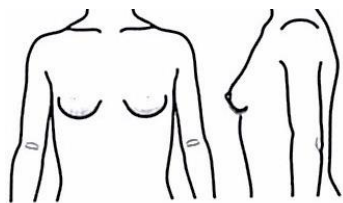


Fig. 4: Estadio 3- Aumento progressivo e elevação da mama e aréola, sem separação definida dos seus contornos.

Fig. 5: Estadio 4- Projeção da aréola e mamilo para a frente, para formar uma segunda elevação, acima do restante nível mamário.

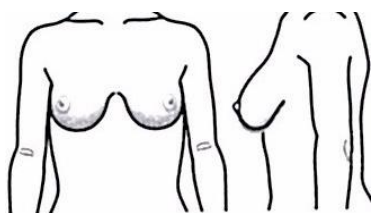
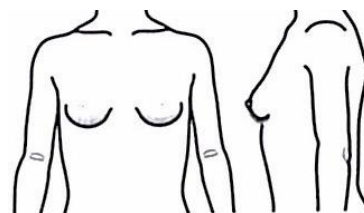


Fig. 6: Estadio 5 – Estadio de maturação, com projeção do mamilo: a aréola recua e funde-se com o contorno da mama.

Género feminino: Desenvolvimento dos pêlos púbicos de acordo com a Escala de Tanner (GIARDIN et al, Sexual Assault–victimization across the life span. A clinical guide G. W. Medical publishing, 2003, St. Louis, USA).



Fig. 7: Estadio 1 – (pré-adolescente): Não existe pêlo púbico.

Fig. 8: Estadio 2 – (puberdade): Aparecimento de pêlos longos, escassos, lisos ou ligeiramente encaracolados, facilmente contabilizados.



Fig. 9: Estadio 3 – Os pêlos escurecem, tornam-se ásperos e encaracolados. Dispõem-se de um modo escasso sobre a região da sínfise púbica.

Fig. 10: Estadio 4- O pêlo é tipo adulto, áspero e encaracolado, dispendo-se no monte púbico e grandes lábios, não contabilizável.



Fig. 11: Estadio 5 – Pêlo dispõe-se pela face medial das coxas; forma o triângulo púbico invertido feminino.

1.7.2 – ÓRGÃOS GENITAIS EXTERNOS MASCULINOS

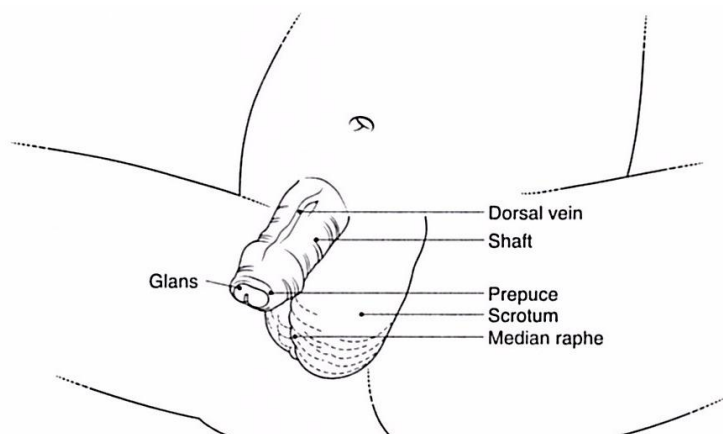


Fig. 12: Órgãos genitais externos masculinos (in A. P. Giardino et al (2003) Sexual Assault - victimization across the life span, a clinical guide, G.W. Medical Publishing, Inc St Louis, Missouri)

Os órgãos genitais externos masculinos (Fig.11) são o escroto, o pênis e a uretra.

Escroto: Estrutura sacular cutânea fibromuscular, contendo os testículos e estruturas associadas – epidídimo, plexos venosos, ductos deferens. Está situado pósterio-

inferiormente ao pênis e inferiormente à sínfise púbica.

Pênis: Situa-se por baixo da sínfise púbica e por cima do escroto. Divide-se em raiz – parte que se encontra em continuação com a parte abdominal -, corpo e glande do pênis – partes livres. Apresenta duas faces, uma superior (dorso do pênis) e outra inferior ou escrotal que apresenta o rafe do pênis, o qual se continua para o rafe do escroto. Na extremidade distal do corpo do pênis encontra-se a glande, estrutura lisa, em cujo vértice se situa o orifício externo da uretra e que é recoberta pelo prepúcio, que não é mais do que a pele e a fascia do corpo do pênis. O frênulo do prepúcio é uma prega mediana que passa da camada mais profunda do prepúcio para a superfície uretral da glande.

Tanner ao descrever os estádios de desenvolvimento no homem, teve em consideração a distribuição e padrão dos pêlos púbicos, bem como a aparência e tamanho dos testículos, escroto e pênis, conforme ilustrado nas figuras 12 a 16. (77,78,79,80)

Género masculino: Desenvolvimento dos pêlos púbico de acordo com a Escala de

Tanner (GIARDIN et al, Sexual Assault–victimization across the life span. A clinical guide G. W. Medical publishing, 2003, St. Louis, USA.

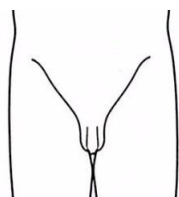


Fig. 13: Estádio 1- (pré-adolescente). Os testículos, escroto e pênis apresentam um tamanho infantil, sem alargamento do pênis; o volume testicular é de cerca

de 1,5ml. Ausência de pêlos púbicos.

Fig. 14: Estadio 2 – Alargamento testicular (volume de 1.6 a 6ml). Aparecimento de escassos pêlos longos, lisos ou ligeiramente encaracolados, sobre a raiz do pênis.



Fig. 15: Estadio 3 – Crescimento dos testículos (volume de 6 a 12 ml) e pênis. Os pêlos aumentam em número, tornam-se ásperos e encaracolados.

Fig. 16: Estadio 4 – O escroto apresenta-se enrugado., os testículos apresentam um volume de 12 a 20 ml, o pêlo é espesso e abundante.

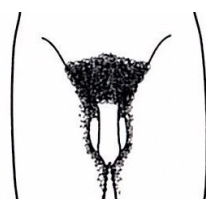
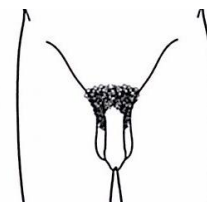


Fig. 17: Estadio 5 – Pêlos distribuem-se em triângulo pela zona púbica e pelas faces mediais das coxas, os testículos apresentam um volume superior a 20ml e o pênis encontra-se completamente desenvolvido.

1.7.3 – REGIÃO ANAL

O canal anal começa no ponto em que a ampola rectal sofre um estreitamento súbito, dirigindo-se para baixo e para trás, terminando o ânus. Mede cerca de 4 centímetros no adulto. Na metade inferior o canal anal apresenta 6-10 pregas verticais: as colunas anais, muito marcadas nas crianças mas menos nos adultos. Cada coluna contém uma raiz terminal da artéria e veia rectais. A parte mais distal das colunas apresenta as valvas anais, as quais estão dispostas ao longo da linha pectínea. O canal anal estende-se cerca de 15 milímetros inferiormente às valvas anais, apresentando aqui um epitélio estratificado escamoso não queratinizado. Esta zona apresenta uma coloração azulada devido aos plexos venosos rectais internos. O canal anal encontra-se rodeado de dois esfíncteres musculares: o esfíncter anal interno que rodeia os $\frac{3}{4}$ superiores do canal anal e o esfíncter anal externo que o rodeia em toda a sua extensão. O tónus de ambos os esfíncteres mantém sempre fechado o canal anal e o ânus, excepto na defecação. O orifício anal está rodeado pela região cutânea perianal, a qual se apresenta como uma área hiperpigmentada constituída por pregas de pele disposta radial e simetricamente.

1.8 – METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO PERICIAL

O exame pericial médico-legal tem por objetivo a obtenção de provas objetivas e concretas através de evidências físicas e biológicas.

Assinale-se todavia desde já, e por razões óbvias, que há no entanto, que de ser prudente com o diagnóstico de agressão sexual apenas através de evidências físicas e biológicas. Na realidade, num elevado número de casos não se encontram quaisquer evidências, o que não significa necessariamente que uma agressão não possa ter ocorrido; também o inverso é verdadeiro, isto é, a observação de eventuais lesões físicas (mesmo que significativas) ou de vestígios biológicos, não constitui de forma alguma sinónimo de agressão de natureza sexual, podendo ter decorrido, por exemplo, de relação sexual consentida.

Contrariamente ao que parece ser percepção do cidadão comum, o exame pericial de natureza sexual não se limita ao exame da região e dos órgãos genitais externos da vítima.

Um exame correto e completo compreende a colheita de informação, o exame do vestuário e eventual colheita de vestígios, o exame físico acompanhado da colheita de vestígios biológicos, bem como a realização de exames laboratoriais complementares de diversa índole, em função do caso concreto e das suas especificidades (exames microbiológicos, imunológicos, toxicológicos, genéticos, etc.) todas estas fases periciais são igualmente fundamentais, podendo qualquer uma delas ser mais relevante do que as restantes num determinado caso concreto, mas não sendo à partida nenhuma delas menos ou mais relevante do que as outras. Sublinhe-se que o exame pericial de natureza sexual deve, nos casos em que exista evidência de ter corrido eventual agressão sexual (e sobretudo no caso dos menores), ser sempre seguido por acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico (para tratamento e diagnóstico, valorização e interpretação das informações, verbais e não verbais, prestadas pela vítima) e clínico, nomeadamente pelo médico de família, para diagnósticos de possível gravidez e/ou de possível doença sexualmente transmissível.

Sublinhe-se, ainda que nos termos de lei vigente, estes exames periciais devem ser certificados por dois peritos médicos, ou por um médico auxiliado por um profissional de enfermagem. ^(5, 57)

1.8.1 – METODOLOGIA PERICIAL DO SCML-LUANDA, ANGOLA

Em Luanda, as crianças, vítimas de abusos sexual, são submetidos a exame médico-legal para observação e interpretação das lesões apresentadas. No entanto, há que realçar que, previamente ao exame sexual propriamente dito, não se obtém o consentimento da vítima ou dos detentores do poder paternal, quer de forma verbal quer por escrito.

A perícia é ordenada pela Direção Nacional/Provincial de Investigação Criminal (DNIC/DPIC) ou pelo Ministério Público (MP); Geralmente, a queixa é feita na esquadra policial mais próxima, que elabora a notificação e o caso é encaminhado para o Serviço de Clínica Médico-Legal, pertencente ao Departamento de Medicina Legal. Neste é realizada a triagem e encaminhamento para a sala de exames sexuais; de salientar que existe um escasso número de Peritos médicos, sendo geralmente escalado apenas um médico por dia, acompanhado de duas enfermeiras, para a realização dos exames sexuais.

O exame baseia-se de uma breve entrevista sobre o evento, exame físico geral, exame da região genital, oral e anal “visto que estes tipos de exames têm como principal objetivo: a procura de lesões ou sequelas compatíveis com práticas sexuais recentes ou antigas”, também realiza-se a inspeção do vestuário. Não são colhidos vestígios biológicos, apesar de existirem os Serviços de Biologia e Genética Forense, os quais não estão funcionais. Não é costume a solicitação de exames complementares de diagnósticos.

As vítimas são abordadas na sala de Psicologia, para um apoio psicológico e por certos casos estarem relacionados com a violência doméstica.

Após o exame sexual, o médico elabora um relatório, que é encaminhado através de um perito criminal para a entidade aonde a vítima efetuou a queixa, e daí para o Ministério Público.

Existem casos em que por algum motivo a vítima ou seu representante legal não fizeram a queixa após a ocorrência da agressão sexual; geralmente estes casos são subnotificados no serviço e prosseguem, posteriormente, segundo o esquema anteriormente citado dos exames sexuais.

1.8.2 – METODOLOGIA PERICIAL DO INMLCF,IP.

O trabalho com crianças e jovens vítimas de abuso implica diversas linhas de atuação interinstitucionais, designadamente no que se refere aos procedimentos iniciais a observar no âmbito da triagem dos casos, sinalização da suspeita, diagnóstico e preservação da prova para efeitos processuais penais, bem como à própria proteção da(s) vítima(s), linhas de ação que, em Portugal, continuam a carecer de uma clara definição.

Nestes procedimentos iniciais intervêm muitas vezes e em simultâneo, diversos profissionais, sendo fundamental que as respetivas práticas sejam articuladas. Um dos intervenientes obrigatórios é o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF). Dada a extrema complexidade destes casos, e de forma a garantir a sua adequada análise e enquadramento pericial, sempre isenta e imparcial, a lei portuguesa (Lei 45/2004, de 18 de Agosto), exige o contributo de profissionais com formação técnico-científica no âmbito das competências legais próprias do INMLCF.

Assim, no sentido de se promover uma adequada articulação entre os diversos profissionais e os serviços intervenientes, importa pois definir orientações técnicas a serem observadas no âmbito da articulação entre esses serviços, designadamente entre os serviços médico-legais e os serviços de saúde. Tais orientações visarão: a) Promover a atempada sinalização e denúncia dos casos em que existe suspeita de crime público, considerando o grau da correspondente urgência médico-legal de cada caso; b) Assegurar a recolha da prova dos factos com validade à luz do direito processual penal, através, designadamente, da realização de perícias urgentes; c) Garantir as boas práticas na realização de exames médicos e colheita de vestígios; d) Evitar a repetição de exames às vítimas, prevenindo a vitimação secundária e a contaminação dos relatos. Estes procedimentos serão fundamentais não apenas para promover um tratamento e proteção mais atempados da vítima, mas também para uma boa administração da Justiça. ⁽⁵⁷⁾

No primeiro passo, tem relevância o relato direto feito pela vítima ou por terceiros ou, ainda observação de sintomas ou sinais sugestivos de abuso sexual (sobretudo no caso dos menores), que proporciona ao perito médico-legal o primeiro contacto com uma eventual vítima de agressão sexual. Nestes casos deverá, antes de mais:

- a) Tranquilizar e transmitir confiança à vítima, sem formular todavia no seu discurso qualquer tipo de juízos de valor.
- b) Procurar obter logo informação sumária sobre o caso, nomeadamente: idade da vítima e do suspeito agressor; contexto da ocorrência (familiar, institucional, extra familiar); tipo de agressão (física e/ou sexual); tempo decorrido desde a mesma; possibilidade de terem sido destruídos eventuais vestígios; desejo da vítima em apresentar queixa (se a situação não configura um crime público); etc.;
- c) Estabelecer a urgência da situação em termos médico-legais, tendo em vista a concretização do exame pericial e nomeadamente a colheita e preservação de eventuais vestígios biológicos; nos casos em que tal já não seja possível, ponderar o benefício para a vítima, sobretudo se menor, em adiar o exame médico-legal, tornando assim possível a sua preparação prévia e a da equipa que vai intervir, circunstância que poderão contribuir para minorar o risco de vitimação secundária;
- d) Em função da situação concreta, fornecer informação que permita assegurar a preservação de eventuais vestígios biológicos. Aconselhar assim a vítima a não comer, beber ou fumar; não lavar a boca nem os dentes; não tomar banho nem lavar os órgãos genitais; não mudar de roupa e, se já tiver mudado, preservar a que usava à data de ocorrência (incluindo absorventes), se possível em sacos de papel e depois de ter deixado secar ao ar ambiente eventuais zonas húmidas; não lavar as mãos, não limpar nem cortar as unhas; não se pentear; não urinar ou defecar e, caso o tenha de fazer, conservar esses produtos em embalagem adequada (contentor para exame bacteriológico de urina, por exemplo); não tocar no local onde decorreu o abuso, não limpar ou arrumar esse local, não esvaziar baldes do lixo nem puxar o autoclismo se o agressor usou a casa de banho.

No caso de ser concretizável a colheita de eventuais vestígios, e se a agressão tiver ocorrido em área onde exista serviço médico-legal do INMLCF a funcionar, deverá a vítima ser encaminhada com a brevidade possível para estes serviços, tendo em vista a realização de exame pericial e a inerente colheita e preservação de vestígios. Nas restantes situações a vítima deverá ser encaminhada para um serviço de urgência hospitalar, onde os clínicos de serviço procederão ao exame e à colheita de vestígios (se necessário, com apoio médico-legal por via telefónica).

Em todo este processo é fundamental que o profissional seja capaz de compreender as dificuldades da vítima na revelação, na apresentação de queixa na interpretação a aceitação dos factos, e que procure criar um clima de confiança e empatia. Em todo este processo será fundamental que o perito médico-legal tenha sempre presente que deve permanecer objetivo, que no exercício da sua missão não se deverá deixar influenciar pela informação ou ambiente que rodeia o caso ou até pela convicção dos magistrados ou autoridades policiais. Compete-lhe sim descrever e documentar, de forma objetiva, as lesões ou sequelas existentes, colher amostras de qualquer evidência com interesse (designadamente para eventual identificação do(s) agressor(es), averiguar de eventual “estado anterior” e proceder a interpretação final médico-legal de todos elementos obtidos.

O procedimento previsto no ponto anterior visa evitar a vitimização secundária e a contaminação do relato da criança ou jovem face ao exame de psicologia forense que, idealmente deverá ter sempre lugar. ^(66, 72)

A obtenção da informação sobre o caso constitui o primeiro passo, absolutamente fundamental. Dela decorrerão elementos que poderão orientar o exame, as colheitas a concretizar, os exames complementares a solicitar, e elementos importantes também para uma correcta interpretação dos resultados obtidos. A informação sobre a ocorrência pode ser colhida através de várias técnicas, nomeadamente, a observação, a aplicação de questionários, inventários ou escalas auto-aplicadas, o registo de condutas ou a entrevista. Estas técnicas são usadas de acordo com a idade da vítima, a sua capacidade de colaboração e as circunstâncias de cada caso concreto. Assinale-se que a maior parte delas, pela sua complexidade, exigem a intervenção de psicólogos, não estando ao alcance do perito médico sem formação específica neste domínio.

No exame médico-legal a técnica de colheita de informação mais usada é a entrevista, realizada sempre que possível, em articulação com o técnico do serviço social que, idealmente, se encarregará de transmitir o caso ao profissional que lhe irá dar continuidade.

A entrevista tem como objetivo:

- a) Caracterizar o acontecimento (gravidez, frequência, espaçamento temporal):
- b) Valorizar a situação de outras possíveis vítimas (sobretudo, no caso dos menores, os irmãos e outras crianças da proximidade);
- c) Valorizar, se possível, o risco de recidiva;

- d) Valorizar a situação de outras possíveis vítimas (sobretudo, no caso dos menores, os irmãos e outras crianças da proximidade);
- e) Caracterizar o cuidador e o contexto familiar, no caso dos menores.
- f) Orientar o exame físico, as colheitas e realizar, os exames complementares e solicitar e possibilitar uma correta interpretação de todos os elementos obtidos no final destes diversos procedimentos.

Também o tipo de entrevista (técnica mais utilizada, como se disse) depende da idade da vítima, devendo a linguagem utilizada ser adaptada a esta. Deve ainda preceder-se ao seu planeamento prévio, procurando evitar aos múltiplos abordagens e interrupções. Afigura-se assim importante que nesta fase e desde o seu início, estejam presentes todas as pessoas que irão participar na avaliação pericial em causa.

No caso das crianças pré-adolescentes é importante facultar-lhe inicialmente um período de brincadeira livre, que certamente irá favorecer o desenvolvimento de empatia com o entrevistador; em certos casos pode ser importante recolher informação de terceiros, designadamente dos membros da família, de professores e profissionais da saúde, de vizinhos, conhecidos ou amigos. No caso das crianças, a entrevista deverá mesmo começar pela sua pessoa de confiança, para que deste modo o médico possa ser informado do acontecimento mas, também dos seus gostos pessoais e tipo de personalidade, conhecimento que facilitará o estabelecimento de um ambiente adequado à entrevista e o exame físico.

A entrevista deverá compreender três fases, a serem respeitadas. Na primeira (introdução), os profissionais que nela participam apresentam-se explicam o objectivo da mesma, garantem à vítimas que a confidencialidade será asseguradas, estimulam a sua confiança. Nesta fase é ainda importante permitir um período de conversa livre para a vítima fique o mais à vontade possível. A segunda fase (exploração) pode, no caso das crianças, começar com jogos ou desenhos as questões devem alternar entre abertas fechadas de opção e hipotéticas, não se insistindo nas perguntas; deve entender-se continuamente à linguagem verbal e não-verbal e aos sinais de alerta, anotando-se todas as observações. Finalmente na terceira e última fase devem explicar-se à vítima os passos seguintes, preparando-se para eles.

A entrevista, sublinha-se novamente, tem um papel fundamental, nomeadamente no rastreio destes casos, sobretudo quando não são encontradas evidências físicas e laboratoriais.

Exame físico

Deve obter-se sempre a concordância e colaboração da criança ou jovem (desde que tenha capacidade para compreender e colaborar) para a realização do exame físico, colheita de vestígios e fotodocumentação, explicando-se claramente todos os procedimentos que irão ter lugar e o porquê da sua realização, ainda que, naturalmente, de forma adaptada à sua capacidade de compreensão.

Deverá ser permitida a presença na sala durante o exame de pessoa de confiança da criança ou jovem, se ambos assim o preferirem (desde que tal não perturbe a realização do exame), e fazer constar tal facto no documento que regista a realização do exame;

No caso de haver lugar a exame de natureza sexual deverá estar presente outro profissional de saúde, garantindo-se que pelo menos um dos intervenientes é do género da pessoa a examinar; esta pessoa terá como principal função ajudar a manter a vítima confortável e auxiliar o médico no exame e na colheita de amostras.

O exame deverá decorrer num local iluminado (se possível com luz natural), com temperatura ambiental adequada, limpo e com privacidade, e o médico deverá respeitar o lógico pudor das crianças e jovens, cobrindo o seu corpo e expondo somente a parte corporal que em cada fase do exame vai ser observada.

Todas as lesões encontradas devem ser registadas de forma sistematizada e rigorosa no que se refere às seguintes características: a) Tipo (e.g. feridas contusas, perfurantes, incisivas, mistas, queimaduras, etc.); b) Número; c) Localização; d) Forma; e) Orientação; f) Dimensões; g) Gravidade; h) Mecanismo e grau de violência com que denotam ter sido produzidas; j) Período de tempo aproximado desde a sua produção; k) Adequação entre as lesões e a história/explicação quanto ao mecanismo da sua produção; i) Outro diagnóstico diferencial que as possam explicar.

Em certos casos importará também referir-se a não existência de determinadas lesões.

Todas as lesões e vestígios encontrados devem ser fotodocumentados (atendendo-se à necessidade da obtenção de consentimento a partir dos 16 anos de idade), partindo-se sempre de fotografias efetuadas do geral para o particular. Deve evitar-se a identificação direta da pessoa (nomeadamente não realizando imagens da face, se desnecessárias, nem colocando o nome na fotos), bem como imagens que exponham desnecessariamente a sua intimidade; devem evitar-se, também, imagens de fundo que perturbem os elementos objetivos que se pretendem registar. As fotografias devem, contudo, ser sempre identificadas com o número do processo (desde que

suficientemente identificativo), o que pode ser feito na escala métrica que deve acompanhar todas as imagens de lesões.

Devem constituir particular motivo de suspeita quanto à possibilidade de se estar perante um caso de abuso, os seguintes aspetos: ^(57,73) a) Inadequação da explicação ou ausência de explicação quanto ao mecanismo de produção das lesões; b) Inadequação da explicação ou ausência de explicação quanto à data de produção das lesões; c) Lesões em diferentes estadios de evolução; d) Lesão em locais pouco comuns aos traumatismos de natureza accidental para a faixa etária da criança; e) Lesões com diferentes localizações; f) Lesões figuradas; g) Lesões com um significativo tempo de evolução sem que tenha havido intervenção clínica, traduzindo atraso na procura de cuidados de saúde por parte dos responsáveis; h) Lesões com determinadas características, sobretudo quando não é conhecida a história da sua produção ou em que a mesma não é plausível, designadamente: queimaduras ou suas cicatrizes, com bordos nítidos e com localizações múltiplas, sobretudo se na palma das mãos, planta dos pés, genitais e nádegas; marcas de mordeduras; alopecia traumática; certas lesões dentárias; sequelas de traumatismo antigo (e.g. calos ósseos resultantes de fraturas); intoxicação (sobretudo se mais que um incidente com sinais e sintomas inexplicados e de início súbito); doenças recorrentes inexplicáveis (sobreponível ao síndrome de Munchausen por Procuração) ou situação crítica não explicável pela história anterior; outras lesões de diagnóstico médico mais complexo (designadamente neurológicas, oftalmológicas e viscerais).

Relativamente às lesões observadas devem ser sempre ponderados os seguintes diagnósticos diferenciais a) Acidentes; b) Patologias (condições patológicas que podem mimetizar um abuso); c) Sequelas pós-operatórias ou lesões iatrogénicas; d) Lesões devidas a práticas de medicinas alternativas; e) Malformações; f) Certas condições morfológicas (e.g. mancha mongólica); g) Simulação; h) Lesões auto-infligidas.

Deve ter-se em atenção que qualquer das situações expostas no ponto anterior pode coexistir com uma situação de abuso e que a ausência de vestígios físicos de abuso não significa evidência de ausência de abuso.

Exame da superfície corporal

O exame físico tem de ser breve, mas completo (*da cabeça aos pés*), rigoroso e seguindo uma ordem determinada, para que não fique nenhuma região corporal por analisar e não seja necessária a sua repetição; Durante a inspeção, devem registar-se

todas as lesões e/ou sequelas e, se houver autorização da vítima, ou do seu representante, procede-se à fotodocumentação de todos os achados relevantes. ^(57,72,73)

Deverá, assim, dar-se sucessivamente atenção a: a) cabeça, incluindo cabelo (e.g., alopecia traumática, edema e hematomas); b) orelhas (e.g., equimoses retroauriculares); c) região orbitária (e.g., equimoses); d) regiões malares (e.g., equimoses); e) nariz (e.g., desvios do dorso, edema, sinais de epistáxis); f) pescoço (e.g., equimoses, estigmas ungueais e marcas de mordeduras); g) mãos (e.g., lesões de defesa); h) unhas (e.g., roídas, quebradas, com conteúdo subungueal); i) punhos (e.g., marcas sugestivas de imobilização forçada por ação de cordas ou de compressão manual - equimoses); j) antebraços (e.g., lesões de defesa); k) braços e axilas (e.g., marcas de compressão); l) tronco, incluindo regiões mamárias (áreas privilegiadas de mordeduras e abrasões, e lacerações dos mamilos); m) abdómen (e.g., equimoses, abrasões, lacerações); n) coxas (e.g., equimoses simétricas na face interna); o) joelhos (e.g., abrasões); p) tornozelos (e.g., lesões de cordas); q) pés (e.g., abrasões e lacerações).

A cavidade oral deve ser sempre inspecionada na procura de lesões (e.g., equimoses, abrasões, lacerações da mucosa oral, petéquias no palato, lacerações dos freios, luxação ou fratura de dentes).

No âmbito do exame físico deverão ser solicitados os estudos complementares de diagnóstico que se afigurem necessários para melhor esclarecimento da situação, nomeadamente exames imagiológicos (note-se que outros exames complementares laboratoriais poderão ser também necessários e serão assinalados posteriormente). Os exames imagiológicos devem realizar-se sempre que a história do evento não seja compatível com as lesões apresentadas e em conjugação com as seguintes situações ⁽⁵⁾:

a) Crianças com idade inferior a 2 anos; b) Sinais físicos sugestivos de lesões esqueléticas de abuso: edema, diminuição da mobilidade articular, parésia e deformidade; c) Alterações neurológicas; d) Lesões extensas dos tecidos moles.

Exame ano-genital

Nos casos de suspeita de agressão sexual, deve ser sempre efetuada a inspeção ano-genital. Deve atender-se aos seguintes aspetos:

- Se a roupa que a vítima tiver vestida for a mesma que usava durante a agressão, esta deverá despir-se em cima de um papel de captação (e.g., papel de filtro branco colocado sobre um lençol branco, limpo), para que eventuais vestígios existentes na roupa possam ser preservados;

O posicionamento da criança ou jovem durante a observação é muito relevante para a qualidade da observação e para o conforto daquela. Assim, pode optar-se pelas seguintes soluções:

- Crianças pré-pubertárias: posição de rã para o exame genital (podem ser também observadas no colo da sua mãe ou pessoa de confiança); decúbito lateral esquerdo para o exame da região anal. (Fig. 17)
- Crianças pós-pubertárias do género feminino: posição geno-peitoral e posição ginecológica para garantir uma mais completa observação do hímen; decúbito lateral esquerdo ou geno-peitoral para o exame da região anal;
- Crianças pós-pubertárias do sexo masculino: posição ortostática ou sentada para o exame genital; decúbito lateral esquerdo ou



Fig. 19: Posição ginecológica (in in A. P. Giardino et al (2003) Sexual Assault - victimization across the life span , a clinical guide, G.W. Medical Publishing, Inc, St Louis, Missouri)

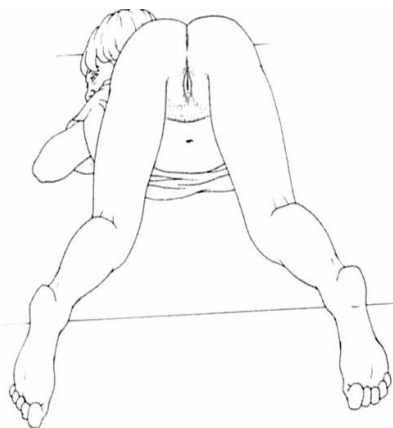


Fig. 20: Posição genopeitoral (in in A. P. Giardino et al (2003) Sexual Assault - victimization across the life span , a clinical guide, G.W. Medical Publishing, Inc, St Louis, Missouri)



Fig. 18: Posição ao colo (in A. P. Giardino et al (2003) Sexual Assault - victimization across the life span , a clinical guide, G.W. Medical Publishing, Inc, St Louis, Missouri)

genopeitoral para o exame da região anal.

Exame da região anal:

- a) A realização de suave afastamento da região glútea e pressão excêntrica sobre o orifício anal poderá revelar a existência de dilatação, ingurgitação venosa, hematomas, fissuras, escoriações ou lacerações. Mantendo-se a tração durante cerca de 30 segundos pode observar-se o relaxamento dos esfíncteres interno e externo e a abertura do canal anal (reflexo anal de dilatação).
- b) O toque rectal só é recomendado quando há suspeita de corpos estranhos no canal anal.
- c) A proctoscopia ou anoscopia deverá ser realizada apenas se houver exteriorização de sangue pelo canal anal ou dor anal severa após a agressão, ou se houver suspeita de corpo estranho no reto. ^(1,5,78)

Do exame físico à colheita de vestígios

O exame físico tem como objetivo documentar a existência de vestígios de uma agressão de natureza sexual e a interpretação e valorização pericial das possíveis lesões físicas resultantes. A colheita de eventuais vestígios, orientada pelos dados obtidos na informação e pelo exame físico, irá decorrendo ao longo deste. Se não são desejáveis colheitas injustificadas, sempre se assinalará que, na dúvida, é preferível colher por excesso que por defeito.

De uma forma geral, quando tenham decorrido menos de 48/72 horas e haja história de agressão sexual que inclua ejaculação ou contactos susceptíveis de deixarem eventuais vestígios biológicos na vítima (beijos, arranhões, etc.), deve realizar-se imediatamente a exploração física, com a colheita de amostra biológicas. Se tiverem decorrido mais de 48/72 horas, não se trata já de um exame físico urgente em termos médico-legais, e pode adiar-se a observação para um momento mais propício para a vítima (preparando-a adequadamente, por forma a evitar, como já se referiu, o risco vitimação secundária).

Uma atitude continuamente calma e atenciosa por parte do médico, é fundamental para tranquilizar e transmitir confiança à vítima, devendo explicar-se-lhe o tipo e razão do procedimento que se vai efetuar.

O exame tem de ser completo (isto é, envolvendo todo o corpo) mas breve, procurando-se não o repetir para não agravar o trauma. É desejável, após autorização de

vítima ou do seu representante legal, preceder à foto-documentação de todos os achados relevantes, acautelando que por si só não consintam a identificação da pessoa em causa.

Se a vítima traz vestida a roupa que usava no momento da agressão, deve despir-se em cima de um papel de filtro branco (que servirá como papel de captação), para que eventuais vestígios relevantes (rasgões, manchas, etc.) devem ser acondicionadas em sacos de papel (idealmente depois de secas á temperatura ambiente). O mesmo devera suceder com possíveis absorventes usados pela vítima.

O perito médico deverá ser metuculoso e ordenado e respeitar o pudor da pessoa examinada, cobrindo o seu corpo e expondo somente o segmento corporal que vai ser examinado. Começará pela inspeção dos cabelos, obtendo amostras de eventuais madeixas empastadas (por corte), colhendo os cabelos soltos (através de penteado) e amostras de cabelos secos (por arrancamento). Prosseguirá com a inspeção sucessiva de toda a superfície cutânea (não esquecendo zonas como as regiões retro auriculares e axilares, nem as unhas), efetuando-se zaragatoas sempre que se puder admitir a eventual existência de vestígios de saliva ou de esperma (de acordo com a observação ou informação prestada pela vítima) e também zaragatoas sub-ungueais. As cavidades (oral, anal e vaginal), e a sua área circundante, serão a seu tempo inspecionadas cuidadosamente, efetuando-se também zaragatoas das áreas suspeitas (húmidas nas áreas circundantes e seca nas cavidades). Também a nível da região púbica se procederá à inspeção dos pêlos púbicos e à colheita de eventuais vestígios nessa zona, nomeadamente através da sua passagem com um pente.

Para o exame da região anal a posição de observação pode ser em decúbito lateral esquerdo ou geno-peitoral, procurando-se a existência de dilatação, ingurgitação venosa, hematomas, fissuras, escoriações ou lacerações, etc. Ao perito médico competirá a interpretação dos elementos observados, tendo nomeadamente em consideração a sua correlação com a informação obtida e os antecedentes clínicos da vítima. Por exemplo, escoriações a nível anal num menor podem ser o resultado do “coçar” na região devido a prurido e não serem necessariamente o resultado se uma agressão de natureza sexual. Há no entanto, que ter em conta que o esfíncter anal não é rígido e que, com cuidado e adequada lubrificação, pode permitir com relativa facilidade a penetração de um pênis ou de um objeto de dimensões consideráveis, sem se lesar.

Para o exame de região feminina pode usar-se a posição geno-peitoral, a posição em rã ou a posição ginecológica. Entre os elementos físicos que podem levantar a suspeita de penetração ou tentativa de penetração vaginal, encontra-se, por exemplo, o edema dos pequenos lábios, com cor vermelha arroxeado ou com erosões, a existência de cicatrizes ou significativa distensão da forma do hímen, a existência de lacerações, escoriações, erosões ou área sem epitélio e com neovascularização na sua metade posterior, bem como uma dilatação himenial superior a 15mm de diâmetro transversal (em posição geno-peitoral). Um correto exame himenial passa por vezes pela observação em duas posições: geno-peitoral e posição ginecológica, pois cada uma delas pode permitir a obtenção de elementos e aspetos não observando na outra. Aliás o estudo do hímen no sexo feminino constitui, por vezes elemento da maior relevância. Nesse estudo haverá que ter em consideração os múltiplos fatores que podem condicionar alguma margem de erro. Por exemplo, a permeabilidade do hímen pode variar em função do observador, da posição da examinanda e da sua cooperação e relaxamento.

Em geral, a avaliação anogenital limita-se à inspeção visual da área externa, não se concretizando nas crianças, e por rotina, a inspeção com espéculo. Dada a importância de obter fotografias das lesões, são úteis técnicas de ampliação como o colposcópico. Também a utilização de algumas colorações poderá facilitar a identificação de lesões.

No caso dos menores, de entre os indicadores físicos que devem fazer suspeitar de abuso sexual a gravidez, a presença de esperma no corpo ou roupa (ou de substâncias, tais como lubrificantes) e as doenças sexualmente transmissíveis (sobretudo gonorreia e sífilis não congénita), podem ser considerados patognomónicos.⁽⁸⁶⁾ A existência de infeção por clamídia, condilomas acuminatun, herpes simplex tipo II e tricomonas vaginalis, será apenas indicativa de provável abuso sexual.

Várias situações podem simular uma agressão sexual, como perturbações dermatológicas, variações congénitas, alterações fisiológicas próprias da naturalidade, traumatismos acidentais, cirurgias génito-urinárias e infeções não sexualmente transmitidas, relativamente às quais é necessário fazer o diagnóstico diferencial.

Tudo isto condiciona que a execução de um exame sexual e a interpretação dos elementos observados deve estar a cargo, como já assinalámos, de um verdadeiro perito médico forense e não de peritos ocasionais.”

Na perícia forense no âmbito do exame sexual, as lesões encontradas nas regiões genital e anal, são descritas com base no sentido horário de um mostrador de relógio.

A análise laboratorial das amostras colhidas no decurso de exame pericial constitui a fase seguinte do exame pericial. É fundamental que todo o material colhido para ser enviado ao laboratório respeite as normas científicas de acondicionamento e remessa de amostras, de forma a garantir a sua adequada preservação e a manutenção de cadeia de custódia.

Os estudos laboratoriais de vestígios biológicos em vítimas de agressões de natureza sexual envolvem mais frequentemente:

- a) Estudo da roupa e absorventes;
- b) Amostras de raspado do conteúdo subungueal;
- c) Amostras de cabelos e de pêlos púbicos ou outros;
- d) Amostras de padrões de cabelo púbico ou outro;
- e) Amostras de manchas suspeitas na superfície corporal;
- f) Amostras de conteúdo das cavidades suspeitas;
- g) Amostras de sangue da vítima.

Os estudos poderão incluir a pesquisa microscópica de fosfatase alcalina, marcadores de DST, pesquisa microscópica de espermatozóides, pesquisa de esperma, a tipagem de STRs autossômicos e do cromossoma Y, etc. ... Depois de corretamente interpretados, estes resultados poderão permitir confirmar a agressão e identificar o perpetrador (por exemplo, comparando perfil genético encontrado na vítima ou na sua roupa com o do suspeito). Mas não se esperem sempre resultados positivos. Note-se que outros estudos complementares poderão ser necessários, designadamente estudos de natureza toxicológica (para pesquisa de álcool, drogas, medicamentos, etc.) sempre que se suspeite de eventual influência de qual quer substância desta natureza.^(5,57,73)

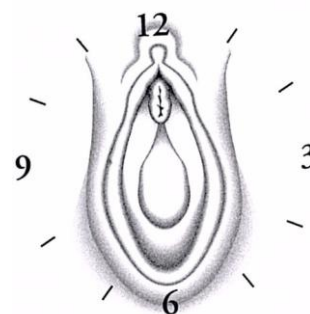


Fig. 21: Lesões assinaladas segundo o mostrador de relógio (in in A. P. Giardino et al (2003) *Sexual Assault - victimization across the life span , a clinical guide*, G.W. Medical Publishing, Inc, St Louis, Missouri)

2 – OBJETIVOS

Pretende-se com este estudo, compreender a realidade angolana em matéria de avaliação e reparação do dano corporal pós-traumático e, com base a essa sequência, propor uma metodologia de avaliação, tendo em conta o modelo usado no Instituto Nacional de Medicina Legal de Portugal e Ciências Forenses, IP, “sendo este, a presente e futura escola para formação bem como para a implementação do futuro Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses de Angola”.

A avaliação do dano corporal no âmbito do Direito Penal (DP) visa avaliar as consequências de ofensas corporais, sendo um auxílio para os magistrados quanto à tipificação do crime e referência quanto ao doseamento da pena a aplicar. Naturalmente que esta proposta terá de ser ajustada à realidade angolana, esperando que se possa permitir uma uniformização dos parâmetros do dano corporal avaliados e reparados, pelo Departamento Nacional de Medicina Legal (DNML) do Comando Geral da Polícia Nacional de Angola (CGPNA).

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo: 1. Avaliar e interpretar do ponto de vista forense as características da agressão sexual em crianças e pré-adolescentes com idade compreendida entre zero a 12 anos, dos casos notificados na província de Luanda, durante o primeiro trimestre de 2012, uma vez que ainda não existe um perfil epidemiológico de evento deste âmbito em Angola; 2. Descrever as características referentes a vítima, à agressão sexual, à perícia médico-legal, ao alegado agressor e a eventual testemunha; 3. Comparar os parâmetros de avaliação do dano corporal no âmbito dos exames sexuais realizados no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (INMLCF), com os realizados no Departamento de Medicina Legal da Polícia Nacional de Angola; 4. Caracterizar o tipo legal de crime segundo o Código Penal Angolano e Português, fornecendo todavia, propostas de intervenção bem como de prevenção para os casos em apreço.

3 – MATERIAL E MÉTODO

3.1 – MATERIAL

Por uma questão de, organização, acesso e atendendo às limitações de tempo disponível para a realização do presente estudo, foram selecionadas através das fichas de colheita de dados e dos relatórios periciais relativos a exames médico-legais, do âmbito da sexologia forense, efetuados no Serviço de Clínica Médico-legal do Departamento Nacional de Medicina Legal do Comando Geral da Polícia Nacional de Angola em Luanda. A amostra estudada foi selecionada a partir dos exames de natureza sexual efetuados no Serviço supramencionado.

Foram entrevistados, examinados e identificados no Serviço de Clínica Médico-legal em Luanda, no período compreendido entre Janeiro a Março de 2012 (primeiro trimestre de 2012), um total global de 456 casos de alegadas vítimas de agressão sexual.

A partir destes casos, considerou-se como critérios de inclusão: todos os exames de natureza sexual no âmbito do Direito Penal; de aduzidas vítimas com idades compreendidas entre os 0 aos 12 anos, inclusive; e como critério de exclusão todos os exames de natureza sexual do âmbito do Direito Penal; referentes as vítimas com idades superiores aos 12 anos.

Resultou assim uma amostra final de 145 casos, que foram estudados e que representam 31,79% do total dos casos de exames sexuais observados naquele período, no Serviço de Clínica Médico-Legal em Luanda.

3.2 – MÉTODOS

Efetuuou-se um estudo prospetivo com recurso a análise das fichas de recolha de dados e dos relatórios periciais referentes aos exames sexuais efetuados no Serviço de Clínica Médico-Legal do Departamento de Medicina Legal em Luanda.

Foi efetuado um estudo estatístico de tipo descritivo e, posteriormente, uma análise correlacional das variáveis da amostra consideradas mais pertinentes para os objetivos deste estudo.

A análise dos documentos foi feita com base a metodologia descritiva da amostra (Fichas na seção Anexos), através de procedimento de avaliação de um conjunto de indicadores enquadrados numa ficha de colheita de dados bem como no livro de registo do Serviço. Todos estes dados foram colhidos pelo autor e alguns

colegas do Serviço, tendo em vista a garantir o cumprimento dos critérios de avaliação e portanto a fiabilidade da colheita.

Estes instrumentos foram elaborados de acordo com os dados disponíveis nas fichas de recolha de dados, no livro de registo e nos relatórios perícias referentes as alegadas vítimas com idades compreendidas entre os zero e os doze anos inclusive, que ocorreram neste Serviço durante o período em estudo.

Os dados resultantes da colheita dos casos, foram inseridos numa matriz de base de dados, utilizando o programa informático *Microsoft Excel 2007*; o qual permitiu caracterizar as vítimas, o tipo de agressores, o tipo e circunstâncias das agressões e os resultados do exame pericial, procedendo-se à análise das eventuais diferenças entre os distintos tipos de agressões sexuais.

4 – RESULTADOS

Durante o primeiro trimestre de 2012, registou-se um total de 456 casos relativos a vítimas de agressão sexual no geral, na província de Luanda, que acorreram ao Serviço de Clínica Médico-Legal do Departamento de Medicina Legal de Luanda. Destes, 145 casos foram referentes a crianças com idades compreendidas entre os 0 aos do 12 anos, o que representa 31,8 % da população total vítima de agressão sexual.

Os dados serão apresentados relativamente à caracterização de cada aspeto, descrevendo-se os resultados de acordo com uma análise da amostra obtida.

4.1 – REFERENTE À VÍTIMA

A distribuição e a estatística por idades é a apresentada na tabela nº 1, (N=145).

IDADE DA VÍTIMA	
MÉDIA	8,17 ANOS
MEDIANA	9 ANOS
MODA	12 ANOS
MÍNIMA	4 MESES
MÁXIMA	12 ANOS
DESVIO PADRÃO	± 3,4 ANOS

Tabela nº1. Distribuição das vítimas por idade

De todos casos, as vítimas eram maioritariamente do género feminino.

GÉNERO DA VÍTIMA (N=145)

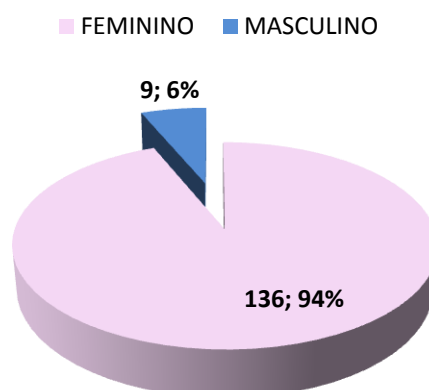


Gráfico nº 1- Distribuição das vítimas por género.

Relativamente à escolaridade, a maior parte das vítimas, eram estudantes do 1º ciclo; seguindo-se as que não tinham escolaridade e havendo apenas um pequeno número de casos em que estas desconhecem a sua escolaridade.

ESCOLARIDADE DA VÍTIMA (N=145)

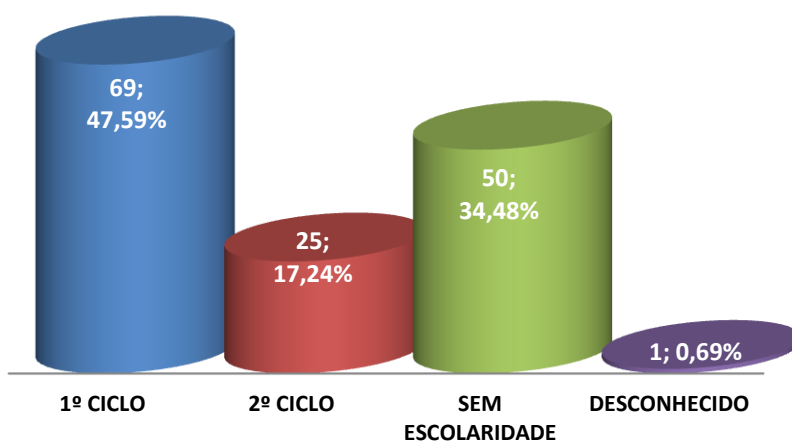


Gráfico nº 2 – Distribuição das vítimas segundo a escolaridade

No presente estudo, verificou-se que a maior parte das vítimas não apresentava antecedentes patológicos. Relativamente aos casos com antecedentes patológicos, constatou-se a presença de vítimas portadoras de deficiências (mental, física, “ vítimas com handicap grave), diabetes, epilepsia, entre outras.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Nº	%
Não	104	71,72
Sim	9	6,21
Desconhecidos	32	22,07
TOTAL	145	100,00

Tabela nº 2 – Distribuição das vítimas segundo os antecedentes patológicos

A maior parte dos casos estudados alegaram que a vítima nunca terá sofrido anteriormente nenhuma prática de agressão sexual; porém, outros alegaram esta ter tido práticas anteriores compatíveis com abuso sexual e em poucos casos não sabiam afirmar se as vítimas já tiveram ou não práticas de agressão sexual anteriores.

ALEGADAS ATITUDES ABUSIVAS SEXUAIS ANTERIORES	Nº	%
Não	67	46,21
Sim	62	42,76
Desconhecido	16	11,03
TOTAL	145	100,00

Tabela nº3 – Distribuição das vítimas segundo a eventuais atitudes de agressão sexual anteriores

3.2 – REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DA AGRESSÃO SEXUAL

O tipo de agressão sexual mais frequentemente constatado foi a tentativa de penetração vaginal (21,38%), seguindo-se as várias práticas “múltiplas práticas, sabendo-se que uma vítima pode ter sofrido mais do que uma ocorrência e mais do que um tipo de agressão ou contacto sexual.” (17,24%); seguindo-se também a manipulação dos órgãos sexuais (15,17%). E com menos frequência constatou-se, a penetração oral (1,38%), beijos (1,38%) bem como a tentativa de penetração anal (0,69%).

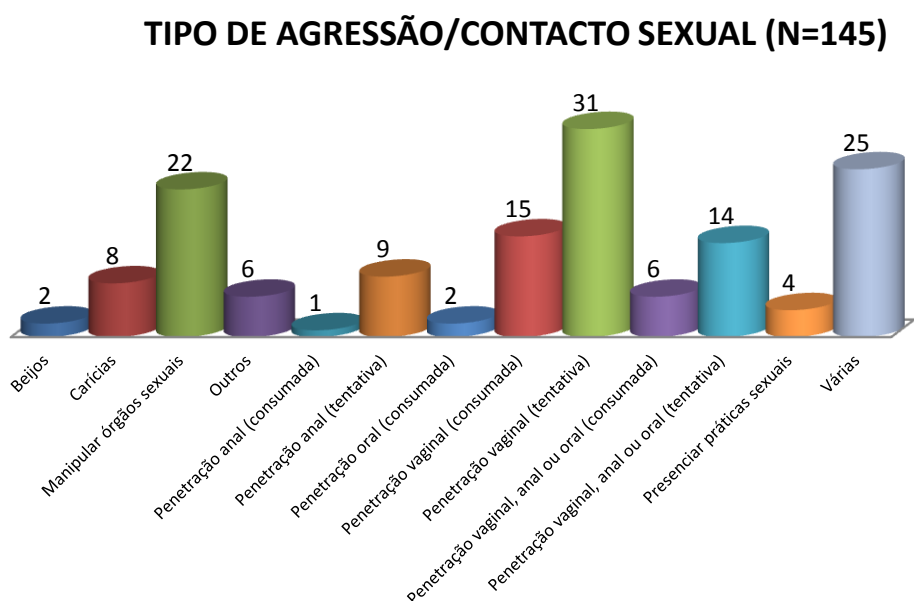


Gráfico nº3: Distribuição dos casos segundo o tipo de agressão/contacto sexual perpetrado

Durante a agressão sexual, em mais de metade dos casos não houve uso de preservativo.

USO DE PRESERVATIVO (N=145)

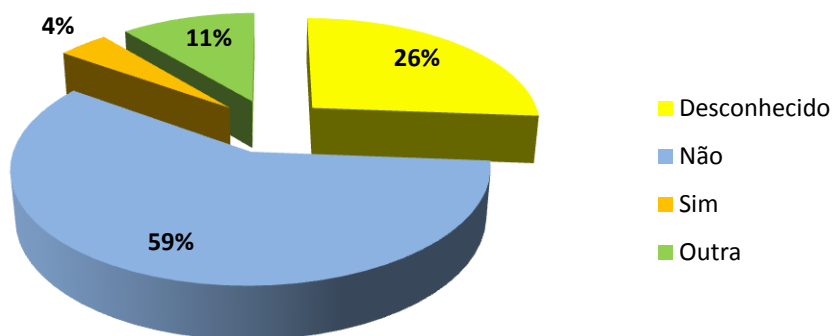


Gráfico nº 4: Distribuição dos casos segundo o uso/não de preservativo

Quanto aos recursos utilizados para a agressão sexual, verificou-se que na maior parte dos casos houve aliciamento (36,55%), bem como a ameaça verbal (13,79%). A violência física (4,83%) foi um dos outros recursos menos utilizados.

OUTROS RECURSOS (N=145)

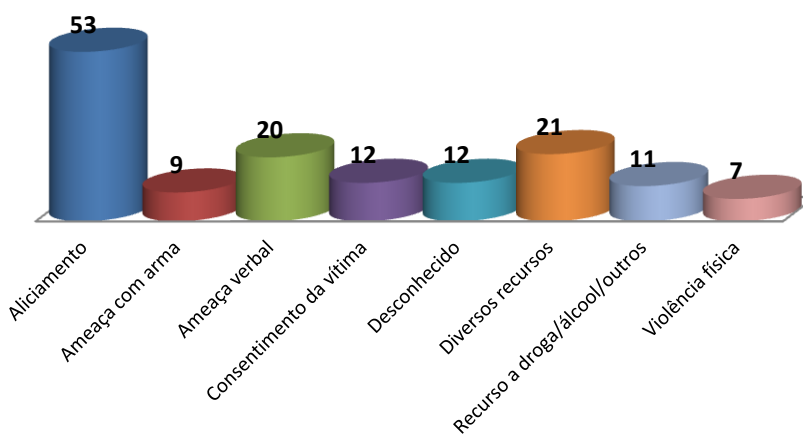


Gráfico nº 5: Distribuição dos casos segundo outros recursos utilizados para a agressão

A maioria das alegadas agressões sexuais ocorreu durante o período da tarde e o noturno.

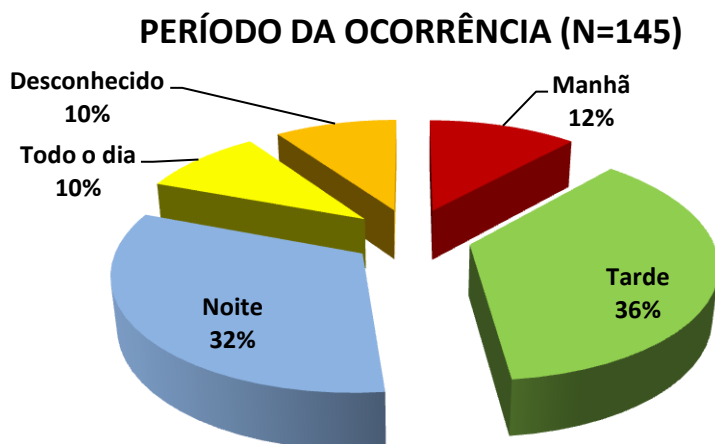


Gráfico nº 6: Distribuição dos casos segundo o período de ocorrência

A quase totalidade (N=145) ou seja, cerca de 3/4 do total de casos (110 casos), a agressão sexual teve uma duração temporal inferior a 24 horas.

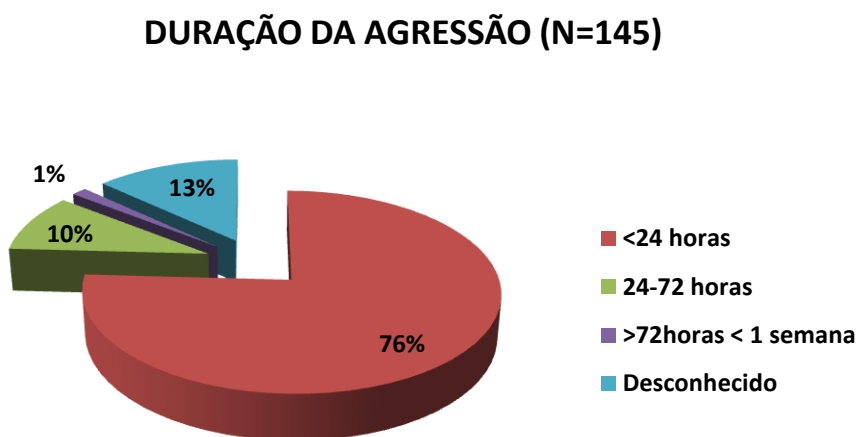


Gráfico 7 - Distribuição dos casos segundo a duração da agressão

Durante a agressão sexual, na maior parte dos casos, não houve referência a utilização de violência física.

VIOLÊNCIA FÍSICA	Nº	%
Sim	29	20,00
Não	86	59,31
Desconhecido	30	20,69
Total	145	100,00

Tabela nº4 – Distribuição das vítimas segundo a eventual violência física

Relativamente à violência emocional, esta baseou-se principalmente em ameaças.

VIOLÊNCIA EMOCIONAL	Nº	%
Ameaças	54	37,24%
Humilhações	6	4,14%
Insultos	11	7,59%
Outros	10	6,90%
Não	55	37,93%
Desconhecido	9	6,21%
Total	145	100,00%

Tabela nº5 – Distribuição das vítimas segundo a eventual violência emocional

Na maior parte dos casos a agressão sexual terá ocorrido em casa do agressor, ou na casa da vítima.

LOCAL	Nº	%
Viatura	1	0,69%
Casa do agressor	73	50,34%
Casa da vítima	37	25,52%
Escola	1	0,69%
Local de trabalho do Agressor	1	0,69%
Outro	14	9,66%
Via Pública	18	12,41%
Total	145	100,00%

Tabela nº6 – Distribuição dos casos segundo o local da alegada agressão

Verificou-se também um significativo número de casos em que não houve denúncia.

DENÚNCIA	Nº	%
Sim	78	53,79
Não	64	44,14
Desconhecido	3	2,07
Total	145	100,00

Tabela nº7 – Distribuição das vítimas segundo a denúncia

Nos casos em que não houve denúncia (casos em que por certo motivo não foi formalizada a queixa após a perpetração da agressão sexual; podendo entretanto ter se revelado o fenómeno muito mais tarde), constatou-se com mais frequência, esta ter sido devido ao medo; a vergonha e ao facto dos representantes legais da criança não terem sabido o que fazer após ter ocorrido a agressão sexual.

NÃO HOUE DENÚNCIA (N=64)

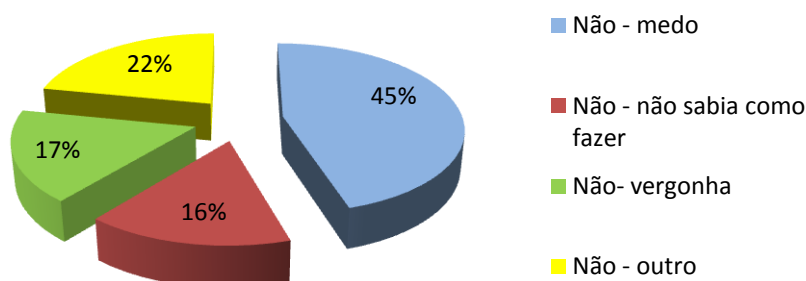


Gráfico 8 - Distribuição dos casos em que não houve intenção de denúncia

Maior parte dos casos de alegada agressão sexual ocorreu no município de Luanda (40,69%), seguindo-se os municípios de Viana (21,38%) e Cazenga (14,48%); sendo os municípios de Quissama (2,76%) e o município do Icolo e Bengo (0,69) com menos ocorrência (gráfico nº).

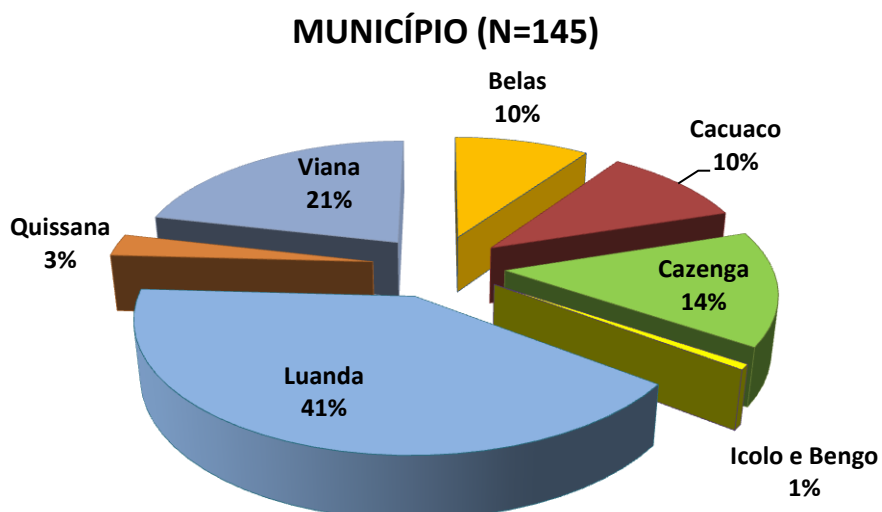


Gráfico 9 - Distribuição dos casos segundo o Município em que ocorreu a alegada agressão

4.3 – REFERENTES AO EXAME MÉDICO-LEGAL

Relativamente ao intervalo de tempo entre a alegada agressão sexual e o exame pericial médico-legal, na maior parte dos casos os exames periciais foram realizados num período menor que 24 horas até às 72 horas.

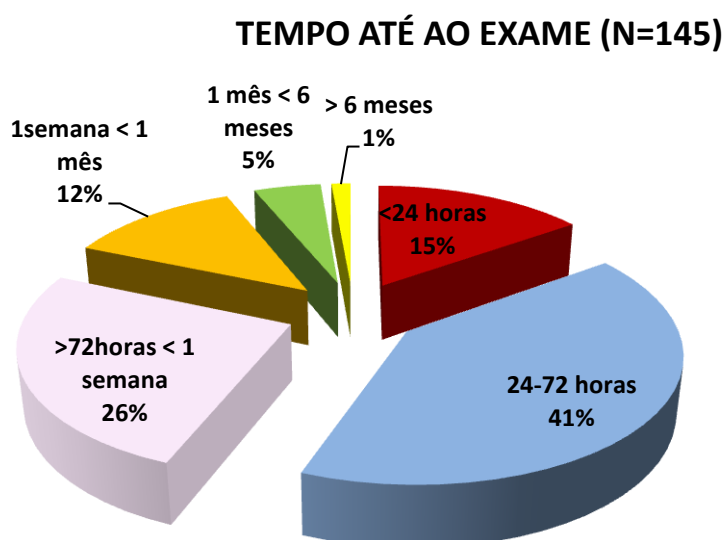


Gráfico 10 - Distribuição dos casos segundo o tempo desde a agressão até ao exame Médico-Legal

O consentimento para a autorização da colheita de dados foi dirigido na sua totalidade aos seus acompanhantes e destes, o mesmo foi dirigido com maior frequência aos progenitores (essencialmente a mãe e seguidamente pai da vítima).

CONSENTIMENTO	Nº	%
Avó (s)	8	5,52
Conhecido (s)	2	1,38
Entidade protetora	1	0,69
Mãe	75	51,72
Outros	11	7,59
Pai	25	17,24
Tio (s)	23	15,86
Total	145	100,00

Tabela nº8 – Distribuição das vítimas segundo ao consentimento

Após a alegada agressão sexual, a maior parte das vítimas terá realizado higiene íntima e mudado de roupa.

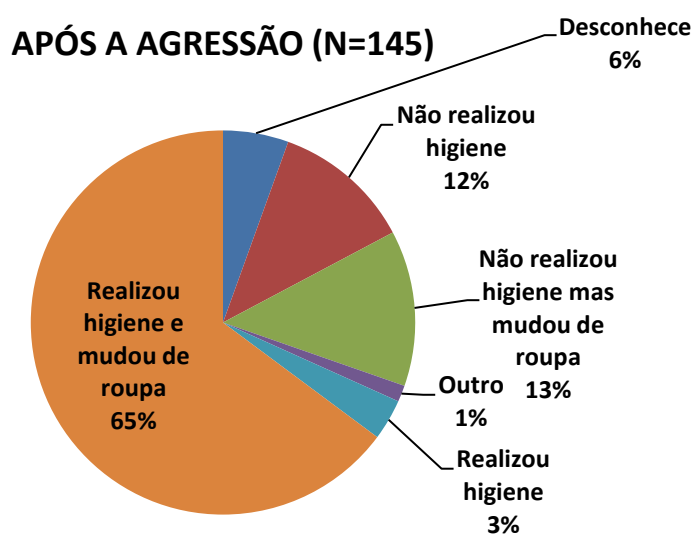


Gráfico 11 - Distribuição dos casos segundo o procedimento da vítima após a alegada agressão

A maior parte das vítimas não referiram queixas, resultantes da agressão sexual, durante o exame médico-legal.

QUEIXAS	Nº	%
Dor genital/anal/oral	41	28,28%
Hemorragia genital	4	2,76%
Incontinência urinária/fecal	4	2,76%
Várias queixas	25	17,24%
Sem queixas	69	47,58%
Desconhecido	2	1,38%
Total	145	100,00%

Tabela n^o 9 – Distribuição das vítimas segundo as queixas da vítima

Dos 145 casos estudados, a maior parte das vítimas não apresentou lesões a nível da superfície corporal, durante o exame pericial.

SUPERFÍCIE CORPORAL (N=145)

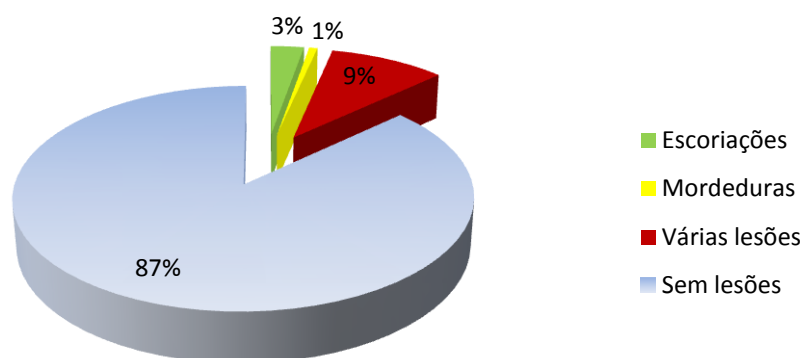


Gráfico 12 - Distribuição dos casos segundo as lesões a nível da superfície corporal

A quase totalidade dos casos, as vítimas não apresentaram lesões na região oral.

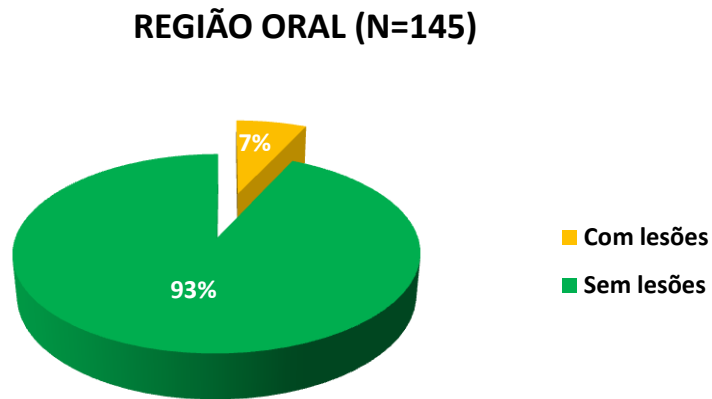


Gráfico 13 - Distribuição dos casos segundo as lesões a nível da região oral

O exame médico-legal não revelou lesões ou sequelas na região genital em 89 casos, das 145 vítimas de agressão sexual.

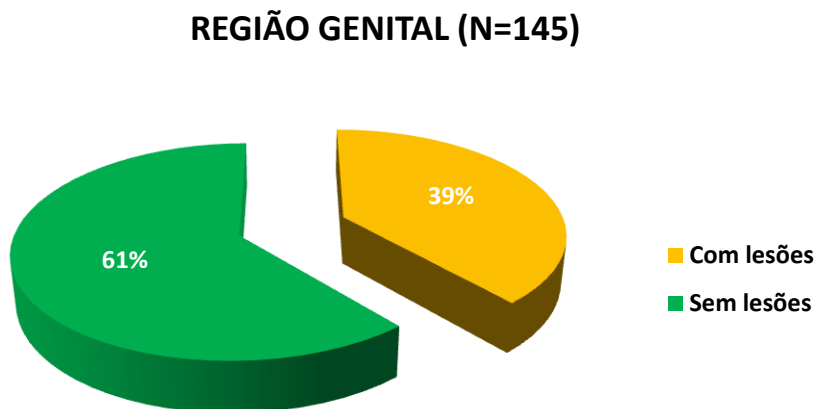


Gráfico 14 - Distribuição dos casos segundo as lesões a nível da região genital

Relativamente à permeabilidade do ostíolo himenial, pelo exame pericial, constatou-se que a maior parte das vítimas (65%) apresentaram permeabilidade à introdução da extremidade distal ou à de um dedo do examinador e 32% dos casos apresentaram permeabilidade à introdução de dois dedos justapostos do examinador.

Registaram-se também 21% dos casos em que o hímen foi impermeável e 8% dos casos em que não foi possível testar a permeabilidade na criança.

PERMEABILIDADE DO OSTÍOLO HIMENIAL	Nº	%
Permeável a um dedo ou extremidade de um dos dedos	64	47,06
Permeável a dois dedos justapostos	32	23,53
Outro	11	8,09
Não permeável	29	21,32
Total	136	100,00

Tabela nº10 – Distribuição das vítimas segundo a permeabilidade do ostíolo vaginal

Quanto ao tipo de hímen, das 136 vítimas do sexo feminino, o exame médico-legal revelou 88 casos (61,71%) com hímen anular; 29 casos (21,32%) terem hímen semilunar; 5 casos (3,68%) com hímen biperfurado e 3 casos (2,21%) com hímen imperfurado.

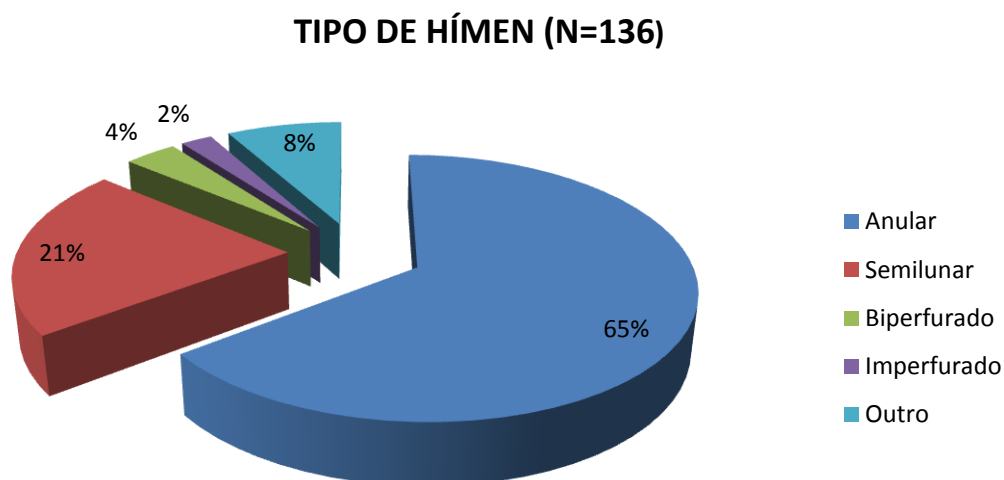


Gráfico 15 - Distribuição dos casos segundo o tipo de hímen

A quase totalidade dos casos, as vítimas não apresentaram lesões nem sequelas visíveis na região.

REGIÃO ANAL (N=145)

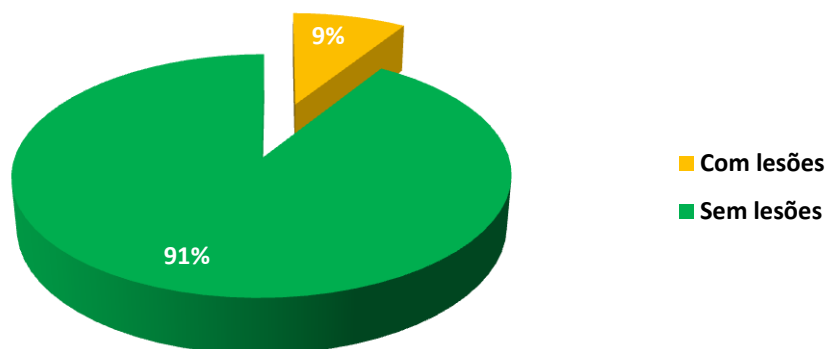


Gráfico 16 - Distribuição dos casos segundo as lesões a nível da região anal

Quanto aos achados da perícia médico-legal, constatou-se que a maior parte das vítimas não apresentaram lesões nem sequelas compatíveis com práticas sexuais.

ACHADOS DA PERÍCIA (N=145)

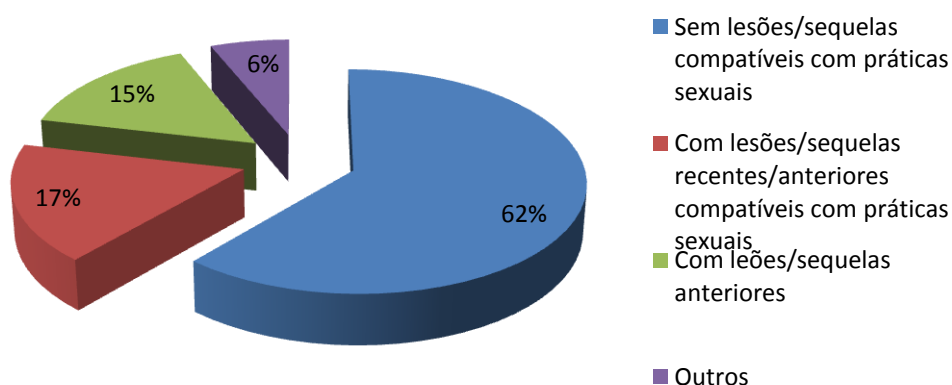


Gráfico 17 - Distribuição dos casos segundo os achados da perícia

Dos exames complementares distintos, na maioria das vítimas, não houve qualquer tipo de exame complementar.

EXAMES COMPLEMENTARES (N=145)

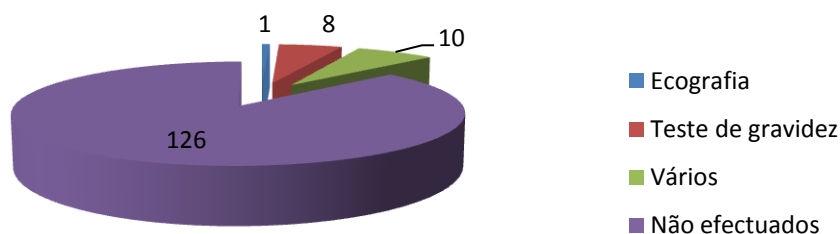


Gráfico 18 - Distribuição dos casos segundo os exames complementares

4.4 – REFERENTES AO AGRESSOR E TESTEMUNHAS

Os alegados agressores eram maioritariamente do género masculino (não sendo possível a quantificação com exatidão dos mesmos, devido ao facto de que para a perpetração de uma alegada agressão, em alguns casos houve a participação de mais de um agressor; bem como noutros casos em que o número de agressores, a vítima desconhecia); tendo havido apenas dois casos em que as supostas agressoras foram do género feminino (sendo uma madrastra e uma vizinha que manipulavam e acariciavam os órgãos genitais da vítimas); entretanto no presente estudo a maior parte dos agressores foram do género masculino.

GÉNERO	Nº	%
Masculino	143	98,62
Feminino	2	1,38
Total	145	100,00

Tabela nº11 – Distribuição dos casos segundo o género do agressor

A quase totalidade dos casos (93,79%), a alegada violência sexual foi perpetrada por um único suposto agressor; em alguns casos (3,45%) foram dois indivíduos os presumíveis agressores e com menos frequência (1,38%) foram mais de dois agressores.

Nº DE AGRESSORES	Nº	%
Um	136	93,79
Dois	5	3,45
Mais do que dois	2	1,38
Desconhecido	2	1,38
Total	145	100%

Tabela nº12 – Distribuição dos casos segundo o número de agressores por agressão sexual

Dos alegados agressores 90 eram conhecidos das vítimas e em 10 casos, o agressor era namorado da vítima.

RELAÇÃO AGRESSOR/VÍTIMA (N=145)

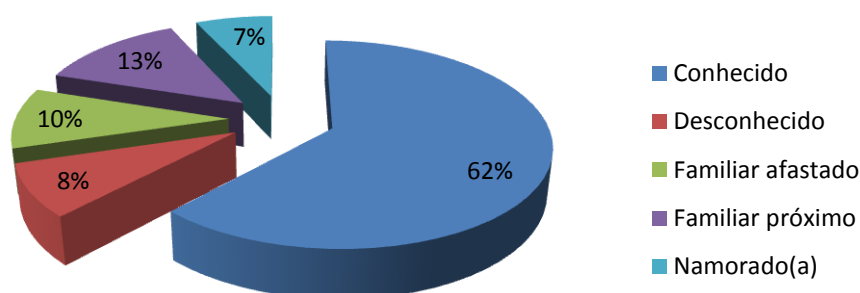


Gráfico 19 - Distribuição dos casos segundo a relação entre o alegado agressor e a vítima

A idade dos agressores foi estimada segundo a informação prestada ou pelas vítimas ou pelos seus representantes legais. Verificou-se, deste modo, que a maior parte dos mesmos (44,83%) tinham idades compreendidas entre os 18 aos 30 anos e, em menor frequência, apresentavam idades superiores a 45 anos (4,14%). De realçar que 13,10 % dos presumíveis agressores tinham idade inferior a 14 anos.

Na maior parte dos casos a escolaridade dos agressores era desconhecida.

ESCOLARIDADE	Nº	%
Sem escolaridade	14	9,66
1º Ciclo	6	4,14
2º Ciclo	17	11,72
Médio	16	11,03
Superior	6	4,14
Pós-graduado	1	0,69
Desconhecido	85	58,62
Total	145	100,00

Tabela nº13 – Distribuição dos casos segundo a escolaridade do agressor

Do total de casos obtidos para a amostra, em 56 casos não havia testemunhas do suposto crime, em 51 havia testemunhas e em 38 casos desconhecia-se a existência ou não de testemunhas.

TESTEMUNHAS (N=145)

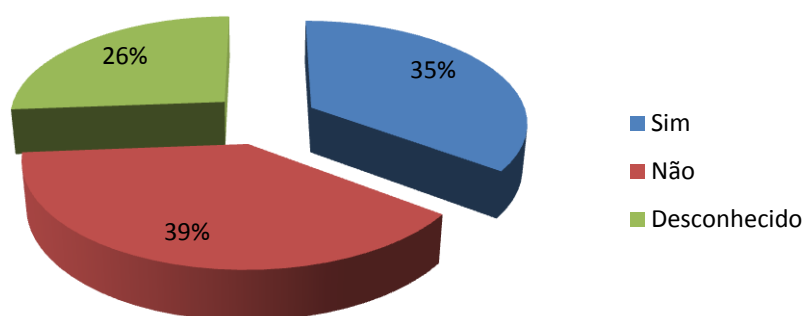


Gráfico 20 - Distribuição dos casos segundo a existência/não de testemunhas

5 – DISCUSSÃO

Em Angola, não existem, até à data, estudos do âmbito forense sobre a incidência das agressões de natureza sexual. Sendo este o primeiro estudo no âmbito forense, referente a agressão sexual em crianças com idade inferior a 12 anos inclusive, é, no entanto, de salientar que os resultados subestimam a real incidência deste fenómeno a nível de toda a população angolana, uma vez que em muitos casos não existe qualquer tipo de denúncia da situação. Pese embora esse facto, acredita-se que este primeiro estudo irá permitir uma primeira caracterização da situação angolana, que poderá ser aprofundada com estudos mais amplos e mais abrangentes.

Estes dados são consideravelmente muito superiores quando comparados com o número de casos do Serviço de Clínica Forense da Delegação do Centro do INMLCF,IP (15 casos, dos quais apenas 4 foram referentes a crianças menores de doze anos) no mesmo período. Pese embora a existência do Departamento de Medicina Legal que diagnostica os comportamentos considerados sexualmente abusivos, ainda com certa limitação na avaliação pericial dos casos, o elevadíssimo número de casos pode também estar relacionado, com a insuficiência ou inexistência em Angola de mecanismos ou entidades responsáveis para a deteção, sinalização, acompanhamento e prevenção relativamente aos abusos deste âmbito.

Por outro lado, esta comparação vem colocar outro problema para o qual urge encontrar soluções: durante um dia de trabalho apenas um médico e duas enfermeiras estão escalados para a efetivação dos exames forenses para agressões sexuais. Atendendo ao elevado nº de casos existentes tanto em menores de 12 anos como com idade superior, se se considerar a média diária por dia de trabalho regista-se uma frequência de 7,5 casos/dia por médico. Tendo em consideração que todo o exame pericial, especialmente no caso de crianças, é geralmente moroso e delicado, apenas com um médico escalado por dia e o número existente de casos, torna-se humanamente impossível conseguir um serviço que dê garantias de qualidade e que seja uma referência quer a nível nacional como internacional.

Neste estudo, as crianças, vítimas de agressão sexual foram submetidos à perícia médico-legal para observação e interpretação das lesões apresentadas. Assim, foi necessário para a realização do exame o consentimento da vítima ou dos detentores do poder paternal de forma verbal ou escrita, o que não tem sido aplicado na rotina laboral do Serviço de Clínica Médico-Legal de Luanda. Dos 145 casos estudados, o

consentimento foi prestado na maior parte dos casos a mãe da vítima (51,72%) por escrito e verbal, com entrega de duplicado, visto esta estar mais intimamente relacionada a criança, comparando com outros membros da família. Não foi registrada nenhuma situação em que a vítima ou o representante legal não prestasse o seu consentimento para realização do exame sexual.

A análise dos alegados casos de agressão sexual revelou que a maioria das vítimas é do gênero feminino (94%), com idade média de 8,17 anos, estudante do 1º ciclo (47,59%), sem antecedentes patológicos (71,72%) e sem atitudes abusivas sexuais anteriores. Estes dados estão, na maioria dos aspectos de consonância com a bibliografia publicada sobre o tema para estes tipos de amostras. ^(3,5,11,12,23,33,57,59,72,73,84) A literatura revela certos estudos em que o número de vítimas do sexo masculino é consideravelmente maior em relação ao deste estudo; a título de exemplo, na Inglaterra e Gales, estimava-se que mais de 6600 crianças eram sexualmente abusadas cada ano; destas, 78% envolviam o gênero feminino e 22% o masculino. Nessa mesma altura, mais estudos realizados nos Estados Unidos revelaram que 27% das mulheres e 16% dos homens foram vítimas durante a sua infância de algum tipo de abuso sexual. ⁽⁵⁹⁾ Segundo MURAM e ZENILDA, ⁽⁸⁷⁾ a estatística da agressão sexual contra o menino é relativamente escassa, uma vez que o preconceito é ainda maior; segundo estes autores, a violência sexual masculina não é considerada um estupro, pois, consiste em atentado ao pudor cometido com violência; enquanto estupro é coito sem consentimento da mulher efetuado com emprego de força, constrangimento, intimidação ou decepção quanto à natureza do ato. Ou seja, no estupro tem de haver penetração pênis/vagina.

Noutros estudos, há estimativas de que 36,0% das meninas e 29,0% dos meninos, no mundo todo, sofram abuso sexual e, pelo menos, uma em cada cinco mulheres tenham sofrido abuso sexual em algum momento de sua vida; estatísticas apontam que na Costa Rica, 3,2% das meninas e 13,0% dos meninos são abusados sexualmente ao ano. Na Nicarágua, estas percentagens sobe para 26,0% para as meninas e 20,0% para os meninos. ⁽⁸⁸⁾ A impossibilidade de defesa dos meninos com pouca idade poderá estar relacionado com a maior frequência de casos de agressão sexual, comparativamente a uma idade mais avançada. ⁽⁸⁹⁾

Verificou-se que 34,48% das vítimas, não frequentavam a escola; visto que algumas desta não tinham idade aceitável para a frequência escolar (6 anos), outras eram portadoras de deficiências ou de handicap grave.

Na maior parte dos casos houve referência a que os agressores utilizaram estas práticas abusivas dizendo (enganando) às vítimas que estavam a curar o mal/doença que estas apresentavam, prometendo que não lhes magoariam; se as vítimas tentassem negar, os agressores ameaçavam levá-las ao hospital e as vítimas acabavam por ceder, uma vez que quase todas as crianças têm medo de ir ao hospital (na evicção de serem submetidas a tratamento injetável). Outros agressores atraíam as vítimas com certas promessas.

Relativamente à proximidade física com a residência o próprio agressor há que considerar que, em Luanda as residências, geralmente, são construídas em forma de vários anexos confinados num mesmo quintal com um portão de acesso geral, o que facilita as relações de vizinhança e de confiança entre os moradores. Entretanto, como as crianças estudam no período da manhã, os representantes legais exercem as suas atividades laborais nos períodos de manhã e de tarde, e à noite frequentam a escola ou outros trabalhos em forma de *part-time*, deixando as crianças a cargo dos conhecidos, principalmente os vizinhos. Sobre estes dados a literatura é contraditória. Os resultados variam consoante a população em estudo e o país. Há autores que defendem que não há padrão para o agressor, mas outros defendem que na maioria dos casos o agressor é um conhecido/familiar, o que parece ser a nossa realidade em cerca de 62% dos casos. Numerosas investigações sustentam que o agressor é conhecido e próximo da vítima em 50% a 70% dos casos ^(90,91,92,93,94,95). Esses números podem aumentar nos casos em que a vítima é adolescente ou criança.

Os resultados que observamos estão assim em conformidade com a literatura, que descreve o abuso sexual na infância e adolescência como um fenómeno notadamente intra-familiar, englobando pessoas amigas e/ou frequentadoras da casa das vítimas. ^(90,91,92,93,94,95) Curiosamente, este conceito ainda não está incorporado devidamente pelos profissionais de saúde e de justiça, que continuam a manifestar relutância em acreditar na possibilidade de uma situação tão lamentável. Ao contrário, crianças e adolescentes que relatam sofrer abuso sexual dentro de casa deveriam ter a sua história, por mais improvável que parecesse, cuidadosamente colhida e adequadamente investigada. Aliás, deve ainda referir-se que somente 2% dos casos de abusos intra-familiares são descobertos e que em 80 a 90% dos casos a mãe tem conhecimento de que a criança está a ser vítima de abusos sexuais e quem é o agressor, assumindo atitudes de encobrimento, o que dificulta a denúncia e investigação de tais casos. ^(90,91,93,95)

Entende-se que nos casos em que houve violência emocional, terá sido mais fácil o agressor ameaçar a vítima verbalmente de forma contínua, visto que esta se iria sentir fragilizada, aterrorizada e confusa com o incidente, como por exemplo quando lhe é pedido para guardar segredo ao invés de ser sujeita a agressão física. Estes dados estão, na maioria dos aspetos de consonância com a bibliografia publicada sobre o tema, visto que muitas investigações sustentam que o perpetrador é conhecido e próximo da vítima, com taxas que variam de 50% a 70%. Esses números podem ser ainda maiores se a vítima for criança ou adolescente.^(90,91) A literatura assegura que os agressores mais frequentes são exatamente os mesmos que deveriam ser, em tese, os principais responsáveis por garantir segurança e desenvolvimento integral para a criança ou adolescente.^(90,91)

Nos casos em que não houve denúncia “casos em que por certo motivo não foi formalizada a queixa após a perpetração da agressão sexual; podendo entretanto se ter revelado o fenómeno muito mais tarde.” Nesta situação a vítima por medo (45%) e receosa a contar o abuso, permanece no silêncio para não ser castigada ou culpada, pois existe nas crianças uma certa vergonha (17%) em contar os factos, principalmente quando o abusador é alguém conhecido.

Conforme consta na parte introdutória deste trabalho, através da reforma administrativa de 2011, a província de Luanda viu alargada a sua área, passando a contar com sete municípios; destes, a maioria dos casos registou-se no município de Luanda (41%) por ser o mais populoso e se localizar no centro da cidade bem como do local em que são realizadas os exames sexuais. Por outro lado, constatou-se com menos frequência no município do Icolo e Bengo (1%), por se tratar do município situado mais distante do centro da cidade, menos populoso e, com escassa educação sexual, comparativamente aos outros municípios. Não foram encontrados na literatura, dados referentes a este tipo de indicador.

No que se refere aos crimes sexuais, os exames médico-legais estão a ser cada vez mais solicitados no sentido de se obter uma prova científica através das evidências físicas conferindo-se, deste modo, elevada importância aos achados físicos. Há, no entanto, que se ser prudente com o diagnóstico de abuso sexual apenas através de um achado físico. O objetivo do exame físico é documentar a evidência de um abuso sexual, assim como valorizar as possíveis lesões físicas resultantes da mesma. Contudo, verifica-se que na esmagadora maioria, dos resultados das perícias realizadas as vítimas não referiram queixas referentes a agressão sexual ou lesões traumáticas. Quanto a

permeabilidade do ostíolo vaginal os dados constatados são concordantes com a literatura. Na maior parte dos casos o exame físico não revela alterações em crianças que tenham sido abusadas sexualmente, tal como revelou o nosso estudo. Inclusive, mesmo no caso de penetração vaginal ou anal, o exame pode ser normal. Mas muitos tipos de abuso sexual não incluem penetração e não produzem lesões físicas. Por outro lado, um número considerável de abusos sexuais ocorre sem ejaculação ou lesões das estruturas genitais, incluindo o hímen. ⁽²³⁾ Sublinha-se nestes casos o problema da complacência himenal, presente entre 10% e 33% dos casos, o que limita o valor da avaliação himenal enquanto parâmetro de penetração vaginal; em metade dos casos onde a violação foi dada como provável o exame físico estava normal, sem nenhum achado. ^(91,93,94)

Refira-se que no âmbito do processo judicial tal situação pode dificultar a falta de provas materiais de abuso. Neste sentido, a ausência de danos físicos leva muitas vezes os investigadores a pensarem numa falsa alegação de agressão sexual, o que na realidade não exclui a hipótese de a mesma ter ocorrido. ^(91,93,94)

Analisando os números que obtivemos no presente trabalho, constata-se que o tempo decorrido desde a agressão sexual até ao exame pericial médico-legal foi, na maior parte, dos casos superior a 48 horas. Na grande maioria dos casos a vítima não terá realizado higiene nem mudado de roupa. Por um lado, este prolongado lapso de tempo inviabiliza a correta recolha e análise de amostras biológicas para exames de genética e biologia forense, comprometendo assim uma investigação judicial efetiva. Por outro lado, estes resultados podem estar relacionados com o facto de não haver serviços urgentes para exames sexuais em Luanda, bem como a falta de informação e conhecimento das vítimas e responsáveis pelo poder paternal, referentes aos procedimentos pós agressão sexual.

Os dados encontrados neste estudo relativamente à forma do hímen estão em concordância com estudos anteriores. Segundo Berenson, Heger e Andrews (1991) as configurações mais frequentes em hímenes de recém-nascidas são a anular (80%), franjada (19%) e septado ou cribriforme (1%). Nesse mesmo estudo verificam-se diferenças na configuração em função da etnia. Constatou-se, de igual modo, que a idade gestacional e o peso não influenciam a forma do hímen. Posteriormente, em 1995, Berenson levou a cabo um estudo longitudinal em 134 meninas, sem história de abuso sexual, durante os três primeiros anos da vida. ⁽⁹⁶⁾ A configuração do hímen mudou em 65% dos sujeito que constituíam a amostra. A maioria passou de anular ou franjado a

semilunar, sendo esta a forma mais frequente aos 3 anos de idade. A medida que se aproxima a puberdade, o hímen torna-se espesso e franjado, assemelhando-se por vezes a uma folha. O hímen imperfurado é uma anomalia vaginal rara na qual o introito vaginal esta obstruído por completo. A sua frequência é baixa, estimando-se, segundo Usta et al. (1993); também pode ser adquirido secundariamente a traumatismo genital, representando o seu diagnóstico pós natal um dilema para o perito.

Verifica-se que no presente estudo a existência de reduzido número de exames complementares, uma vez que apenas em 6,90% dos casos a vítima realizou testes (teste para HIV, hepatites, gravidez urina, exsudato vaginal, exames imagiológicos entre outros). Nestes casos, geralmente, os representantes legais da vítima preocupam-se com mais frequência em saber sobre a integridade do hímen e têm pouco ou nenhum conhecimento sobre as consequências nefastas deste tipo de agressão. Há pois que dinamizar e criar uma interação entre serviços de saúde e médico-legais, no sentido de uma maior e correta cobertura da população atingida, no que se refere ao seguimento clínico deste tipo de situações, o que irá, sem sombra de dúvida, trazer benefícios à população, nomeadamente no que respeita doenças infecto-contagiosas.

Em Angola, nos casos de exames sexuais, não se faz colheita de vestígios para exames de biologia e genética forense, nem de toxicologia forense, não se conseguindo explicar a razão desta inoperatividade, apesar da existência destes serviços no Laboratório Central de Criminalística (LCC) da Polícia Nacional de Angola, situação esta que será importante de modificar, até para uma melhor e mais clara aplicação da justiça relativamente ao agressor.

O resultado do presente estudo demonstram que o ato agressivo terá sido perpetrado na esmagadora maioria por um único agressor, praticamente na sua totalidade do género masculino, situação esta que é consistente com a literatura, que aponta, segundo diversos estudos, uma variação entre os 87% ⁽⁸³⁾ e mais de 90% ⁽²⁷⁾ Também é referido pela literatura que os agressores podem ter qualquer idade, escolaridade e inclusive, serem uma criança de maior idade, ainda que o grupo etário mais frequente oscile entre os 30 e os 50 anos, ⁽²⁷⁾ o que também foi constatado neste trabalho.

Estão disponíveis muito poucos estudos referentes a mulheres agressoras. Nos casos em que a mulher aparece como agressora é frequente que se trate de um tipo de abuso que tem outras implicações específicas. A mãe como abusadora é raramente identificada e estudada na literatura atual. Nos casos em que o agressor é uma mulher a

literatura cita sobretudo dois perfis predominantes: abusos por assimetria de idade, onde a vítima de sexo masculino dá o seu consentimento na maioria dos casos e mulheres vítimas de abuso na infância ou com doenças mentais. ^(36,98)

Em Angola, a situação da exploração sexual e comercial de crianças, não diverge muito com a de outras nações, porém, por circunstâncias de ser um País que transpira ainda os efeitos perversos da guerra, este fenómeno torna-se cada vez mais grave. A prática dessa violência contraria, tal como já se referiu anteriormente, a própria tradição da família angolana.

Sendo pois a violência sexual contra as Crianças, em Angola, uma realidade incontestável, há que organizar meios eficazes para o combate este flagelo.

Neste sentido, autores destacam a importância de programas voltados para a infância e adolescência, nos quais se abordem as questões da sexualidade e da vulnerabilidade a que estes podem estar expostos. ⁽⁹⁷⁾ Por outro lado, a inexistência de uma cooperação interdisciplinar entre as diferentes instituições que lidam com este problema é um óbice sério, havendo a necessidade de se criarem as estruturas que permitam levar à redução do número de casos de agressão sexual em menores de doze anos.

6 – CONCLUSÕES

Diante dos danos e consequências que a agressão sexual determina entre crianças, este tipo de abuso constitui um problema de saúde pública, além da estreita interface com as questões policiais e jurídicas.

Tendo em conta ao escasso tempo referente ao presente estudo e aos dados obtidos, podemos considerar a incidência das agressões sexuais de crianças em Luanda, como sendo elevada; comparada com a de Portugal.

Há que se considerar, todavia, que somente medidas punitivas não solucionam um problema tão complexo quanto a agressão sexual. Desta forma, é preciso que os órgãos competentes e os diversos setores (conselhos tutelares, poder jurídico, instituições de saúde, escolas, creches, instituições de atendimento a crianças, organizações governamentais e não governamentais) trabalhem para a deteção precoce, a fim de interromper sua ocorrência e possibilitar tratamento e acompanhamento adequados que possam reduzir as importantes e devastadoras sequelas decorrentes.

Uma das melhores formas de reduzir e combater essas causas é através da prevenção, com uma educação sexual efetiva, pela intervenção na sociedade, desmitificando a vitimização, interação com o Ministério Público, e com a participação da Polícia Judiciária, do Instituto de Medicina Legal, assim como a segurança social. A investigação criminal deve estar assente nos princípios do conhecimento do direito, do rigor e da solidez da prova para chegar à descoberta da verdade. Sendo assim, é indispensável a criação de uma equipa interdisciplinar, sem os quais os resultados serão duvidosos.

Por outro lado, urge criar condições para que os exames periciais no âmbito da sexologia forense, particularmente em menores, sejam efetuados segundo protocolos estabelecidos e credíveis, com base em dados internacionalmente reconhecidos. Será assim necessário a criação de um grupo de trabalho que elabore protocolos de atuação neste domínio. Por outro lado, dever-se-á alterar as condições existentes na prática pericial da Clínica Forense, de modo a que o fator qualidade pericial não possa ser afetado pela reduzida quantidade de médicos forenses.

Procurou-se deixar uma visão geral, necessariamente sucinta, do exame médico-forense em caso de suspeita de agressão sexual. Do que ficou exposto decorre que este exame visa colaborar na investigação criminal através da documentação, do estudo e interpretação de eventuais vestígios, mas que visa também participar na prevenção da

vitimação secundária e da reabilitação. É um exame que se reveste de algum melindre e que exige a participação de profissionais idôneos e com adequada preparação, sendo certo que o êxito desta tarefa só poderá ser garantido no âmbito de um efetivo trabalho interdisciplinar e interinstitucional, em rede.

7 – AGRADECIMENTO

O presente trabalho só se tornou possível graças ao contributo e disponibilidade de algumas pessoas, nos momentos em que necessitei de maior apoio e auxílio, nas dificuldades com que me fui deparando ao longo da sua realização.

O meu reconhecido agradecimento a Deus pelas oportunidades quotidianas.

Ao Senhor. Professor Doutor Adão Manuel Sebastião “Mentor do Projeto de formação de Médicos Forenses para Angola,” pelo apoio moral ao longo da minha formação.

Ao Comando Geral da Polícia Nacional de Angola, pela celebração do protocolo de cooperação com o INMLCF, IP.

Aos Senhores Professores Duarte Nuno Vieira e Francisco Corte Real, pela aceitação do protocolo de cooperação, no âmbito formativo em Medicina Legal e Ciências Forenses, bem como pelos seus preciosos conselhos, orientações, disponibilidade e conhecimentos transmitidos.

À Mestre Beatriz Simões da Silva, orientadora da presente investigação, pelo seu incentivo, pelas suas palavras de encorajamento que me foram necessárias nos momentos de desânimo, pelo esclarecimento nos momentos de dúvida, pelas sugestões e críticas que me permitiram desenvolver a minha criatividade.

Aos colegas Drs. Gonçalo Castanheira, André Henriques, Júlio Barata, pelos seus contributos informáticos e estatísticos, sem os quais o presente estudo não seria possível.

Aos colegas do Departamento de Medicina Legal de Angola, pela ajuda na colheita dos dados.

Aos colegas juristas de Angola pelo apoio na correção da parte jurídica deste trabalho.

Desejo agradecer a todas as pessoas que de algum modo, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade, com o objetivo da obtenção do grau de mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses.

Por fim, a minha esposa, filhos, família e amigos, pelo acompanhamento e incentivo ao longo deste percurso.

8 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 – GIARDINO A P, et al. A practical guide to the evaluation of sexual abuse in the prepubertal child. Newbury Park (California): Sage, cop. 1992. ISBN 0-8039-4815-8.
- 2 – MORALES AE, Schramm FR. A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. Cienc Saude Colet. 2002 Fev; 7(2):265-73.
- 3 – WHO – World Health Organization. Child sexual abused: A silent health emergency. Regional office for Africa [documento online, atualizado em 06.11.2011]; AFR/RC54/15 Rev1, disp em:www.who.int/iris/handle/ 123456789/1878.
- 4 – THEODORE AD, et al. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. Pediatrics. 2005 Mar; 115(3):331-7.
- 5 – MAGALHÃES T & VIEIRA, D N. (2003). Vítimas de crimes sexuais. A intervenção médico-legal na investigação criminal. Sub-júdice, justiça e sociedade, 26, pp. 7- 12.
- 6 – Medina. MC, (2011). Código de Família angolano- 1ª ed. Escola editora. Angola-Lobito.
- 7 – FARIA TD, et al. O enfrentamento à exploração sexual de crianças e adolescentes: desafios e caminhos. Cienc Saude Colet. 2007 Jul- Set; 12(5):115-8.
- 8 – MARQUES. A, (2005). Código Penal angolano. Polis Editora, Lda – Angola.
- 9 – SWASTON HY, et al. Nine years after child sexual abuse. Child Abuse Negl, 2003; 27:967-84.
- 10 – GOODMAN-BROWN T, et al. Why children tell: a model of children,s disclosure of sexual abuse. Child Abuse Negl, 2003; 27:525-40.
- 11 – RIBEIRO CS, MAGALHÃES T. Aspectos epidemiológico do abuso. In: Magalhães, ed. Abuso de crianças e jovens. Da suspeita ao diagnostic, Lisboa: Lidel; 2010. P23-9.
- 12 – FINKELHOR D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. Future chid, 1994; 4: 31-53.
- 13 – PEREDA N, et al. The prevalence of child sexual abuse in community and and student samples: a meta-analysis. Clin Psychol Rev, 2009; 29: 328-338.
- 14 – PEREDA N, et al. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor(1994). Child abuse and Negl, 2009; 33: 331- 42.

- 15 – JARDIM P, et al. O impacto da perícia médico-legal na decisão judicial nos casos de abuso sexual de crianças. Estudo preliminar. Revista Port do Dano Corporal; 2011. Dez; 22: 23-29.
- 16 – PELÁEZ MENDOZA J, JUNCAL HV. Abuso sexual en niños y adolescentes: experiencias de 10 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009 Mar; 35:1-13.
- 17 – AIKEN W & PURDY LM 1988. Children's rights. In Encyclopedia of Applied Ethics, Vol.1. Academic Press, San Diego, California
- 18 – PENNINGTON, HJ 1995. Las políticas sobre incesto. Centro Nacional para padres protectores, Nueva York.
- 19 – ARRUABARRENA MI, PAÚL J: El concepto de malos tratos a la infancia. In: Maltrato a los niños en la familia, Pirámide, Madrid, 17-40, 1997.
- 20 – De MAUSE LI: Historia de la infancia, Alianza Universidad, Madrid, 1991.
- 21 – GALLARDO JA: Maus tratos à criança, Coleção Crescer, nº13, Porto Editora, 1994.
- 22 – BOSCH MARÍN: Puericultura social, Ed. Gráficas González, Madrid, 1964.
- 23 – TAVEIRA, F et al, (2007). Análise do abuso sexual em crianças e jovens no contexto intra e extra familiar.
- 24 – DÍAZ HUERTAS JA, AYUGA MD: Los derechos de los niños. In: Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario, Consejería de Salud, Madrid, 1995.
- 25 – ROIG AM, OCHOTORENA JP: Maltrato y abandono en la infancia, Martínez de Roca, Barcelona, 1993.
- 26 – RADBILL SX: The first treatise in pediatrics, American Journal of Diseases of Children, 122:369-376, 1971.
- 27 – TERREROS IG: Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil, 2ª ed, Editorial Comares, Granada, 1997.
- 28 – TARDIEU A: Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants, Ann Hyg Publ Med Leg, 13:361, 1860.
- 29 – LYNCH MA: Child abuse before Kempe: an historical literature review, Child Abuse and Neglect, 9:7-15, 1985.
- 30 – LAZORITZ S: Whatever happened to Mary Ellen? Child Abuse Negl, 14:143-149, 1996.
- 31 – ARRUABARRENA MI, PAÚL J: El concepto de malos tratos a la infancia. In: Maltrato a los niños en la familia, Pirámide, Madrid, 17-40, 1997.

- 32 – CAFFEY J: On the theory and practice of shaking infants, *American Journal Diseases Child*, 124:161-169, 1972.
- 33 – FINKELHOR D: Introduction of The APSAC Handbook on Child Maltreatment, Ed. J BRIERE et al, Sage Publications, California, 1996.
- 34 – KERNS DL: Establishing a medical research agenda for child sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 22 (6):453-465, 1998.
- 35 – AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS: AMA diagnosis and treatment guide lines concerning child abuse and neglect, *Journal American Medical Association*, 254:796-800, 1985.
- 36 – BAYS J, CHADWLCK D: Medical diagnosis of the sexually abused child, *Child Abuse & Neglect*, 17:91-110, 1993.
- 37 – TILELLI JA, TUREK D, JAFFE AC: Sexual abuse of children, *New England Journal of Medicine*, 302:319-323, 1980.
- 38 – CHADWICK, et al: Color atlas of child sexual abuse, Chicago, IL, Year Book Medical Publishers, Inc., 1989.
- 39 – HEGER A, EMANS SJ: Evaluation of sexually abused child: A medical textbook and photographic atlas, New York, Oxford University Press, 1992.
- 40 – MYERS JEB: Role of the physician in preserving verbal evidence of child abuse, *Journal of Pediatrics*, 109:409-411, 1986.
- 41 – JAMPOLE L, WEBER MK: An assessment of the behavior of sexually abused and nonsexually abused children with anatomically correct dolls, *Child Abuse & Neglect*, 11:187-192, 1987.
- 42 - HIBBARD RA, HARTMAN G: Genitalia in human figure drawings: Child rearing practices and child sexual abuse, *Journal of Pediatrics*, 116:822-828, 1990.
- 43 – STEWARD. SJ: *Child Sexual Abuse*, 2007.
- 44- ADAMS JA, et al: The usefulness of colposcopic photographs in the evaluation of suspected child sexual abuse, *Adolescent and Pediatric Gynecology*, 3:75-82, 1990.
- 45 – STEWARD MS, et al: Children’s anticipation of and response to colposcopic examination, *Child Abuse & Neglect*, 19:997-1005, 1995.
- 46 – BAYS J, JENNY C: Genital and anal conditions confused with child sexual abuse trauma, *American Journal of Diseases of Children*, 144:1319-1322, 1990.
- 47 – BERENSON AB: Appearance of the hymen at birth and one year of age: A longitudinal study, *Pediatrics*, 91:820-825, 1993.

- 48 – JOHNSON CF: Prolapse of the urethra: Confusion of clinical and anatomic characteristics with sexual abuse, *Pediatrics*, 87:722-725, 1991.
- 49 – FRIEDRICH WN, et al: Normative sexual behaviour in children, *Pediatrics*, 88:456-464, 1991.
- 50 – DE JONG AR, Epidemiologic factors in sexual abuse of boys, *American Journal of Diseases of Children*, 136:990-993, 1982.
- 51 – *Loanda*. Online Encyclopedia. Página visitada em 10 de Julho de 2012.
- 52 – *LUANDA*. Encyclopaedia Britannica. Página visitada em 10 de Julho de 2012.
- 53 – *ANNAES MARITIMOS E COLONIAES*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1944. P. 6. (4ª série).
- 54 – PIRES. J. (1965). *O Lobito e o Umbigo do Mundo* (em português). *Boletim da Câmara Municipal do Lobito*. Página visitada em 10 de Julho de 2012.
- 55 – LEI N.º 29/11 DE 1 DE SETEMBRO - Alteração da Divisão Político-Administrativa das Províncias de Luanda e Bengo. Página visitada em 10 de Julho de 2012.
- 56- PROPOSTA: GOVERNO DA REPUBLICA DE ANGOLA - Plano Nacional de Ação e intervenção contra a exploração sexual e comercial de crianças em Angola em 15.02.1997.
- 57 – MAGALHÃES. T, Vieira. D. N. Procedimentos Forenses no âmbito da recolha de informação, *Acta Med Port*. 2011; 24(2):339-348.
- 58 – BANDURA, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice. - American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4ª edição). Washington, DC– Hal.
- 59 – FINKELHOR D, et al: Sexual abuse in a national survey of adult men and woman: prevalence, characteristics, and risk factors, *Child Abuse & Neglect*, 14:19-28, 1990.
- 60 – GOLDSTEIN SL: *The sexual exploitation of children. A practical guide to assessment, investigation, and intervention*, 2ª ed, CRC Press, London, 1999.
- 61 – LÓPEZ RF: *Abusos sexuales a menores: Lo que recuerdan de mayores*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
- 62 – THE GALLUP ORGANIZATION: *DISCIPLINING CHILDREN IN AMERICA: Survey of Attitudes and Behaviours of Parents*, Press Release, Princeton, NJ, 1995.
- 63 – GALVÃO M, *Maus tratos infantis. Dois anos de experiência no hospital Maria Pia, Nascer e Crescer*, 7 (1):48-52, 1998.

- 64 – CARVALHO, L. A: A valoração do testemunho da criança vítima de abuso sexual intra-familiar, no contexto da avaliação forense. Dissertação de Mestrado em ciências Forenses/ universidade do Porto – Abril 2007.
- 65 – MAGALHÃES, T. (2002). Maus tratos em crianças e jovens – Guia prático para profissionais. Coimbra: Quarteto.
- 66 – WORLD HEALTH ORGANIZATION: Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. WHO. Geneva 2003
- 67 – MILLER-PERRIN, C & PERRIN, R. (1999). Child maltreatment: an introduction. Thousand Oaks:: sage.
- 68 – ALBERTO, I. (2006). Abuso saxual de crianças, o Psicólogo na encrusalhada da Ciência com a Justiça. Pp. 437-470. Coimbra: Almedina.
- 69 – FAVERO, M. F. (2003). Sexualidade infantil e abusos sexuais a menores. Lisboa Climepsi Editores.
- 70 – MACHADO, C. (2003). Abuso sexual de crianças, in Machado, C & Gonçalves, R. A. (coords.), 2ª. Ed, Violência e vítimas de crimes, Vol 2 – crianças, (pp. 39-93). Coimbra Quarteto.
- 71 – FERGUSSON, D. M & MULLER, P. E. (1999). Childhood sexual abuse: na evidence – based perspective. Thousand Oaks: Sage publications.
- 72 – MAGALHÃES T, RIBEIRO C: A colheita de informação a vítimas de crimes sexuais. Acta Med Port 2007;20:439-445
- 73 – MAGALHÃES T, et al. Indicadores físicos de abuso. in Abuso de Crianças e Jovens. Da Suspeita ao Diagnóstico, Magalhães T (Ed), LIDEL, Lisboa 2010;pp51-107
- 74 – QUEIROZ, K. (2001). Abuso sexual: conversando com esta realidade. In Yves de Roussan (Org). Salvador: CEDECA-BA.
- 75 – JESUS, N. A. (2006). O círculo vicioso da violência sexual: do ofendido ao agressor, 26 (4), PP-672-683.
- 76 – MALACRE, M. (2006). *Vite in Bilico: Indagine retrospectiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*. Firenze: Instituto degli innocenti.
- 77 – ALBERTO. A, 2001- Terminologia Anatómica internacional, 1ª ed – Madrid. Medica Panamericana. Pp 65 – 71.
- 78 – GIARDIN et al, Sexual Assault – victimization across the life span. A clinical guide G. W. Medical publishing, 2003, St. Louis, USA.
- 79 – TAVARES. S. – Agressões e exames sexuais – Contributo para uma nova metodologia de avaliação pericial – Coimbra 2002.

- 80 – ROGER. D, NEWTON. M. – Sexual assault examination. In STARK. M. M; edit. Lit. – A physician's guide to clinical forensic medicine. Totowa, New Jersey: Humana Press, cop. 2000 (Forensic Science and Medicine/ Steven B. Karch, series editor). ISBN 089603-742-8. P. 39.97.
- 81 – PICKUP F, WILLIAMS. S – violence against women. A challenge for development and humanitarian work. GB: Oxfam; 2001.
- 82 – UNICEF: Progrès pour les enfants [Internet]. 2009 [citado em 14-11-2010]. Disponível no url: http://www.unicef.org/french/publications/files/Progress_for_Children_No.8_FR_081309.pdf.
- 83 – SÁNCHEZ FL: Abuso sexual: un problema desconocido. In: Niños maltratados, Diaz de Santos, Madrid, 161-167, 1997.
- 84 – MAGALHÃES T: Maus Tratos em Crianças e Jovens. Coimbra: Quarteto Editora, 4ªed, 2005.
- 85 – MARQUES. AV: Código Penal Angolano- 2009; Polis Editora, Lda – Angola.
- 86 – DREZETT. J, et al, - Estudo da adesão da quimioprofilaxia anti-retroviral para a infeção pelo VIH em mulheres sexualmente vitimadas. RBGO 1999; 21(9): 539-44.
- 87 – MURAM. D, Zenilda. B, et al – Abuso sexual sexual na infância; Ginecologia Pediátrica e da adolescente. Rio de Janeiro; Guanabara; 1994; Cap 23, pp. 289 – 302.
- 88 – WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO [página na Internet]. Preventing Violence – a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health. Geneva: WHO; 2004. [acesso 2012 Mar 18]. Disponível em: www.who.int/gb.
- 89 – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OMS). Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas. Washington (US): OMS; 2003.
- 90 – NATIONAL VICTIM CENTER, Crime Victims Research and Treatment Center. Rape in America: A report to the nation. South Carolina: Dept of Psychiatry and Behavioral Sciences. 1992.
- 91 – FLORES YM, GUTIÉRREZ LN, et al – Diagnóstico sobre procedimiento probatório en casos de violênciaintrafamiliar y sexual contra las mujeres, la niñez y la adolescencia en Nicaragua. Managua: Agencia Española de Cooperación Internacional. 2002.
- 92 – PICKUP. F, WILLIAMS. S, et al – Violence against women. A challenge for development and humanitarian work. GB: Oxfam; 2001.

- 93 – MEZEY G, KING M. – Male victims of Sexual Assault, 2d Edition. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- 94 – USA. UNITED STATES DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS). Study findings: National study of incidence and prevalence of child abuse and neglect. Washington DC: DHHS Publications; 1988.
- 95 – SALTER A. C (2003) – Pedofilia e outras agressões sexuais. Lisboa: Editorial Presença.
- 96 – BERENSON. AB. (1995) – A longitudinal study of hymeneal morphology in the first 3 years of life. Pediatrics. New York: Medical World News. ISSN 0079-0400. Vol. 95, nº 4, p. 490-496.
- 97 – MONTEIRO CFS, et al – Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI. Rev Bras Enferm. 2008 Jul- Ago; 61(4):459-63).
- 98 – ELLIOT DM, BRIERE J: Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: a general population study, Journal of Traumatic Stress Studies, 8:629-648, 1995.
- 99 – Ramos. GV, (2007), Código de Processo Penal angolano.
- 100 – Gray's Anatomy, Churchill Livingstone, New York , 1995

9 – ANEXOS

