

CRIMES SEXUAIS E IMPUTABILIDADE PENAL

SEXUAL OFFENSES AND CRIMINAL LIABILITY

Resumo

Este estudo tem como objetivo investigar as características sociodemográficas, aspectos clínicos, características de comportamento criminal e avaliação de imputabilidade penal de agressores sexuais que foram encaminhados para avaliação pericial em unidade forense, na cidade de Rio de Janeiro, no ano de 2008. Foram revisados todos os laudos psiquiátricos cuja acusação foi crime de natureza sexual. Foram identificados 44 laudos periciais. Todos os infratores eram homens. Um total de 19 (43,2%) não recebeu nenhum diagnóstico psiquiátrico. Nove (20,4%) foram diagnosticados com retardo mental. Em 16 casos (36,4%), foi diagnosticado algum transtorno mental ou neurológico. Do total de infratores, 31 (70,4%) infratores foram considerados totalmente imputáveis, oito (18,2%) semi-imputáveis, e cinco (11,4%) inimputáveis por razão de doença mental. Os crimes sexuais praticados pelos agressores foram estupro (n = 14; 32%), tentativa de estupro (n = 4; 9%), atentado violento ao pudor (n = 26; 59%) e ultraje público ao pudor (n = 5; 11,4%). Em 10 casos (22,7%), o infrator estava sob a influência de álcool no momento do crime. A avaliação psiquiátrica sistemática de indivíduos que perpetram crimes sexuais pode contribuir para estratégias de intervenção, prevenção e avaliação de risco de recorrência criminal desses indivíduos na comunidade, em presídios ou em serviços forenses ou centros de atendimento de saúde mental.

Palavras-chave: Crime sexual, transtorno mental, imputabilidade penal.

Abstract

This study aims to investigate the sociodemographic features, clinical correlates, criminal behavior characteristics, and the level of criminal liability of sexual offenders who were referred for forensic psychiatric assessment at a forensic unit in the city of Rio de Janeiro in 2008. All written reports made by court-appointed

psychiatric experts involving sexual offenses were reviewed. A total of 44 expert reports were identified. All alleged offenders were male. Nineteen (43.2%) offenders did not receive any psychiatric diagnosis. Nine offenders (20.4%) were diagnosed with mental retardation. In 16 cases (36.4%), some form of mental or neurological disorder was diagnosed. Of the total sample, 31 (70.4%) offenders were considered fully liable, eight (18.2%) partially liable, and five (11.4%) not liable by reason of insanity. The sexual crimes allegedly perpetrated by the offenders were rape (n = 14; 32%), attempted rape (n = 4; 9%), indecent assault (n = 26; 59%), and indecent exposure (n = 5, 11.4%). In 10 cases (22.7%), the offender was under the influence of alcohol at the moment of the offense. The systematic psychiatric evaluation of individuals who perpetrate sexual crimes may contribute to improve strategies for intervention, prevention and risk assessment of criminal recurrence of these individuals, in the community, in prisons or in forensic services or psychiatric care communities.

Keywords: Sexual offense, mental disorder, criminal liability.

Introdução

O crime sexual é considerado um tipo de comportamento violento, sendo definido pela OMS¹ como: "Qualquer ato sexual, tentativa de conseguir um ato sexual, comentários ou insinuações indesejáveis relativos a sexo, atos visando ao tráfico ou dirigidos diretamente à sexualidade de uma pessoa, praticados por meio de coação, por qualquer indivíduo, independentemente de seu relacionamento com a vítima, em qualquer situação, inclusive em casa e no trabalho".

A violência sexual é um conceito multidimensional, que tem várias definições, dependendo do grupo profissional ou do contexto no qual ele é utilizado. Para Bradford et al.², a violência sexual pode ser definida como qualquer comportamento sexual contra uma pessoa que não

¹ Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Psiquiatra forense pela ABP. Vice-coordenador, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. Professor, Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ² Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra forense pela ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. Secretária, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Psicoterapeuta de orientação analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Diretora científica, Associação de Psiquiatria Cyro Martins, Porto Alegre, RS. Membro, American Academy of Psychiatry and the Law, Bloomfield, CT, USA. ³ Doutora em Medicina pela Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina. Psiquiatra forense pela ABP. Coordenadora, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria en Salud Mental Forense, UNLP, La Plata, Argentina.

deu consentimento, incluindo também violência física associada a uma parafilia. Em geral, inclui extrema violência física, associada à atividade sexual imposta à vítima. Devido aos atos de violência serem contra parceiros que não os autorizaram, os perpetradores desses atos são classificados como ofensores ou criminosos sexuais.

A violência sexual é um fenômeno mundial, que tem efeitos duradouros na saúde física e mental dos indivíduos. Há também complicação para a vida sexual e reprodutiva das vítimas, que se seguem em curto e longo prazo, tais como infecção pelo vírus HIV³. Essa forma de violência é dirigida a homens e mulheres de todas as idades e pode ter diversas formas de apresentação. Não é limitada apenas a atos de intercurso sexual não consentido (estupro ou tentativa de estupro), mas pode envolver penetração de outras partes corporais, utilizando o pênis, dedos ou outros objetos. Outros crimes sexuais incluem carinhos inapropriados, beijos, assédio, coerção, etc.

A violência sexual é um grave problema de saúde pública, a ser enfrentado por nossa sociedade. No estado de São Paulo, 5% dos presos homens estão cumprindo sentença em virtude de crime sexual. A maioria deles vai retornar para casa sem ter recebido nenhuma intervenção psicossocial, de forma a haver prevenção do reincidência⁴.

Existem estimativas de que 6 a 45% das mulheres e 3 a 30% dos homens já foram sexualmente agredidos⁵. A Pesquisa de Criminalidade da Inglaterra (The British Crime Survey), por exemplo, fez uma estimativa de que uma em 10 mulheres já tenha sido sexualmente vitimizada até a idade de 16 anos, e menos de um em cada cinco incidentes de vitimização sexual de mulheres resulta em atenção policial (Siegel, 2000, *apud* Baltieri & Andrade⁴). Estupro e tentativa de estupro são os dois crimes sexuais violentos mais comuns.

Essa violência também é evidente em *settings* institucionais com crianças ou adultos vulneráveis, como prisões, instituições para menores e hospitais forenses. O crime sexual também pode acontecer quando a vítima é incapaz de dar o consentimento, quando sob influência de álcool ou substâncias psicoativas³.

É sabido que o número de denúncias relacionadas a esses crimes é bem menor do que o número real de casos. Isso se deve ao pacto de silêncio partilhado pela

vítima, família e sociedade. A vítima, constrangida, teme o impacto de sua revelação, de não ser acreditada e de ser acusada ou expulsa de seu meio. A prevalência, magnitude e seqüelas dessas situações têm merecido atenção crescente por parte de estudiosos e pesquisadores da saúde e dos direitos humanos.

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5⁶) define a parafilia como qualquer interesse sexual intenso e persistente, que não aquele voltado para a estimulação genital ou para carícias preliminares com parceiros humanos que consentem e apresentam fenótipo normal e maturidade física. O transtorno parafilico é uma parafilia que está causando sofrimento ou prejuízo ao indivíduo ou uma parafilia cuja satisfação implica dano ou risco de dano pessoal a outros. As principais categorias de parafilias são: exibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, voyeurismo e transvestismo (também denominado de *cross-dressing*).

O objetivo da psiquiatria forense é a análise dos relacionamentos sexuais considerados como criminosos. As parafilias serão objeto de análise da psiquiatria forense somente quando exigirem a participação de pessoas, sem o seu consentimento. Muitas delas, classificadas dentro do quadro de parafilias, podem não praticar crimes sexuais, desde que o fim de suas pulsões não seja a imposição de seus desejos ao outro, sem que este(a) entenda o que está acontecendo e possa não consentir com o ato parafilico⁷.

No Brasil, houve mudanças no Código de Processo Penal⁸, no que diz respeito aos delitos sexuais, trazidas pela Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009⁹, a começar pela denominação dada ao Título VI, que a partir de agora passa a se chamar Crimes contra a dignidade sexual, em substituição à denominação Crime contra os costumes, utilizada pelo código de 1940. Outra alteração foi a fusão, em um único artigo (art. 213), dos crimes de estupro e atentado violento ao pudor. O artigo 213, agora rotulado como hediondo, em face da nova lei, passa a ter a seguinte redação: Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Portanto, a partir dessa nova redação, qualquer pessoa (homem ou mulher) pode ser sujeito ativo ou passivo do crime de estupro.

Entretanto, a preocupação maior da nova lei foi com a tentativa de se coibir a exploração sexual, sobretudo do menor, estabelecendo penas e tratamentos mais rigorosos quando a vítima for menor de 18 anos. Criou-se a figura da vítima vulnerável (menor de 14 anos), inclusive com o tipo penal do estupro de vulnerável (Art. 217-B), com rotulação de crime hediondo. Nessa linha, procurou-se punir com mais rigidez o agenciador, o intermediário, o traficante interno de pessoa para fim de exploração sexual.

Nas clínicas especializadas, os problemas mais frequentes dizem respeito à pedofilia, voyeurismo e exibicionismo. O masoquismo e o sadismo sexual são vistos com menor frequência. As ofensas sexuais contra crianças constituem uma parcela dos atos sexuais criminosos. Os indivíduos que apresentam práticas de pedofilia, voyeurismo e exibicionismo perfazem a maioria dos agressores sexuais presos¹⁰.

De acordo com Prentky & Knight¹¹, a maioria dos criminosos sexuais não são agudamente doentes do ponto de vista psiquiátrico, e assim se deparam com a justiça criminal. Entretanto, estudo de revisão sistemática¹² encontrou que uma proporção substancial de agressores sexuais pode apresentar problemas psiquiátricos, tais como esquizofrenia, transtornos do humor, retardo mental e transtornos relacionados a uso de substâncias.

MÉTODOS

No Brasil, o critério adotado pelo nosso Código de Processo Penal¹³ para avaliação da responsabilidade penal é o biopsicológico: a responsabilidade só é excluída se o agente, em razão de doença mental ou retardamento mental, era, ao momento da ação, incapaz de entendimento ético-jurídico e/ou determinação. Para a aplicação desse critério, o perito deve analisar os seguintes itens^{13,14}: verificação da existência ou não de doença mental, perturbação da saúde mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, pelo exame de sanidade mental; avaliação do nexos de causalidade entre estes e o crime; avaliação da capacidade de entendimento (cognição) e de autogoverno (deliberação), e nexos temporal entre o prejuízo do entendimento e determinação com o delito. O exame de imputabilidade penal é substanciado pela perícia psiquiátrico-forense, realizada por perito oficial

do Estado. É importante salientar que a avaliação pericial será de natureza retrospectiva, procurando identificar o funcionamento mental do autor do crime no momento em que esse crime ocorreu.

Nessa pesquisa, foram estudados todos os documentos periciais de indivíduos que cometeram crimes sexuais e que foram avaliados por médicos psiquiatras peritos em Instituto de Perícias do estado do Rio de Janeiro, no ano de 2008, após estabelecimento de processo criminal, em uma corte judicial. Trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal. Nele, pretende-se avaliar o grau de imputabilidade penal e as variáveis sociodemográficas e clínicas registradas nos documentos periciais de indivíduos que cometeram delitos sexuais no ano de 2008, bem como os tipos de delitos sexuais e vítimas atingidas.

Foram definidos como crimes sexuais aqueles crimes que se enquadram nos crimes contra os costumes do Código Penal Brasileiro, incluindo estupro ou tentativa de estupro, atentado violento ao pudor (constranger alguém a praticar ato libidinoso mediante violência ou ameaça) e ultraje público ao pudor (prática de atos obscenos, como exposição genital ou masturbação em via pública, por exemplo). O diagnóstico psiquiátrico utilizado pelos peritos durante a entrevista psiquiátrica dos agressores sexuais foi a CID-10¹⁵. Salientamos que este estudo foi realizado antes da mudança do código penal sobre crimes sexuais, acontecida no ano de 2009⁹, conforme explicado anteriormente. No código penal atual, os crimes antes descritos como atentado violento ao pudor, em sua maioria, são considerados como estupro.

RESULTADOS

Foram encontrados 44 documentos periciais de todos os indivíduos que cometeram delitos sexuais no ano de 2008, e que foram avaliados por um médico perito, sendo todos do sexo masculino. Destes, 21 eram caucasianos e 18 não caucasianos. Em cinco casos, não houve especificação de cor dos indivíduos. Em relação ao estado civil, foram encontrados solteiros (n = 25), casados (n = 9), separados ou divorciados (n = 8), viúvo (n = 1) e não especificado (n = 1). No que diz respeito à situação laborativa, foi encontrado vínculo de trabalho formal com carteira de trabalho (n = 4), trabalho

¹ Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Psiquiatra forense pela ABP. Vice-coordenador, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. Professor, Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ² Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra forense pela ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. Secretária, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Psicoterapeuta de orientação analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Diretora científica, Associação de Psiquiatria Cyro Martins, Porto Alegre, RS. Membro, American Academy of Psychiatry and the Law, Bloomfield, CT, USA. ³ Doutora em Medicina pela Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina. Psiquiatra forense pela ABP. Coordenadora, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria en Salud Mental Forense, UNLP, La Plata, Argentina.

informal (n = 26), desempregados (n = 7), afastado do trabalho por motivo de doença ou aposentado (n = 6) e aposentado por tempo de serviço (n = 1). A idade média da amostra à época do delito foi de 44,3±12,5 anos. Para 37 indivíduos, a escolaridade média foi de 3,9±3,8 anos. Em sete documentos periciais, não houve menção à escolaridade dos indivíduos.

Da amostra avaliada nos documentos periciais, 19 (43,2%) indivíduos não receberam diagnóstico psiquiátrico, nove (20,4%) tiveram diagnóstico de retardo mental e 16 (36,4%) receberam diagnóstico de algum transtorno mental ou neurológico: epilepsia (n = 2), síndrome de dependência de álcool (n = 3), uso nocivo de álcool (n = 2), uso nocivo de cocaína (n = 2), esquizofrenia (n = 2), transtorno psicótico não especificado (n = 1), episódio hipomaniaco (n = 1), transtorno de personalidade antissocial (n = 1) e transtornos de preferência sexual (n = 2) (Tabela 1). Em relação à avaliação de imputabilidade penal relacionada à perpetração do delito sexual, foram encontrados indivíduos imputáveis (n = 31; 70,4%), semi-imputáveis (n = 8; 18,2%) e inimputáveis (n = 5; 11,4%). Os indivíduos inimputáveis tiveram diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia (n = 2), retardo mental (n = 2) e transtorno psicótico não especificado (n = 1). Os semi-imputáveis tiveram diagnóstico de retardo mental (n = 5), episódio hipomaniaco (n = 1), síndrome de dependência de álcool (n = 1) e transtorno de preferência sexual (n = 1).

Os delitos sexuais perpetrados pelos indivíduos descritos nos documentos periciais foram estupro (n = 14) ou tentativa de estupro (n = 4), 41% dos casos desse tipo de delito; atentado violento ao pudor (n = 26), 59% dos casos; e ultraje público ao pudor (n = 5), 11,4%. Em alguns casos, os indivíduos foram acusados de mais de um crime sexual. No que diz respeito à relação entre perpetrador e vítima, foram encontradas vítimas familiares (n = 13), conhecidas do perpetrador (n = 12) e desconhecidas (n = 15). Entre as vítimas familiares, houve filhas (n = 8), sobrinhas (n = 3), cunhada (n = 1) e ex-companheira (n = 1). Em dois casos, não houve especificação da relação entre vítima e perpetrador. Em outros quatro casos, não houve vítimas diretas, tratando-se de crimes relacionados à exposição de órgãos genitais ou masturbação em via pública (ultraje público ao pudor). Já em relação às características das vítimas descritas,

estas eram mulheres adultas (n = 10), meninas (n = 24) e meninos (n = 5). Não houve especificação das vítimas em dois documentos periciais. Não foi descrita nenhuma vítima adulta do sexo masculino (Tabela 1).

Na imensa maioria dos casos (n = 43; 97,7%), o crime sexual contou com a participação de um único perpetrador. Os locais onde os delitos sexuais foram perpetrados foram: casa do perpetrador (n = 14; 31,8%), casa da vítima (n = 3; 6,8%) e na rua (n = 24; 54,5%). Em três casos, o local do crime não foi descrito. Os 24 casos de crimes praticados na rua incluíram masturbação ou exposição em público (ultraje público ao pudor). Em 37 crimes, 84% dos casos, não houve uso de nenhum instrumento para a prática do crime sexual. Em outros casos, houve simulação de uso de instrumento (n = 3), uso de arma de fogo (n = 3) e corda (n = 1). Em 10 casos (22,7%), houve relato pericial de uso de álcool no momento do crime (Tabela 1). Os diagnósticos psiquiátricos apresentados por esses indivíduos que usaram álcool no momento do crime foram: síndrome de dependência de álcool (n = 3), uso nocivo de álcool (n = 1), uso nocivo de cocaína (n = 1), esquizofrenia (n = 1), retardo mental (n = 1) e transtorno de preferência sexual (n = 1). Dois indivíduos que utilizaram álcool no momento do crime sexual não receberam diagnóstico psiquiátrico. Ao compararmos os grupos sem transtornos mentais e com retardo mental com o grupo com transtornos mentais ou neurológicos, este último usou álcool no momento do crime mais significativamente que os demais (qui-quadrado = 6,329; p = 0,042) (Tabela 1).

Em 13 casos, houve descrição de histórico (antecedentes) importante de uso de álcool, por parte desses indivíduos, previamente ao delito. Em outros casos, houve descrição de histórico de uso de substâncias psicoativas, como *cannabis* (n = 5) e cocaína (n = 7). Alguns indivíduos tinham histórico de uso de mais de uma substância. Não houve descrição pericial de intoxicação por essas substâncias no momento do delito. Dos 44 indivíduos descritos nos documentos periciais, 20 (45,5%) relataram passado de tratamento psiquiátrico. Em três casos em que aconteceu diagnóstico de psicose, houve descrição de sintomatologia psicótica durante a avaliação pericial, representada por delírio (n = 1) e alucinação (n = 2). Três indivíduos que receberam diagnóstico psiquiátrico (retardo mental, n = 2; esquizofrenia, n = 1)

Tabela 1 - Comparação entre os grupos sem transtorno mental, com retardo mental e com outros diagnósticos

	Sem transtorno mental (n = 19)		Retardo mental (n = 9)		Transtorno mental ou neurológico (n = 16)	
	Média (n)	DP (%)	Média (n)	DP (%)	Média (n)	DP (%)
Idade ^a	41	12	47	16	47	11
Idade na época do delito ^b	40	13	49	15	44	11
Escolaridade ^c						
Até 5 anos	9	56,3	9	100,0	9	75,0
Mais de 5 anos	7	43,8	0	0,0	3	25,0
Estado civil ^d						
Não solteiro	9	47,4	1	11,1	9	56,3
Solteiro	10	52,6	8	88,9	7	43,8
Antecedentes psiquiátricos ^e	5	26,3	5	55,6	10	62,5
História de uso importante de álcool ^f	3	15,8	2	22,2	8	50,0
História de uso de <i>cannabis</i> ^g	4	21,1	0,0	0,0	1	6,3
História de uso de cocaína ^h	3	15,8	0,0	0,0	4	25,0
Estupro ou tentativa de estupro ⁱ	8	42,1	3	33,3	7	43,8
Atentado violento ao pudor ^j	12	63,2	4	44,4	10	62,5
Ultraje público ao pudor ^k	1	5,3	2	22,2	2	12,5
Vítima ^l						
Adulto feminino	3	16,7	1	11,1	6	37,5
Menor feminino	11	61,1	5	55,6	8	50,0
Menor masculino	3	16,7	1	11,1	1	6,3
Sem vítima	1	5,6	2	22,2	1	6,3
Relação do perpetrador com a vítima ^m						
Conhecido	12	63,2	4	44,4	9	56,3
Desconhecido	6	31,6	3	33,3	6	37,5
Sem vítima	1	5,3	2	22,2	1	6,3
Local ⁿ						
Casa do perpetrador	8	42,1	3	33,3	3	18,8
Rua	9	47,4	5	55,6	10	62,5
Outros	2	10,5	1	11,1	3	18,8
Uso de álcool no momento do crime ^o	2	10,5	1	11,1	7	43,8
Imputabilidade ^p						
Imputável	19	100,0	2	22,2	10	62,5
Semi-imputável ou inimputável	0	0,0	7	77,8	6	37,5

DP = desvio padrão.

^a ANOVA, p = 0,311.

^b ANOVA, p = 0,212.

^c Qui-quadrado = 5,627, 2 graus de liberdade, p = 0,060.

^d Qui-quadrado = 5,022, 2 graus de liberdade, p = 0,081.

^e Qui-quadrado = 5,052, 2 graus de liberdade, p = 0,080.

^f Qui-quadrado = 5,175, 2 graus de liberdade, p = 0,075.

^g Qui-quadrado = 3,340, 2 graus de liberdade, p = 0,188.

^h Qui-quadrado = 2,691, 2 graus de liberdade, p = 0,260.

ⁱ Qui-quadrado = 0,278, 2 graus de liberdade, p = 0,870.

^j Qui-quadrado = 1,006, 2 graus de liberdade, p = 0,605.

^k Qui-quadrado = 1,776, 2 graus de liberdade, p = 0,411.

^l Qui-quadrado = 5,330, 6 graus de liberdade, p = 0,502.

^m Qui-quadrado = 2,624, 4 graus de liberdade, p = 0,623.

ⁿ Qui-quadrado = 2,348, 4 graus de liberdade, p = 0,672.

^o Qui-quadrado = 6,329, 2 graus de liberdade, p = 0,042.

^p Qui-quadrado = 18,512, 2 graus de liberdade, p < 0,001.

¹ Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Psiquiatra forense pela ABP. Vice-coordenador, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. Professor, Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ² Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra forense pela ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. Secretária, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Psicoterapeuta de orientação analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Diretora científica, Associação de Psiquiatria Cyro Martins, Porto Alegre, RS. Membro, American Academy of Psychiatry and the Law, Bloomfield, CT, USA. ³ Doutora em Medicina pela Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina. Psiquiatra forense pela ABP. Coordenadora, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria en Salud Mental Forense, UNLP, La Plata, Argentina.

tinham histórico de uso de álcool. Em 11 (25%) de 44 casos, houve descrição no documento pericial de prática criminal prévia, incluindo qualquer crime.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a responsabilidade penal e características clínicas e sociodemográficas de indivíduos que perpetraram crimes sexuais no estado do Rio de Janeiro, Brasil, descritos em documentos periciais, no ano de 2008. Os principais delitos sexuais perpetrados foram estupro ou tentativa de estupro, representando 41% dos casos de crimes sexuais, e atentado violento ao pudor, representando 59% desses crimes. Dos indivíduos descritos nos documentos periciais, 31 (70,4%) foram considerados imputáveis, e 19 (43,2%) não receberam nenhum diagnóstico psiquiátrico. Esses dados ilustram o fato de que grande parte dos agressores sexuais não apresenta transtornos mentais, e mesmo entre os que apresentam algum diagnóstico psiquiátrico, o crime sexual foi realizado com pleno entendimento e determinação, daí a imputabilidade penal plena.

Em cinco casos, foi encontrada uma relação plena entre o delito perpetrado e a doença mental ($n = 3$) ou retardo mental ($n = 2$), o que tornou esses indivíduos inteiramente incapazes de entendimento e determinação à época dos fatos, daí a inimputabilidade. Os semi-imputáveis tiveram diagnóstico de retardo mental ($n = 5$), episódio hipomaníaco ($n = 1$), síndrome de dependência de álcool ($n = 1$) e transtorno de preferência sexual ($n = 1$). Nesses oito casos, foi encontrado que esses transtornos diminuíram (mas não aboliram) a capacidade de entendimento e determinação à época dos fatos, daí a semi-imputabilidade.

Embora diversos estudos descrevam uma alta taxa de criminalidade entre indivíduos mais jovens (entre 16 e 25 anos)¹⁶, a idade de cometimento do crime sexual dos indivíduos estudados nos documentos periciais foi relativamente alta (44,3±12,5). Não se pode excluir, entretanto, a possibilidade de os mesmos indivíduos terem perpetrados crimes sexuais em idade mais jovem, sem que tenha havido registro policial ou pericial dessas ocorrências. Outro achado sociodemográfico foi a baixa escolaridade dos mesmos.

Um achado importante foi que, em 10 casos (22,7%), houve relato pericial de uso de álcool no momento

do crime. Destes, quatro receberam diagnóstico de síndrome de dependência de álcool ou uso nocivo de álcool durante a avaliação pericial. Diversos estudos têm mostrado a importância do álcool¹⁷ na perpetração de crimes sexuais. Evidências de pesquisas demonstram um aumento do risco de violência física quando o perpetrador está intoxicado pelo álcool. As influências mais óbvias do álcool são de natureza farmacológica (psicomotoras, cognitivas e perceptuais). Outras são as crenças sociais ou expectativas em torno do efeito do álcool no comportamento violento, o simbolismo cultural envolvendo o álcool e o local onde ocorre o seu consumo. Connor et al.¹⁸ descreveram a prevalência de agressão física e sexual na população adulta da Nova Zelândia em um período de 12 meses. Esse foi um estudo de base populacional de 16.480 adultos, onde foram realizadas entrevistas computadorizadas por telefone. Foi encontrado que 1% das mulheres e 0,4% dos homens relataram terem sofrido alguma agressão sexual, com 45% relatando ter sofrido mais de uma agressão sexual. As vítimas de agressão sexual descreveram uso de álcool pelos perpetradores em 57% dos incidentes.

Esses indivíduos, acusados de crimes sexuais, foram avaliados por peritos psiquiatras por haver suspeita de transtorno mental, o que não aconteceu na maioria dos casos, como já foi descrito. Um dado significativo foi que houve descrição nos documentos periciais de que o grupo de indivíduos que apresentava transtornos mentais usou mais álcool no momento do crime sexual (43,8%), comparado aos grupos sem transtorno mental (10,5%) e retardo mental (11,1%) ($p = 0,042$) (Tabela 1). Em virtude do pequeno tamanho da amostra total ($n = 44$), não foi possível caracterizar um número significativo de indivíduos com um mesmo transtorno mental. Esse grupo de indivíduos com transtornos mentais recebeu vários diagnósticos psiquiátricos, e em dois casos houve diagnóstico de epilepsia.

O uso do álcool em algumas sociedades é usado como desculpa para o estupro e assédio sexual. É utilizado para explicar a falta de responsabilidade tanto para as ações dos transgressores como para a alegada aquiescência da vítima. De fato, Grubin¹⁹ observou alta prevalência de uso de álcool entre estupradores ingleses: 58% dos homens condenados por estupro estiveram bebendo anteriormente à ofensa, e 37% foram considerados

alcoólatras. Revisões de literatura sobre uso de álcool entre ofensores sexuais têm descrito uma grande variabilidade, sendo de 13 a 63% entre estupradores e 3 a 72% entre ofensores sexuais juvenis. A grande variabilidade entre os estudos provavelmente reflete diferenças entre as amostras, incluindo o método para avaliação de uso de álcool (relato policial ou exame de urina, por exemplo), atenção dada ao uso de álcool antes dos delitos, em diferentes cidades, e variação na disponibilidade de consumo de álcool em diferentes localidades²⁰.

Os indivíduos descritos nos documentos periciais também tinham histórico de uso de substâncias psicoativas como *cannabis* (n = 5) e cocaína (n = 7). Recentemente, as pesquisas têm aumentado o foco no estudo da relação entre criminalidade e abuso de substâncias. Um estudo encontrou que a prevalência de uso de substâncias entre prisioneiros homens foi de 10 a 48%, e entre prisioneiras mulheres, de 30 a 60%²¹. Embora essas estimativas variem amplamente, são bem maiores do que na população geral. Há poucos estudos sobre o tipo de substância psicoativa de abuso relacionada à agressão sexual, entretanto um estudo de Tzeng et al.²² encontrou que 5,3% dos molestadores de crianças tinham história de uso indevido de cocaína e 14% tinham história de uso de qualquer droga.

Além do impacto dessas agressões sexuais e o sofrimento causado às vítimas e familiares, as agressões sexuais relacionadas ao uso de álcool e drogas têm importantes implicações para as autoridades policiais, sistemas judiciais e de assistência à saúde. Langevin & Lang²³ apontam a importância de incluir o abuso de substâncias na avaliação e tratamento dos ofensores sexuais, observando que os achados da literatura têm encontrado mais alcoólatras entre ofensores sexuais que na população geral. O abuso de álcool e substâncias é uma preocupação importante para profissionais que trabalham com ofensores sexuais. Esses profissionais deveriam receber treinamento na área de abuso de álcool e drogas.

Outro achado encontrado foi que nove indivíduos da amostra que perpetraram crimes sexuais (20,4%) tiveram diagnóstico de retardo mental. Várias pesquisas têm estudado a relação entre retardo mental e crimes sexuais. Barron et al.²⁴, em um estudo prospectivo,

realizaram um seguimento de 2 anos de 61 indivíduos com deficiência mental (QI abaixo de 80) em Londres, na Inglaterra. Os tipos mais comuns de ofensas iniciais foram violência (37,7%), ofensas sexuais (21%) e relacionadas à propriedade (15%). Day²⁵ realizou um estudo retrospectivo sobre o comportamento de indivíduos com deficiência mental, referenciados a um hospital para tratamento de comportamento sexual antissocial na Inglaterra. Foi encontrado que 47 pacientes cometeram um total de 191 incidentes sexuais, envolvendo 202 vítimas. Mais da metade (55,5%) foram incidentes heterossexuais. Outros foram atentado ao pudor (24,6%), ofensas homossexuais (12%), sendo que apenas 3,6% envolveram agressão física. Nesse estudo, foi encontrado que a maioria dos incidentes foi relativamente trivial, 60% envolvendo atentados menores ao pudor.

Em nosso estudo, os indivíduos descritos nos documentos periciais com diagnóstico de retardo mental perpetraram crimes de estupro (n = 3), atentado violento ao pudor (n = 4) e ultraje público ao pudor (n = 2). Essas vítimas foram constituídas por mulheres adultas, filhas de um mesmo agressor (n = 2), menores do sexo feminino (n = 5) e menor do sexo masculino (n = 1). Nos dois casos de ultraje público ao pudor, não houve vítimas diretas. Chama a atenção, o fato de a maior parte das vítimas desses indivíduos com retardo mental serem menores (n = 6). Alguns autores têm tentado explicar a associação entre deficiência mental e ofensas sexuais. Hayes²⁶ apontou que esses indivíduos apresentam um autoconceito confuso, relações sociais pobres, falta de conhecimento social e sexual e experiências precoces negativas (incluindo abuso físico e sexual). Nos documentos periciais avaliados em nosso estudo, não havia informação relacionada a esse último aspecto, uma limitação desse estudo.

No que diz respeito à relação entre vítima e perpetrador, encontramos um grande número de casos de vítimas familiares e conhecidas do perpetrador. Outros estudos têm encontrado uma elevada frequência de agressores sexuais intrafamiliares²⁷. Apesar de predominar junto à população a ideia de que os crimes sexuais são perpetrados por pessoas desconhecidas, na verdade esse tipo de crime é praticado, em sua maioria, por pessoas conhecidas pela vítima. No Brasil, um estudo sobre o tema indicou que a maior parte dessa violência é praticada por

¹ Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Psiquiatra forense pela ABP. Vice-coordenador, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. Professor, Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ² Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra forense pela ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. Secretária, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Psicoterapeuta de orientação analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Diretora científica, Associação de Psiquiatria Cyro Martins, Porto Alegre, RS. Membro, American Academy of Psychiatry and the Law, Bloomfield, CT, USA. ³ Doutora em Medicina pela Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina. Psiquiatra forense pela ABP. Coordenadora, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria en Salud Mental Forense, UNLP, La Plata, Argentina.

parentes, pessoas próximas ou conhecidas, o que torna o crime mais difícil de ser denunciado²⁸. Fatores como a não notificação dessas ocorrências às autoridades policiais, por medo de represálias ou do estigma social, dificultam o conhecimento dos desfechos desses casos, tanto para a vítima como para o perpetrador²⁹. Outro dado que reforça a proximidade entre vítima e perpetrador foi o fato de que encontramos que 31,8% dos crimes sexuais foram cometidos na casa do perpetrador.

Outro achado foi um grande número de vítimas menores, especialmente do sexo feminino, o que aconteceu em 24 casos. Esse é um aspecto preocupante, pois o abuso sexual na infância é visto como fator de risco para a vitimização sexual na idade adulta³⁰ e para o desenvolvimento de psicopatologias futuras³¹. De acordo com Steel et al.³², as sequelas poderão variar de acordo com: tipo de abuso sexual sofrido, número de agressores, duração, relação com o agressor, resistência, emprego de força, idade em que se iniciou e frequência do abuso.

Embora existam evidências robustas de diferentes países indicando que os transtornos psicóticos aumentam o risco de comportamento violento³³, a visão de especialistas é de que os transtornos mentais graves têm pequeno papel na ofensa sexual. A doença mental não está incluída entre os fatores de risco para o cometimento de estupro³⁴ ou abuso sexual em estudos de revisão³⁵. Dos indivíduos que perpetraram crimes sexuais relatados nos documentos periciais desse estudo, apenas três (1,3%) apresentavam transtornos psicóticos, o que ilustra essa fraca associação. Um indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia tinha histórico de uso importante de álcool. Smith³⁶ sugere que os fatores que levam ao comportamento sexual criminoso nas psicoses são características de personalidade e uso de álcool e substâncias psicoativas. Entretanto, não há uma conclusão inequívoca sobre quais os parâmetros clínicos que levam a um comportamento sexual desviante: se a própria doença, características de personalidade, ou preocupações sexuais que levam o paciente a cometer o delito sexual.

É importante salientar que o nosso estudo tem algumas limitações metodológicas: tamanho pequeno de documentos periciais avaliados, avaliação apenas de dados retrospectivos e ausência de entrevistas com os

agressores sexuais ou suas vítimas. Outra questão é que esse estudo envolveu somente avaliação de documentos periciais resultantes de processos criminais. Em muitos casos de crimes sexuais, pode não ter havido registros policiais e, conseqüentemente, não realização de avaliações periciais. Dessa forma, a população estudada provavelmente não é representativa de todos os casos de agressores sexuais da população geral, problema presente na maioria dos estudos dessa natureza²⁷. Entretanto, foram avaliados todos os documentos periciais resultantes de processos criminais relacionados a crimes sexuais no estado do Rio de Janeiro no ano de 2008. Acreditamos que o nosso estudo pode contribuir para uma melhor caracterização de agressores e vítimas de crimes sexuais e definição da responsabilidade penal nesses casos, de forma a estabelecer sanções penais e correccionais adequadas para esses crimes.

A pesquisa sobre etiologia dos crimes sexuais e avaliação de agressores sexuais é a única forma de reduzir as conseqüências e custos desses problemas para a sociedade, bem como o imenso sofrimento trazido às vítimas. Certamente, a avaliação psiquiátrica sistemática de indivíduos que perpetraram crimes sexuais pode contribuir para estratégias de intervenção, prevenção e avaliação de risco de recidiva criminal desses indivíduos, na comunidade, em prisões ou em serviços forenses ou comunitários de atendimento psiquiátrico.

Artigo submetido em 12/03/2020, aceito em 27/04/2020. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Alexandre Valença, Rua Conde de Bonfim, 232, sala 511, Tijuca, CEP 22221-011, Rio de Janeiro, RJ. Tel.: (21) 22644394. E-mail: avalen@uol.com.br

Referências

1. World Health Organization (WHO). Violence and injury prevention: global status report on violence prevention 2014 [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 13]. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
2. Bradford JMW, Federoff P, Firestone P. Sexual violence and the clinician. In: Simon RI, Tardiff K.

- Violence assessment and management. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2008. p. 441-59.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health: summary. Geneva: WHO; 2002.
 4. Baltieri DA, de Andrade AG. Comparando agressores sexuais seriais e não seriais: consumo de álcool e outras drogas, impulsividade e história de abuso sexual. *Braz J Psychiatry*. 2008;30:25-31.
 5. Shaw JA. Sexual aggression. Washington: American Psychiatric; 1996.
 6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
 7. Telles LEB. Pedofilia. In: de Souza CA, Cardoso RG, eds. *Psiquiatria forense - 80 anos de prática institucional*. Porto Alegre: Sulina; 2008. p. 275-86.
 8. Código de Processo Penal. 3a ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1998.
 9. Brasil. Lei Nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm
 10. Abdalla-Filho E, Moreira LL. Parafilias, transtornos parafilicos e sexuais. In: Abdalla-Filho E, Chalub M, Borba Telles LE. *Psiquiatria forense do Taborda*. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 445-61.
 11. Prentky RA, Knight RA. Identifying critical dimensions for discriminating among rapists. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59:643-61.
 12. Valença AM, Nascimento I, Nardi AE. Relationship between sexual offences and mental and developmental disorders: a review. *Rev Psiquiatr Clín*. 2013;40:97-104.
 13. Valença AM, Chalub M, Mendlowicz M, Mecler K, Nardi AE. Conceito de responsabilidade penal em psiquiatria forense. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54:248-52.
 14. Valença AM, Chalub M, Mendlowicz MV, Mecler K, Nardi AE. Responsabilidade penal nos transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54:328-33.
 15. World Health Organization (WHO). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
 16. Mobbs D, Lau HC, Jones OW, Frith CD. Law, responsibility, and the brain. *PLoS Biol*. 2007;5:e103.
 17. Room R, Rossow I. The share of violence attributable to drinking. *J Subst Abuse*. 2001;6:218-28.
 18. Connor J, You R, Casswell S. Alcohol-related harm to others: a survey of physical and sexual assault in New Zealand. *N Z Med J*. 2009;122:10-20.
 19. Grubin D. Actuarial and clinical assessment of risk in sex offenders. *J Interpers Violence*. 1999;14:331-43.
 20. Testa M. The impact of men's alcohol consumption on perpetration of sexual aggression. *Clin Psychol Rev*. 2002;22:1239-63.
 21. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*. 2006;101:181-91.
 22. Tzeng OCS, Robinson RL, Karlson HC. Demographic correlates and judicial determinations of child sexual abuse offenses. *J Soc Distress Homeless*. 1999;8:55-77.
 23. Langevin R, Lang RA. Substance abuse among sex offenders. *Ann Sex Res*. 1990;3:397-424.
 24. Barron P, Hassiotis A, Banes J. Offenders with intellectual disability: a prospective comparative study. *J Intellect Disabil Res*. 2004;48:69-76.
 25. Day K. Male mentally handicapped sex offenders. *Br J Psychiatry*. 1994;165:630-9.
 26. Hayes S. Sex offenders. *J Intellect Dev Disabil*. 1991;17:220-7.
 27. Saint-Martin P, Bouyssy M, O'Byrne P. Analysis of 756 cases of sexual assault in Tours (France): medico-legal findings and judicial outcomes. *Med Sci Law*. 2007;47:315-24.
 28. Campos MAMR, Schor N. Violência sexual como questão de ordem pública: importância da busca ao agressor. *Saude Soc*. 2008;17:190-200.
 29. Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammermam PW. [Sexual violence and its prevalence among adolescents, Brazil]. *Rev Saude Publica*. 2003;37:8-14.

¹ Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Psiquiatra forense pela ABP. Vice-coordenador, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. Professor, Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ² Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra forense pela ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. Secretária, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Psicoterapeuta de orientação analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Diretora científica, Associação de Psiquiatria Cyro Martins, Porto Alegre, RS. Membro, American Academy of Psychiatry and the Law, Bloomfield, CT, USA. ³ Doutora em Medicina pela Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina. Psiquiatra forense pela ABP. Coordenadora, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria en Salud Mental Forense, UNLP, La Plata, Argentina.

30. Messman-Moore T, Brown AL. Child maltreatment and perceived family environment as risk factors for adult rape: is child sexual abuse the most salient experience? *Child Abuse Negl.* 2004;28:1010-34.
31. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health.* 2001;91:753-60.
32. Steel J, Sanna L, Hammond B, Whipple J, Cross H. Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse Negl.* 2004;28:785-801.
33. Hachtel H, Harries C, Luebbers S, Ogloff JR. Violent offending in schizophrenia spectrum disorders preceding and following diagnosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2018;52:782-92.
34. Spitzberg BH. An analysis of empirical estimates of sexual aggression victimization and perpetration. *Violence Vict.* 1999;14:241-60.
35. Hilton MR, Mezey GC. Victims and perpetrators of child sex abuse. *Br J Psychiatry.* 1996;169:408-15.
36. Smith AD. Offence characteristics of psychotic men who sexually assault women. *Med Sci Law.* 2000;40:223-8.