



ARTIGO ORIGINAL

## Estupro na primeira macrorregião do estado de Alagoas: resultados da pesquisa DVEAL, 2016-2018

*Rape in the first macro-region of the state of Alagoas: results from DVEAL survey, 2016-2018*

Livia Acioli Murta Torres<sup>1</sup>

[orcid.org/0000-0001-8773-0337](https://orcid.org/0000-0001-8773-0337)  
[livacyoli@hotmail.com](mailto:livacyoli@hotmail.com)

Isabela Cristina Chaves  
Valente Reis<sup>2</sup>

[orcid.org/0000-0002-7477-3132](https://orcid.org/0000-0002-7477-3132)  
[isabelareis.reismestrado@gmail.com](mailto:isabelareis.reismestrado@gmail.com)

Kevan Guilherme  
Nóbrega Barbosa<sup>2</sup>

[orcid.org/0000-0002-9410-7356](https://orcid.org/0000-0002-9410-7356)  
[kevanguilherme@gmail.com](mailto:kevanguilherme@gmail.com)

Recebido em: 22 dez. 2022.

Aprovado em: 02 mai. 2023.

Publicado em: 19 jul. 2023.

### Resumo

**Objetivos:** apresentar resultados do eixo 2 do projeto Diagnóstico da Violência Fatal e Não Fatal no Estado de Alagoas (DVEAL). Neste artigo é comparado o padrão epidemiológico do estupro de crianças e adolescentes em relação aos adultos.

**Métodos:** delineou-se uma investigação observacional e retrospectiva incluindo 380 registros de violência sexual no Instituto Médico Legal, entre 2016 e 2018. Por meio de regressão logística binária e múltipla calculou-se a chance de violência por faixa etária, associando os possíveis fatores relacionados.

**Resultados:** metade das vítimas estupradas possuíam até 13 anos de idade, com média de 14 anos, e 9 em cada 10 casos eram de mulheres/meninas vitimadas. O padrão do estupro identificado foi de vítimas: em situação conjugal solteira; estudantes, abusadas por conhecidos; que realizaram exame pericial entre 1-7 dias; abusadas durante a madrugada; e em região genital. Cerca de 8 em cada 10 casos foram estupros confirmados pela perícia, o restante foi via relato oral. O modelo final identificou dois fatores mais associados à violência sexual em crianças/adolescentes.

**Conclusão:** o padrão de vitimização sexual no estado impacta significativamente crianças e adolescentes e, principalmente, o gênero feminino.

**Palavras-chave:** assistência integral à saúde, delitos sexuais, estupro, violência, violência contra a mulher.

### Abstract

**Aims:** to present the results of axis 2 of the Diagnosis of Fatal and Non-Fatal Violence in the State of Alagoas (DVEAL) project. This article compares the epidemiological pattern of rape involving children/adolescents in relation to adults.

**Methods:** an observational and retrospective investigation was designed, including 380 records of sexual violence at the *Instituto Médico Legal*, between 2016 and 2018. Through binary and multiple logistic regression, the chance of violence by age group was calculated, associating the possible related factors.

**Results:** half of the raped victims were up to 13 years old, with an average of 14 years old, and 9 out of 10 cases were victimized women/girls. The pattern of rape identified was of victims: single marital status; students, abused by acquaintances; who underwent an expert examination between 1-7 days; abused during the dawn; and in the genital region. About 8 out of 10 cases were rapes confirmed by forensics, the rest were via oral report. The final model identified two factors most associated with sexual violence in children/adolescents.

**Conclusions:** the pattern of sexual victimization in the state significantly impacts children and adolescents, especially the female gender.

**Keywords:** comprehensive health care, sex offenses, rape, violence, violence against women.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença  
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

<sup>1</sup> Centro Universitário Cesmac, Maceió, AL, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Belo Horizonte, MG, Brasil.

## Introdução

Inúmeras consequências para a saúde e para a sociedade podem derivar da exposição à violência, dentre elas citamos: a) as lesões, os traumas físicos e emocionais; b) a diminuição da qualidade de vida das pessoas e coletividades; c) a necessidade de mudanças e reorganização dos serviços de saúde tradicionais para lidar com a problemática; d) novos problemas ao atendimento médico, seja curador ou preventivo; e) demanda por uma atuação mais específica, interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, voltada às necessidades dos cidadãos (1). Além disso, é necessário considerar o impacto econômico, sobretudo devido ao pagamento das internações hospitalares em virtude da violência, gastos estes que são custeados pelo Sistema Único de Saúde (2).

A violência sexual é considerada um problema de saúde pública global multifacetado, endêmico e que acomete ambos os sexos, masculino e feminino, em diferentes idades, etnias e classes sociais. Entretanto, as crianças e os adolescentes apresentam um risco mais elevado para agressões sexuais (3, 4).

Os diversos atos de violência sexual contra crianças e adolescentes envolvem: estupro, assédio, incesto, exploração sexual, pornografia, pedofilia, toques nas genitálias, mama, ânus, intimidades, exibicionismo, jogos sexuais, *voyeurimos*, ou qualquer ato que cause estimulação sexual nesta faixa-etária (4). Dentre estes tipos, o estupro é uma das formas mais agressivas de violência e tem capacidade de gerar graves consequências ao desenvolvimento das pessoas.

Segundo a atual legislação brasileira (5), o estupro corresponde ao ato de "Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso". Quando tal ato ocorre com menores de 14 anos, configura-se o estupro de vulnerável, havendo um agravamento da penalidade imputada ao agressor.

Uma estimativa mundial da Organização Pan-Americana de Saúde indica que cerca de 736 milhões de mulheres são submetidas anualmente à violência sexual ou física por parte do seu parceiro

intimo, o que equivale a cerca de uma em cada três mulheres (6). No Brasil, o Ministério da Saúde lançou estimativa referente aos 159 mil registros feitos pelo Disque Direitos Humanos ao longo de 2019. Do total, 86,8 mil foram violações de direitos das crianças ou adolescentes, o que representa um aumento de 14% comparando com 2018. Neste contexto, a violência sexual foi relatada em 11% das denúncias, cerca de 17 mil ocorrências (7).

Os dados nacionais relativos ao estupro, de acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, mostraram que em 2019 ocorreram em média 180 estupros diários, sendo que 81,8% das vítimas eram mulheres e 53,8% possuíam até 13 anos (8). Seguindo a tendência nacional, o Nordeste brasileiro igualmente vem identificando em diversas capitais um padrão de vitimização feminino (9-12).

Existem duas grandes fontes de dados para o estupro: o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN); e os Institutos Médicos Legais (IML). No SINAN, os dados estão agregados por município e disponibilizados em livre acesso na plataforma do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Já os dados oriundos dos IMLs, são de acesso restrito e fornecem informações individuais das vítimas, mais detalhamento de fatos relacionados ao estupro.

No presente estudo foram utilizados como fonte de informação dados oriundos do Instituto Médico Legal de Maceió, que recebe vítimas da primeira macrorregião do estado de Alagoas, Brasil. O objetivo primário desta pesquisa foi comparar o padrão epidemiológico do estupro de crianças/adolescentes em relação aos adultos, buscando identificar possíveis fatores associados a cada grupo etário.

## Métodos

### *Desenho e cenário do estudo*

O presente artigo descreve o eixo 2 do projeto intitulado "Diagnóstico da Violência Fatal e Não Fatal no Estado de Alagoas (DVEAL), Brasil". Foi delineado um estudo observacional retrospectivo entre os anos de 2016 e 2018, envolvendo casos de estupro na região mais populosa de Alagoas,

denominada de primeira macrorregião do estado. Com população aproximada de 2 milhões de habitantes, incluindo 56 municípios, a primeira macrorregião tem como expoente a capital Maceió, que representa metade desta população com estimativa de 1.012.382 habitantes para o ano de 2018 (13).

### *Seleção dos participantes*

Foram incluídos indivíduos submetidos ao exame conjunção carnal ou ato libidinoso diverso da conjunção carnal no IML de Maceió. O referido exame deve ser realizado pelo médico perito oficial do estado, nas dependências do IML ou, na ausência de um perito oficial, por duas pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior, preferencialmente na área específica, em conformidade com a Lei n.º 11.690 de 2008 (14). A inclusão dos participantes deste estudo deu-se por meio indireto, com o consentimento cedido pelo diretor responsável pela guarda dos laudos.

### *Variáveis*

Devido à grande variação de idade dos sujeitos participantes, foi realizada a classificação de acordo com o ponto de corte estabelecido pela maioria penal brasileira, que considera adulto um indivíduo a partir de 18 anos completos. Desta forma, dicotimizamos a amostra em crianças/adolescentes (<18 anos) e adultos (≥18 anos). Utilizou-se a faixa etária como variável dependente, escolhendo a categoria de referência as crianças/adolescentes. As variáveis independentes foram aquelas relacionadas às características sociodemográficas e ao estupro.

Os fatores sociodemográficos foram: sexo da vítima (feminino/masculino); estado civil da vítima (com/sem companheiro); ocupação da vítima (trabalhador/estudante); residência da vítima (região metropolitana/interior) e local de ocorrência do estupro (região metropolitana/interior). Os fatores relacionados ao estupro foram: resultado exame IML (estupro perceptível/relatado); acusado do estupro (familiar/conhecido); intervalo entre o estupro e o exame IML (mesmo dia / 1-7dias / >7dias); horário do estupro (madrugada/manhã/tarde/noite); região do trauma (anal/genitália).

### *Fonte de dados e medidas*

Os dados foram obtidos por meio de consulta aos laudos conjunção carnal/ato libidinoso do IML de Maceió. A ficha de violência sexual do Instituto incluía a numeração do registro; identificação da vítima; preâmbulo (endereço residencial; data/horário do exame, médico legista responsável, tipo de perícia requisitada e quesitos oficiais); histórico contendo os comemorativos do caso, narrado pelo responsável/familiar em caso de menores de idade, ou narrado pela própria vítima.

Baseado no estudo da ficha padrão do IML foi elaborado um formulário de coleta de dados, incluindo as variáveis-chave de interesse para o presente estudo, já citadas no item "variáveis". O formulário foi então testado por meio de um estudo piloto, onde dois pesquisadores receberam treinamento teórico e prático para realizar a coleta de dados referente aos meses de outubro a dezembro de 2015, não incluídos no atual estudo. Cada pesquisador realizou uma busca independente e, ao fim, os resultados foram confrontados. Houve inconsistências e dúvidas entre os pesquisadores para algumas variáveis, que foram resolvidas por consenso e discussão. Após estruturação do formulário final, a mesma equipe de pesquisadores realizou a coleta integral e a digitação dos dados em planilha eletrônica. Como recurso de controle de qualidade dos dados utilizou-se validação de entrada dos dados no programa computacional bem como dupla digitação.

### *Método estatístico*

Foi realizada a análise descritiva, seguida da regressão logística binária. O modelo binário utilizou como categoria de referência para o cálculo da Odds Ratio (OR) a distribuição para crianças e adolescentes, pois exibiram maior distribuição. Inicialmente, foram calculados os valores da OR por meio do método binário, estimando o Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). Os pré-requisitos para a regressão múltipla foram ausência de multicolinearidade (autocorrelação da variável independente com o desfecho), expressos por valores de Tolerância acima de 0,1 e valores de VIF menores que 10 – outro quesito observado foi

a inexistência de valores discrepantes (*outliers*). As variáveis com significância de até 20% na regressão binária foram elegíveis para o modelo múltiplo. Foi utilizado o método de modelagem do tipo hierárquico, iniciando com a introdução de variáveis mais significativas no modelo por blocos. A escolha do modelo final observou a significância do modelo, o  $R^2$  de Nagelkerke, a capacidade de classificação do modelo e a significância do teste de Hosmer e Lemeshow. Em todas as análises fixou-se o nível de significância em 5% ( $p < 0,05$ ), sendo utilizado o pacote estatístico IBM SPSS Statistics 20 para auxílio no processamento dos dados.

### Consideração ética da pesquisa

Os principais riscos da pesquisa envolveram a possibilidade de vazamento de informações das vítimas da violência sexual, incluindo o nome, quebrando o sigilo médico que deve ser garantido, em acordo com o Código de Ética Médica. Neste aspecto, foi acordado um termo de responsabilidade assinado pelos membros do estudo, firmando o dever de manter o sigilo de todas as informações acessadas nos laudos de violência sexual, sob pena de responsabilização ética, civil ou penal.

O estudo somente foi iniciado após aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer n.º 3.336.739) envolvendo seres humanos, pois apesar de tratarmos de dados secundários, as informações acessadas são de caráter sigiloso do Estado e referem-se a pessoas. Nenhum dado relativo ao nome da vítima foi coletado durante o estudo e todas as informações divulgadas não permitem identificação dos participantes do estudo.

### Resultados

Foram revisados no período estudado, 380 registros de estupro no IML de Maceió. A média de idade das vítimas foi de 14,0±9,0 anos, variando de 1 a 71 anos. Metade das vítimas possuíam até 13 anos de idade no momento do estupro (distância interquartilica Q1-Q3: 4,0 anos). A **Tabela 1** descreve os fatores investigados na amostra. É visível um padrão de vitimização feminina entre as crianças/adolescentes. A maioria não possuía companheiro e estava com ocupação de estudante. A principal

localidade de residência da vítima bem como a principal localidade de ocorrência do ato violento se deu na Região Metropolitana de Maceió.

**TABELA 1** – Descrição dos fatores sociodemográficos e relacionados ao estupro de acordo com registro do IML de Maceió-AL, 2016-2018

	N	%
<b>Fatores sociodemográficos</b>		
<i>Faixa etária</i>		
<i>criança/adolescente</i>	316	83,2
<i>adulto</i>	64	16,8
<i>Sexo da vítima</i>		
feminino	344	90,5
masculino	36	9,5
<i>Estado civil da vítima</i>		
sem companheiro	366	96,3
com companheiro	11	2,9
sem registro	3	0,8
<i>Ocupação da vítima</i>		
trabalhador	26	6,8
estudante	317	83,4
sem registro	37	9,7
<i>Residência da vítima</i>		
Região Metropolitana de Maceió	242	63,7
interior	131	34,5
sem registro	7	1,8
<i>Local de ocorrência do estupro</i>		
Região Metropolitana de Maceió	228	60,0
interior	131	34,5
outro estado	1	0,3
sem registro	20	5,3
<b>Fatores relacionados ao estupro</b>		
<i>Resultado exame IML</i>		
estupro perceptível	293	77,1
estupro relatado	82	21,6
sem registro	5	1,3
<i>Acusado do estupro</i>		
familiar	87	22,9
conhecido	135	35,5
sem registro	158	41,6
<i>Intervalo estupro-exame IML</i>		
mesmo dia	52	13,7
1-7 dias	134	35,3
>7 dias	107	28,2
sem registro	87	22,9
<i>Horário do estupro</i>		
00:00-05:59	87	22,9
06:00-11:59	13	3,4
12:00-17:59	37	9,7
18:00-23:59	46	12,1
sem registro	197	51,8
<i>Região do trauma</i>		
anal	63	16,6
genitalia	296	77,9
anal + genitalia	16	4,2
sem registro	5	1,3

Os fatores relacionados ao estupro evidenciaram que cerca de 77% dos casos foram passíveis de confirmação pelo exame no IML. Contudo, uma grande quantidade de registros não trazia informações sobre o acusado de ter cometido o estupro, boa parte das vítimas levam até uma semana para realizarem o exame, e o principal horário de ocorrência é durante a madrugada. A região da genitália foi a principal área com alteração durante o exame, seguida da região anal.

A **Tabela 2** detalha os resultados da regressão logística binária para os casos de estupro. Dos fatores sociodemográficos, apenas o sexo mostrou diferença significativa. Dentre fatores relacionados

ao estupro, apenas a variável "região do trauma" não se mostrou significativa. As variáveis "sexo da vítima" e "acusado do estupro", apresentaram baixas frequências esperadas e, por isso, não foram incluídas no modelo final. As variáveis "estado civil" e "ocupação da vítima" não foram inseridas na Tabela 2 devido à impossibilidade de cálculo da OR uma vez que apresentaram frequências esperadas muito baixas. Os dados bivariados mostraram que 315 (86,1%) crianças/adolescentes violentadas não apresentavam companheiro conjugal e que 299 (94,3%) dos que se declararam estudantes eram crianças/adolescentes.

**TABELA 2** – Regressão logística binária para os casos estupro com registro no IML de Maceió-AL, 2016-2018.

	Criança e adolescente (n/%)	Adulto (n/%)	Total (n/%)	p	OR (IC95%)
<b>Fatores sociodemográficos</b>					
<i>Sexo da vítima</i>					
feminino	281 (81,7)	63 (18,3)	344 (100)	0,04	1
masculino	35 (9,2)	1 (2,8)	36 (100)		7,84 (1,05-58,3)
<i>Residência da vítima</i>					
RM* de Maceió	202 (83,5)	40 (16,5)	242 (100)	0,80	1
interior	108 (82,4)	23 (17,6)	131 (100)		0,93 (0,52-1,63)
<i>Local de ocorrência do estupro</i>					
RM* de Maceió	193 (84,6)	35 (15,4)	228 (100)	0,36	1
interior	106 (80,9)	25 (19,1)	131 (100)		0,76 (0,43-1,35)
<b>Fatores relacionados ao estupro</b>					
<i>Resultado exame IML</i>					
estupro perceptível	237 (80,9)	56 (19,1)	293 (100)	0,02	1
estupro relatado	75 (91,5)	7 (8,5)	82 (100)		2,53 (1,10-5,79)
<i>Acusado do estupro</i>					
familiar	86 (98,9)	1 (1,1)	87 (100)	0,003	1
conhecido	109 (80,7)	26 (19,3)	135 (100)		0,04 (0,006-0,36)
<i>Intervalo estupro- exame IML</i>					
mesmo dia	31 (59,6)	21 (40,4)	52 (100)	<0,001	1
1-7 dias	101 (75,4)	33 (24,6)	134 (100)		2,07 (1,05-4,08)
>7 dias	103 (96,3)	4 (3,7)	134 (100)		17,4 (5,56-54,6)
<i>Horário do estupro</i>					
00:00-05:59	75 (86,2)	12 (13,8)	87 (100)	0,002	1
06:00-11:59	9 (69,2)	4 (30,8)	13 (100)		0,36 (0,09-1,35)
12:00-17:59	30 (81,1)	7 (18,9)	37 (100)		0,68 (0,24-1,90)
18:00-23:59	26 (56,5)	20 (43,5)	46 (100)		0,20 (0,08-0,48)
<i>Região do trauma</i>					
anal	52 (82,5)	11 (17,5)	63 (100)	0,604	1
genitália	252 (85,1)	44 (14,9)	296 (100)		1,12 (0,58-2,50)

\*RM = região metropolitana. Nc = Não computado (frequências esperadas baixas).

As demais variáveis do estudo, ao serem inseridas no modelo estatístico hierárquico, perderam

a significância, restando apenas as variáveis "intervalo estupro-exame IML" e "horário do estupro". A

modelagem considerou inicialmente um modelo sem nenhum previsor, obtendo capacidade de classificação de 72,5. Depois, foi inserido o previsor "intervalo estupro-exame", que obteve valores  $R^2$  de Nagelkerke de 0,13 e capacidade de classificação de 72,5. Finalmente, inserindo os previsores "intervalo estupro-exame" e "horário estupro" obtivemos valores do  $R^2$  de Nagelkerke de 0,13; uma significância de 0,45 no teste de Hosmer e Lemeshow e uma capacidade de classificação de 71,2. A significância geral do modelo foi de 0,001,

evidenciando um bom ajuste, sendo significativo e com boa capacidade de predição.

Na **Tabela 3** estão detalhadas as variáveis significativas no modelo múltiplo final. Os fatores que permaneceram relevantes foram: maior chance do intervalo entre estupro e exame no IML ser superior a sete dias, quando comparado com a referência "mesmo dia" (OR = 11,5), e menor chance de estupros à noite (OR = 0,32), quando comparados à madrugada.

**TABELA 3** – Variáveis com ajuste ao modelo múltiplo de regressão.

Fator	(Intercepto)	Erro padrão	Estatística wald	p	OR <sub>ajustada</sub> (IC95%)
Intervalo > 7 dias*	2,45	0,81	9,03	0,003	11,5 (2,34-57,2)
Estupros à noite†	-1,11	0,51	4,69	0,03	0,32 (0,12-0,89)

\*referência = mesmo dia.

†referência = madrugada (00:00 – 05:59).

## Discussão

A presente pesquisa traz uma investigação epidemiológica acerca dos encaminhamentos para realização do exame de conjunção carnal e ato libidinoso em um dos dois Institutos Médico Legais do estado de Alagoas, Brasil. De maneira retrospectiva foram consultados todos os registros de estupro recebidos entre janeiro de 2016 até dezembro de 2018 no Instituto Médico Legal de Maceió, que recebe vítimas da chamada primeira macrorregião do estado.

O padrão da violência sexual na primeira macrorregião do estado afetou drasticamente as crianças e os adolescentes. Considerando que a média de idade ficou em torno de 14 anos, esse fato é preocupante, uma vez que envolve diretamente o estupro de vulneráveis, segundo Artigo 218 da Lei n.º 12.015 de 2009 (5). O abuso sexual infantil, representado aqui pelo estupro, é considerado importante fator de risco para uma série de problemas na infância e vida adulta, gerando impactos físicos, emocionais e sobrecargas dos sistemas e serviços de saúde (15, 16). Os danos, lesões, maus tratos e transtornos causados pela violência na infância afetam o desenvolvimento

integral da criança. Assim, os cuidados necessários para a criança influenciarão sobremaneira na possibilidade de sobrevivência e qualidade de vida (15,17).

Dados do mais recente Anuário Brasileiro de Segurança Pública identificou que, enquanto a taxa geral de estupro no Brasil foi de 7,6 por 100.000 habitantes em 2021, a taxa de estupro de vulnerável (< 14 anos) no mesmo período foi de 23,5 por 100.000 (18).

Além do perfil de violência sexual acentuadamente infantil, também foi drástico o quantitativo de vítimas do sexo feminino. A violência contra a mulher é endêmica em todos países e culturas, elas são globalmente as principais vítimas de violência sexual, sendo estimado que um terço das mulheres é submetida à violência física ou sexual ao longo da vida (6). Gomes (19) explica que, na esfera privada, a violência contra a mulher se manifesta por meio da relação incestuosa, mutilações genitais, infanticídio, estupro conjugal, pancadas. Porém, no ambiente público, ela é manifestada pelo assédio sexual e moral no trabalho, agressões sexuais, estupro coletivo, tráfico sexual, além da face mais sombria que é o feminicídio.

A violência de gênero contra as mulheres é um desafio para a saúde pública. Dentre as consequências que ela traz podemos encontrar a morte, incapacidade física, perda da autonomia, estupro, vulnerabilidade às drogas e doenças ginecológicas, distúrbios sexuais, depressão, suicídio, doenças sexualmente transmissíveis, morte materna, além de desordens psicológicas (20).

A situação do Brasil para as meninas abaixo de 14 anos é ainda mais alarmante, de maneira que em 2021 a taxa específica de estupro de vulnerável para o sexo feminino foi 34,8 por 100.000 habitantes, enquanto a taxa global para as mulheres foi de 13,3 por 100.000 (18). Mulheres e crianças sempre foram historicamente as principais vítimas de violência no Brasil, fato este explicado pela situação de dominação e poder a que são submetidas pelo gênero masculino. Cabe ressaltar que o sexo masculino também foi vitimado na presente pesquisa, ainda que em menor proporção. Os abusos envolvendo o sexo masculino foram, majoritariamente, infanto-juvenis. Conforme expresso na Tabela 2, cerca de 97% das vítimas do sexo masculino são crianças/adolescentes.

No atual estudo, a Região Metropolitana de Maceió foi a principal localidade de ocorrência dos eventos, bem como de residência das vítimas. Isso é compreensível devido ao tamanho populacional que esta localização engloba –cerca de 66% da população da primeira macrorregião de Alagoas reside na Região Metropolitana de Maceió.

A maioria das vítimas não possuíam companhia, notadamente devido ao fato de muitas serem crianças ou adolescentes. Além disso, grande parte possuía ocupação de estudante. Já foi verificado que crianças que testemunham violência ou são agredidas em casa, tendem a ser mais agressivas e possuir comportamentos antissociais fora de casa, sobretudo no ambiente escolar (21).

Dos fatores relacionados ao estupro, foi identificado que a maior parte pôde ser percebida fisicamente pelo perito legista, enquanto em cerca de 22% dos casos, o estupro foi apenas por relato, uma vez que quando foi realizado o exame pericial não foi encontrada nenhuma alteração tecidual. Isso foi particularmente observado nas crianças

devido ao tempo decorrente entre o estupro e o exame no IML. Nas crianças/adolescentes a chance de o estupro ser apenas em relato foi 2,53 vezes maior em relação ao estupro perceptível. Nem sempre os abusos sexuais são perceptíveis ao exame médico legal, o que não significa a ausência da violência (11, 22).

O dado acima precisa ser analisado em combinação com o tempo de demora para realização do exame pericial no IML. Conforme dados apresentados na Tabela 2, foi verificado que em poucos casos o exame pericial é feito no mesmo dia do estupro. Além disso, o modelo múltiplo final mostrou que crianças e adolescentes levam significativamente mais tempo para realizar o exame pericial. Isso acontecesse por variadas motivações como ocorrências durante a madrugada, dificuldade em realizar a denúncia, medo de retaliações. No caso de crianças, é ainda mais crítico pois elas não podem tomar decisões sozinhas e, necessariamente, precisam da intervenção de um responsável legal. Importante ressaltar que o primeiro passo é a revelação do fato a alguém, que pode ou não se tornar pública por meio da notificação, a partir da qual deveria gerar uma série de intervenções e mobilizações no sentido de proteção da vítima e responsabilização do abusador (23).

No presente estudo, as crianças e os adolescentes foram vítimas de violência sexual principalmente no ambiente intrafamiliar. Em crianças e adolescentes é muito mais comum que o agressor seja algum membro familiar e, normalmente, o abuso sexual é silencioso e não deixa marcas, sendo praticado por alguém ligado à criança/adolescente e que exerce algum poder sobre eles (23). Cabe destacar que a variável "acusado do estupro" teve um alto percentual de dados faltantes. Do total de 380 registros de violência sexual, apenas 222 apresentavam tal informação, um subregistro de 41,6%, conforme Tabela 1. É possível que este dado esteja relacionado ao fato de que a vítima não queira relatar o agressor, seja por coação do abusador, medo da denúncia causar retaliações ou, ainda, aceitação social da violência (15). Além disso, quando a vítima possui contato diário com o abusador, a denúncia se

torna dificultada, pois muitas vezes o agressor é o próprio pai ou padrasto (24).

Os eventos de violência sexual aconteceram predominantemente durante a madrugada, sendo este fator significativo no modelo múltiplo final. Isso é compreensível pois é um momento mais calmo, onde o agressor pode abusar sem ser notado. Facuri et al. (3) Também identificaram que o período da madrugada foi a faixa horária predominante dentre 687 mulheres violentadas sexualmente no estado de São Paulo. A região genital foi a principal área afetada. No caso das meninas e mulheres esse fato é mais preocupante pois geram possibilidade de gravidez indesejada.

Dentre a principal limitação do presente estudo tivemos a ausência de informações nos laudos do IML, o que pode afetar a compreensão do fenômeno. Associado ao fato da própria sub denúncia das vítimas abuso, há uma subestimação da violência sexual. Além disso, o fato de utilizarmos dados secundários impede a aquisição de dados contextuais importantes sobre o evento em si, reduzindo a capacidade interpretativa de cada caso específico.

## Conclusão

O presente estudo identificou diferenças entre o padrão de vitimização em crianças/adolescentes em comparação com vítimas adultas. Os principais achados descritivos indicam que crianças e adolescentes são as principais vítimas, sobretudo as meninas. A maioria se apresentava na condição conjugal solteiro(a) e com ocupação estudantil. A violência sexual é praticada normalmente por pessoas conhecidas e em horário da madrugada. A análise múltipla indicou que em crianças/adolescentes há uma demora significativa para realização do exame pericial junto ao IML e que este grupo etário é significativamente mais afetado durante a madrugada.

Os dados aqui apresentados reforçam a necessidade de uma atuação urgente dos mecanismos de defesa e proteção das vítimas de violência e abuso sexual. Considerando o padrão demográfico de vitimização encontrado é preciso que tanto órgãos competentes quanto a sociedade civil possa estar engajada no combate, prevenção e formas

de atuação frente aos crimes sexuais recorrentes, inclusive com a responsabilização dos agressores e meios de custódia das vítimas.

## Notas

Agradecemos especialmente ao Diretor do Instituto Médico Legal de Maceió (gestão 2019) pela autorização de acesso aos laudos de violência sexual. Agradecemos ao MCTIC e CNPq pelo financiamento do estudo.

## Apoio financeiro

Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio do Edital N.º 28/2018 [processo: 408271/2018-3].

## Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses relevantes ao conteúdo deste estudo.

## Contribuições dos autores

Todos os autores fizeram contribuições substanciais para concepção, ou delineamento, ou aquisição, ou análise ou interpretação de dados; e redação do trabalho ou revisão crítica; e aprovação final da versão para publicação.

## Disponibilidade dos dados e responsabilidade pelos resultados

Todos os autores declaram ter tido total acesso aos dados obtidos e assumem completa responsabilidade pela integridade destes resultados.

## Referências

1. Minayo M. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 132 p.
2. Rodrigues RI, Cerqueira DR, Lobão WJ, Carvalho AX. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. Cad. Saúde Públ. 2009;25(1):29-36. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100003>



3. Facuri CO, Fernandes AM, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RC. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2013;29(5):889-98. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>
4. Miranda MH, Fernandes FE, Melo RA, Meireles RC. Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma análise da prevalência e fatores associados. *Ver Esc Enferm USP.* 2020;54:e03633. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019013303633>
5. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília: Distrito Federal; 2009.
6. OPAS. Organização Pan-Americana [Internet]. Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência [citado em 2021 Mar 09]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia#:~:text=Ao%20longo%20da%20vida%2C%20uma.praticamente%20inalterado%20na%20%C3%BAltima%20d%C3%A9cada>
7. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; 2020 [citado em 2020 Maio 18]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/ministerio-divulga-dados-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes>
8. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública [Internet]; 2019 [citado em 2022 Dez 20]. Disponível em: <https://www.forumseguranca.org.br>
9. Barbosa LV, Soares ACGM, Cruz KVA, Silva RA. Caracterização da violência sexual em criança no município de Aracaju/SE. *Interface (Botucatu).* 2013;1(2):9-20. <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2013v1n2p09-20>
10. Fonseca MSS, Queiroz LLC, Souza NVS, Queiroz RCCS, Bezerra TSFR. Caracterização das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no centro de perícias técnicas para a criança e o adolescente (CPTCA) de São Luís (MA). *Rev Cien Saude.* 2012;14(2):139-45. <https://doi.org/10.18764/>
11. Guimarães JATL, Villela WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2011;27(8):1647-53. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800019>
12. Sena CA, Silva MA, Falbo Neto, GH. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012- 2013. *Cien Saude Colet.* 2018;23(5):1591. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.18662016>
13. Datasus. Departamento de Informática do SUS [Internet]. População residente. Estudo das estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2021, Brasil; 2021 [citado em 2022 Dez 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsvsbr.def>
14. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.690, de 9 de junho de 2008. Altera dispositivos do Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 – Código de Processo Penal, relativos à prova, e dá outras providências. Brasília: Distrito Federal; 2008.
15. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. Brasília: Editora MS; 2009 [citado em 2022 Dez 20]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia\\_saude\\_criancas\\_adolescentes.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_criancas_adolescentes.pdf)
16. Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Cien Saude Colet.* 2018;23(4):1019-31. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>
17. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Brasil. Impactos da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: DF; 2005.
18. Fórum Brasileiro de Segurança Pública [Internet]. Anuário brasileiro de segurança pública; 2022 [citado em 2022 Dez 20]. Disponível em: <https://www.forumseguranca.org.br>
19. Gomes R, Minayo MC, Silva CF. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Brasil. Impactos da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: DF; 2005. p. 118-40.
20. Zuma CE, Mendes CH, Cavalcanti LF, Gomes R. Violência de gênero na vida adulta. In: Njaine K, org. Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2013. p. 205-50. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/7yzrw/pdf/njaine-9788575415887.pdf>
21. Ristum M. A violência doméstica contra crianças e as implicações da escola. *Temas em Psicologia.* 2010;18(1):231-42.
22. Morales AE, Schramm FR. A moralidade do abuso sexual intra-familiar em menores. *Cien Saude Colet.* 2002;7(2):265-73. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000200007>
23. Santos SS, Dell' Aglio DD. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Psicologia & Sociedade.* 2010;22(2):328-35. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000200013>
24. Monteiro CF, Teles DC, Castro KL, Vasconcelos NS, Magalhães RL, Deus MC. Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(4):459-63. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000400010>

---

### Livia Acioli Murta Torres

Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário Cesmac, em Maceió, AL, Brasil. Foi bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) durante o desenvolvimento desta pesquisa.

---

### Isabela Cristina Chaves Valente Reis

Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Estácio de Alagoas, em Maceió, AL, Brasil. Foi aluna do Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde (MPPS) pelo Centro Universitário Cesmac, em Maceió, AL, Brasil, durante o desenvolvimento desta pesquisa.

---

### Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em Belo Horizonte, MG, Brasil; com período sanduíche na Simon Fraser University, em Burnaby, Canadá; mestre em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em Campina Grande, PB, Brasil. Professor Adjunto da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em Belo Horizonte, MG, Brasil. Coordenador da pesquisa DVEAL-Diagnóstico da Violência Fatal e Não-Fatal no estado de Alagoas.

---

### Endereço para correspondência

#### **Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa**

Universidade Federal de Minas Gerais

Departamento de Odontologia Social e Preventiva

Rua Prof. Moacir Gomes de Freitas, 688, sala 3326

Pampulha, 31270-901

Belo Horizonte, MG, Brasil

*Os textos deste artigo foram revisados pela SK Revisões Acadêmicas e submetidos para validação do(s) autor(es) antes da publicação.*