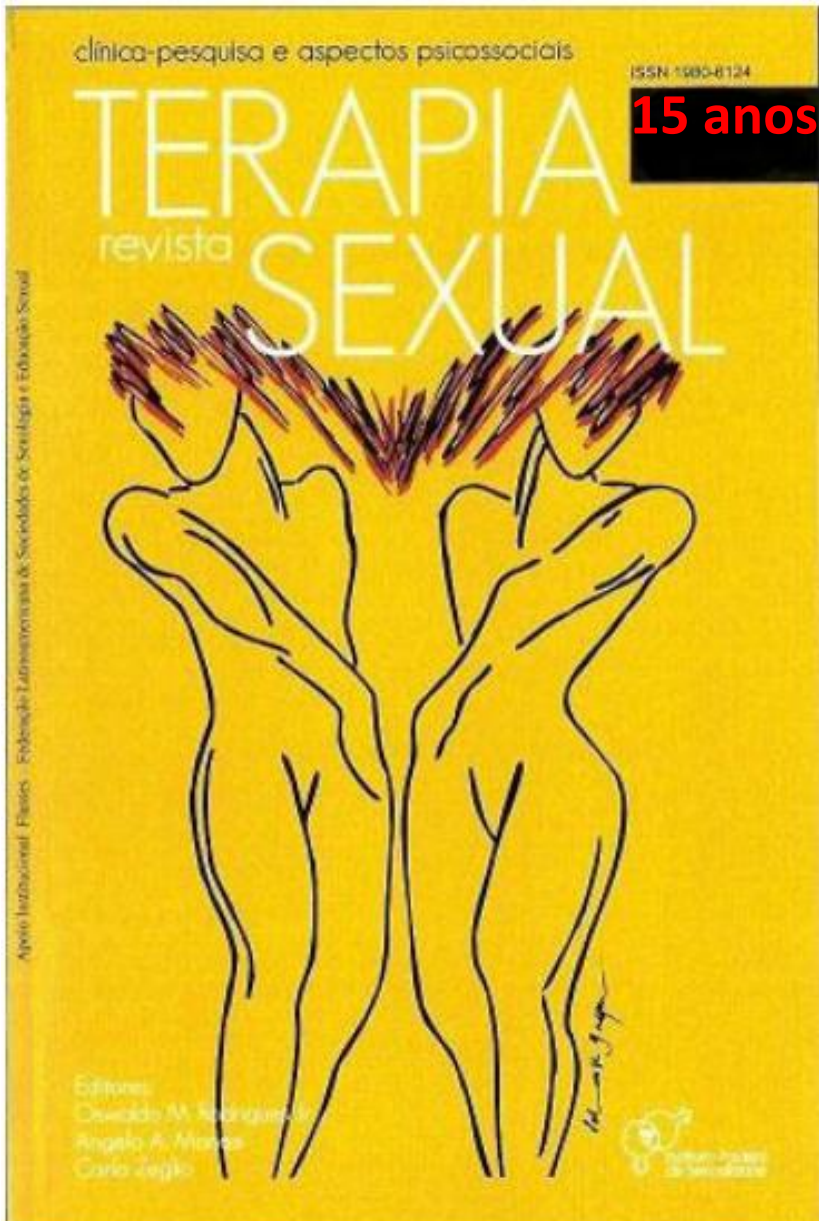
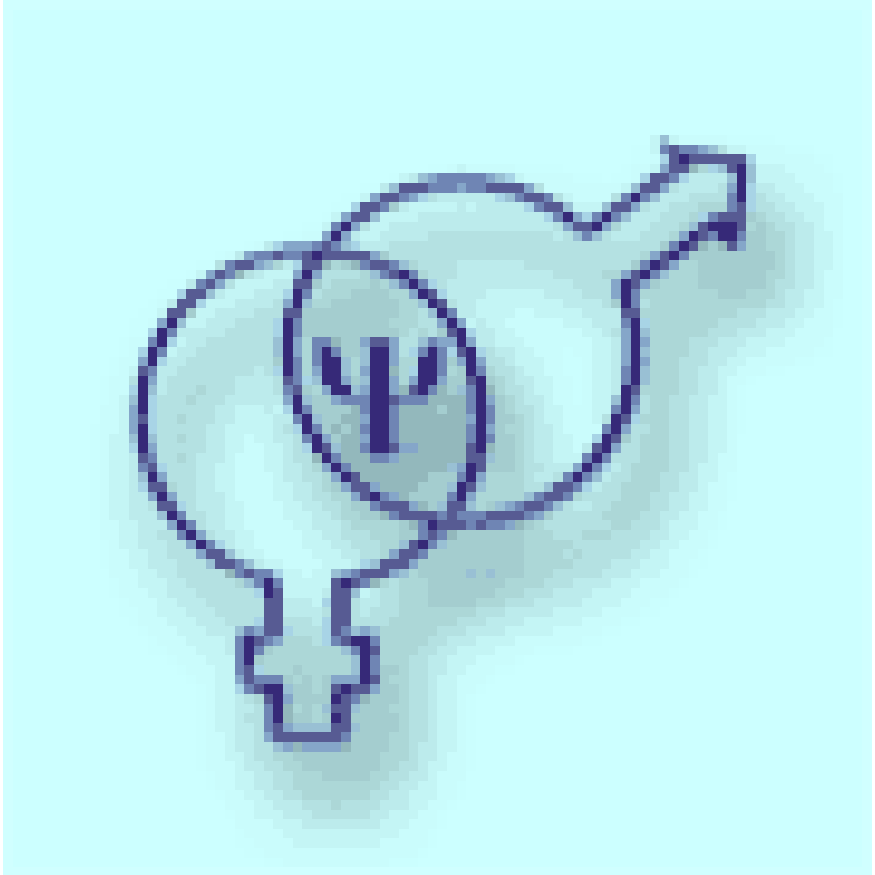


# Terapia Sexual, XV(1):2012





## **Terapia Sexual**

Clínica, pesquisa  
e aspectos psicossociais

## Terapia Sexual

Clínica, pesquisa  
e aspectos psicossociais

---



**Instituto Paulista de Sexualidade**  
Volume XV – número 1 – janeiro a junho de 2012.  
ISSN 1980-6124

---

## Expediente

*Terapia Sexual – clínica, pesquisa e aspectos psicossociais* é órgão oficial de divulgação científica do Instituto Paulista de Sexualidade (InPaSex).

**Indexada** no Index Psi Periódicos, BVS Psicologia, **Periódica** (base de dados bibliográfica de revistas de ciencias y tecnología); **Latindex**;

**Apoio institucional:** FLASSES – Federação Latino-Americana de Sociedade de Sexologia e Educação Sexual.

**Editor-Chefe:** Oswaldo Martins Rodrigues Jr.

**Co-Editores:** Ângelo A. Monesi e Carla Zeglio

### Conselho Editorial:

Carlos da Ros - UFRS-FFFCMPA – Departamento de Urologia

Ernani Rhoden - UFCSPA – Departamento de Urologia

Gilda Fuchs - UFBA – Faculdade de Medicina – Departamento de Psiquiatria

Hugues França Ribeiro - UNESP – Departamento de Psicologia Educacional

Igor Finotelli Jr. – Universidade São Francisco (SP)

João Benévolo Xavier Neto - UFRN – Departamento de Medicina

Lucia Pesca - ABEIS – clínica privada

Maria Alvers de Toledo Bruns (USP-SP)

Maria do Carmo Andrade e Silva – SBRASH – clínica privada

Mauro Cherobim - UNESP - Departamento de Antropologia

Paulo C. Kautz – Universidade Regional Integrada – Erechim (RS) - Departamento de Psicologia

Paulo César Ribeiro Martins - UPF – Departamento de Psicologia

Sérgio J. Almeida - FAMERP – Departamento de Urologia

### Conselho Editorial internacional:

Alma Aldana (México)

Andrés Flores Colombino (FLASSES – SUS - Uruguai)

Antonio León Rodríguez (Universidad Cristiana Latinoamericana – Dep. Psic. – Quito, Equador)

Antonio Pacheco Palha (Univ. do Porto, Portugal – Departamento de Psiquiatria)

Bernardo Useche (Universidad Autónoma de Bucaramanga - Colombia – Departamento de Psicología)

Carlos Pol Bravo (Espanha – Colômbia)

Eduardo Alfonso Aguirre Sandoval (Ben. Univ. Autónoma de Puebla – MX – Dep. de Psicología)

Eusébio Rúbio Auriolos (WAS, FEMEES, México)

José Manuel González (Universidad Simon Bolívar, Colômbia – Departamento de Psicología)

Juan José Borrás (Espanha) *in memoriam*

Marisalva Fernandes Fávero (Instituto Superior da Maia, Portugal, Departamento de Sexologia)

Maura Villasanti (Universidad Católica, Paraguai – Departamento de Psicología)

Myriam Calero (Uruguai – psiquiatra – clínica privada)

Pedro Nobre (Universidade de Trás dos Montes – Portugal – Departamento de Psicología)

Roberto Rosenzvaig (Univ. Diego Portales, Chile – Departamento de Psicología)

Rodolfo Rodrigues Castelo (Univ. de Guayaquil, Equador – Departamento de Psiquiatria)

### Ilustração da Capa:

Solange Gaspar

Endereço de correspondência, redação e informações:

### Instituto Paulista de Sexualidade

rua Angatuba, 370 – Pacaembu

01247-000 – São Paulo-SP

Brasil

Fone: 55-11-3662-3139

e-mail: [inpasex@uol.com.br](mailto:inpasex@uol.com.br) / [oswrod@uol.com.br](mailto:oswrod@uol.com.br) / <http://www.inpasex.com.br>

## Normas para aceitação dos originais - português

**Terapia Sexual – clínica, pesquisa e aspectos psicossociais** é órgão oficial de divulgação científica do **Instituto Paulista de Sexualidade (InPaSex)** e visa a publicação de artigos relacionados à Terapia Sexual, enquanto prática específica de atuação no campo da saúde emocional e social.

A periodicidade da revista é semestral, com edições nos meses de agosto e fevereiro de cada ano.

Serão aceitos artigos originais não comprometidos com outras publicações em território brasileiro.

A revista foi concebida de forma a permitir aos profissionais que atuam em terapia sexual terem material publicado que os oriente sobre questões concernentes a sua prática clínica.

São aceitos artigos em língua portuguesa e espanhola, visando um mundo científico mais amalgamado na América Latina.

### Critérios para aceitação dos originais.

Os artigos devem encaixar-se nas modalidades previstas pela editoria e enviados em disquetes ou anexados em *e-mail* em programas de edição de texto de plataforma *windows*. O artigo recebido deve vir acompanhado de carta com a solicitação de apreciação e publicação e cessão de direitos autorais à revista **Terapia Sexual – clínica, pesquisa e aspectos psicossociais**.

A seleção dos artigos fica a cargo da **Comissão Editorial**, formada pelo editor-chefe e pelos coeditores, segundo critérios científicos e de adequação à proposta da revista. O **Conselho Editorial** opinará sobre os artigos a serem publicados por meio de dois membros a cada artigo enviado. Os membros do Conselho, após exame do artigo, opinarão sobre a possibilidade de publicação e possíveis ou necessárias modificações de conteúdo.

A editoria da revista não se compromete a devolver quaisquer materiais enviados com o objetivo de publicação. Uma vez recusado o artigo, os autores serão avisados das razões do veto da **Comissão Editorial** e do **Conselho Editorial**. A **Comissão Editorial** reserva-se o direito de solicitar modificações ao artigo visando a publicação, seja por questões de inserção gráfica, extensão do texto ou conteúdo; no caso de discordância dos autores o artigo não será publicado.

Os artigos podem ser incluídos nas seguintes seções:

- Artigos Opinativos
- Artigos de Revisão de Literatura
- Aplicativos de Teorias
- Artigos de Pesquisas
- Históricos de Casos
- Comunicações Breves
- Resumos Comentados de artigos publicados em outros periódicos

Os artigos devem conter um **resumo** de no máximo 200 palavras. Este resumo deve ser preferencialmente também ser apresentado vertido para a língua inglesa.

Quanto às referências, usar o esquema autor(a)/ano no decorrer do texto. Ao final, seguir esquema: autor(es). (ano): Título. Cidade, Editora. Exemplos:

RODRIGUES JR. Oswaldo M. (2001): **Aprimorando a saúde sexual**. São Paulo, Summus.

CASILLA, Valeriano M. (2003): Roma falou... e algumas questões da sexualidade. In: **Terapia Sexual**, VI(2):51-59.

Endereço pra encaminhamento dos originais:

**Instituto Paulista de Sexualidade**

rua Angatuba, 370 – Pacaembu

01247-000 – São Paulo-SP

Brasil

Fone: 55-11-3662-3139

Ou [inpases@uol.com.br](mailto:inpases@uol.com.br)

Oswaldo M. Rodrigues Jr.  
Editor Chefe

### Normas para aceptar originales – español

Terapia Sexual – clínica, pesquisa e aspectos psicosociais és el órgano oficial de divulgación científica del **Instituto Paulista de Sexualidad – InPaSex**.

Tiene como objetivo la publicación de artículos relacionados con la Terapia Sexual, como práctica específica de actuación en el campo de la salud emocional y social.

La periodicidad de la revista será semestral, con ediciones en los meses de febrero y agosto de cada año.

Se aceptan artículos originales no comprometidos con otras publicaciones dentro del territorio brasileño.

La revista fué pensada de modo a permitir que los profesionales que actúan en terapia sexual tengan material publicado que les oriente sobre algunas cuestiones concernientes a su práctica clínica.

Se aceptan artículos en portugués y español, objetivando un mundo científico más amalgamado con América Latina.

### Criterios para aceptar originales

Los artículos deben encajarse en las modalidades previstas por el editorial y enviados en discos o anexados en e-mail, en programas de edición de textos de plataforma windows. El artículo recibido debe venir acompañado de carta solicitando análisis y publicación, bien como cesión de derechos autorales a la revista Terapia Sexual – clínica, pesquisa e aspectos psicosociais.

La selección de los artículos queda a cargo de la **Comisión Editorial**, compuesta por el editor-jefe y por los co-editores, de acuerdo con criterios científicos y de adecuación a la propuesta de la revista. El **Consejo Editorial** opinará sobre los artículos a publicar por medio de dos miembros para cada artículo enviado. Los miembros del Consejo, después de examinar el artículo, opinarán sobre la posibilidad de publicación.

El editorial de la revista no se compromete a devolver cualquier material enviado para publicación. Una vez recusado, los autores serán comunicados de las razones del veto de la Comisión Editorial y del Consejo Editorial. La Comisión Editorial se reserva el derecho de solicitar modificaciones al artículo para publicación. Si los autores no están de acuerdo con las modificaciones solicitadas, el artículo no será publicado.

Los artículos pueden ser incluirse en las siguientes secciones:

- Artículos Opinativos
- Artículos de Revisión de Literatura
- Artículos de Teorías
- Artículos de Pesquisas
- Históricos de Casos
- Comunicaciones Breves
- Resúmenes Comentados de artículos publicados en otros medios.

Los artículos deben contener un resumen de, al máximo, 200 palabras. Este resumen debe ser presentado también en inglés.

Cuanto a las referencias citadas, debe ser usado el esquema: autor(a)/año en el decorrer del texto. Al final, seguir el esquema: autor(es). (año): Título. Ciudad. Editora.

Ejemplo:

RODRIGUES JR., Oswaldo M. (2001): **Aprimorando a saúde sexual**. São Paulo, Summus.

CASILLAS, Valeriano M. (2003): Roma falou... e algumas questões da sexualidade. In: **Terapia Sexual**, VI(2):51-59.

Dirección para enviar originales:

rua Angatuba, 370 – Pacaembu

01247-000 – São Paulo-SP

Brasil

o a la dirección eletrónica: [inpases@uol.com.br](mailto:inpases@uol.com.br)

Atentamente,  
Oswaldo M. Rodrigues Jr.  
Editor Chefe

## Índice

<b>Editorial</b>	<b>09</b>
Editora convidada – Profa. Dra. Marisalva Fávero	
A educação sexual, conceitos, modelos e legislação portuguesa. Sex Education, Concepts, Models and Portuguese Law Marisalva Fávero, Pedro Ferreira, Neide Feijó & Helena Bilimória	<b>11</b>
Guardando um segredo que não é meu: abuso sexual intrafamiliar. Keeping a secret that is not mine: intrafamiliar sexual abuse Marisalva Fávero, Luciana Carvalho & Amaia Del Campo	<b>23</b>
Um olhar psicodramático sobre o abuso sexual intrafamiliar. A psychodramatic approach to intrafamiliar sexual abuse Dalka Ferrari & Marisalva Fávero	<b>41</b>
Avaliação de Agressores Sexuais Adolescentes. Assessment of Adolescent Sexual Offenders Rute Agulhas & Marisalva Fávero	<b>59</b>
A prevenção do abuso sexual a menores. Child sexual abuse prevention Amaia del Campo & Marisalva Fávero	<b>73</b>



## Editorial

O volume XV, número 1 da Revista Terapia Sexual é dedicado aos abusos sexuais a menores. E reflete, em parte, o nosso percurso profissional enquanto Psicoterapeuta e Investigadora da área dos abusos sexuais, Sexóloga e Técnica de educação sexual desde 1992. Esta experiência levou-nos à missão de realizar em Portugal o primeiro estudo nacional sobre os abusos sexuais e contribuir para o início da ruptura do silêncio científico e social nesta matéria.

O abuso sexual é um crime e a sua marca registrada é o silêncio. Foi, precisamente o silêncio, pessoal, imposto pelo agressor, familiar, social ou científico, o aspecto mais determinante da desproteção das vítimas de abuso sexual e da impunidade dos agressores até há poucas décadas atrás.

Muitos destes agressores continuaram a conviver com as suas vítimas e alguns revitimizaram-nas agredindo os seus filhos e filhas, gerando sentimentos de impotência, raiva, culpa, e provocando danos psicológicos graves durante várias gerações.

Os estudos que ilustram esta edição abordam vários protagonistas deste evento que não economiza sofrimento: vítimas, famílias, ofensores.

Inicia com o enquadramento conceptual e legal da educação sexual em Portugal, pois defendemos, como se pode constatar no último artigo, que os programas de prevenção dos abusos sexuais realizados em contexto escolar, devem ser concretizados no contexto da educação sexual, ou no âmbito mais abrangente da educação para a saúde.

De todos os depoimentos de vitimização sexual na infância, o que mais nos mobiliza ambivalências é o abuso sexual intrafamiliar, fruto das suas intrínsecas ambivalências e complexidade. A este fenómeno dedicamos dois artigos. Um sobre o abuso intergeracional, repetido na mesma família, envolvendo vítimas múltiplas do mesmo agressor intrafamiliar e agressores múltiplos à mesma vítima. No outro artigo, oferecemos uma leitura psicodramática do abuso sexual intrafamiliar, que ilustramos com um caso clínico.

Dirigindo o nosso olhar sobre o imenso espectro do abuso sexual, no nosso horizonte impõem-se todos os personagens. Por isso, apresentamos uma reflexão sobre os ofensores sexuais adolescentes,

quem são e por quê, e como podemos intervir com este grupo, que muitos desafios nos colocam.

**Marisalva Fávero**

Editora convidada

Psicologia ( Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil).

Doutorado em Psicologia, na Universidad de Salamanca, Espanha, no programa "Sexualidad, pareja y familia".

Docente no ISMAI (Instituto Superior da Maia), Portugal.

Investigadora na UNIDEP (Unidade de Investigação em Psicologia) do ISMAI e no CINEICC (Centro de Investigação do Núcleo de Investigação e Intervenção Cognitivo-Comportamental) da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, Portugal.

---

## A EDUCAÇÃO SEXUAL, CONCEITOS, MODELOS E LEGISLAÇÃO PORTUGUESA

*Sex Education, Concepts, Models and Portuguese Law*

Marisvalva Fávero<sup>1</sup>

Pedro Ferreira<sup>2</sup>

Neide Feijó<sup>3</sup>

Helena Bilimória<sup>4</sup>

### Resumo

Apresentaremos o suporte teórico para uma proposta de educação sexual para os diferentes ciclos de estudos e diferentes populações. Partiremos de uma reflexão sobre a educação sexual no contexto mais amplo da educação e da educação para a saúde, seguidamente abordaremos as ideias centrais da educação sexual, acompanhadas pela história e legislação portuguesa da educação sexual.

**Palavras-chave:** Educação Sexual, Modelos De Educação Sexual, Lei Portuguesa, História

### Abstract

We will present the theoretical support for a sex education program for all cycles of formal education and different populations. We will start with a reflection on sex education in the wider context of education and health education, and then discuss the core ideas of sex education, models of sex education, followed by Portuguese law and history of sex education.

**Keywords:** Sex education, Models of Sex Education; Portuguese Law; History

### Educação Sexual, Educação e Educação para a saúde<sup>5</sup>

Em Portugal, a Educação Sexual converteu-se num direito e numa obrigação a partir dos primeiros anos escolares. Recentemente foi regulamentada a Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, que estabelece a educação sexual nos estabelecimentos de ensino básico e do secundário, respectivamente no Diário da República, 1.ª série - N.º 69 - 9 de Abril de

---

1 Instituto Superior da Maia/UNIDEP, Portugal

Endereço para correspondência: [mfavero@ismai.pt](mailto:mfavero@ismai.pt) | [bilimoriahelena@hotmail.com](mailto:bilimoriahelena@hotmail.com) | [nfeijo@gaia.ipiaget.org](mailto:nfeijo@gaia.ipiaget.org)

<sup>2</sup> Instituto Superior da Maia/UNIDEP, Portugal

<sup>3</sup> Instituto Piaget, Portugal

<sup>4</sup> Instituto Piaget, Portugal

<sup>5</sup> Para uma maior fluidez da leitura optamos por excluir as denominações genéricas (os/as) entendendo-se incluídos todos os gêneros.

2010. Todavia, mesmo sendo imposta pela legislação, tal não é simples de se alcançar, encontrando-se muitos obstáculos na execução do processo de Educação Sexual nas escolas. Esta situação se deve em parte pela deficiência na formação dos professores, resistência organizada relacionada com grupos de pressão, processo de educação informal gerador de conhecimentos errôneos e atitudes negativas (Veiga, Teixeira, Martins & Melo-Silvestre, 2006).

Tipicamente a Educação Sexual alude à educação sobre a sexualidade (Hird, 2003). A ideia da Educação Sexual emergiu como uma reação ao conservadorismo moral e, face ao silêncio das famílias e da sociedade, foi necessário que os profissionais atuassem e abordassem estas questões com os jovens, numa vertente de esclarecimento e libertação pessoal. Esta necessidade foi igualmente importante na prevenção da gravidez não desejada e, já nos anos noventa, na prevenção da AIDS. Assim, a Educação Sexual era vista numa perspectiva de saúde, nomeadamente na prevenção das doenças (Vilar, 2005). Todavia, nas últimas décadas do século XX verificamos nas sociedades ocidentais um conjunto de alterações profundas nos valores, normas e práticas sociais, no que respeita às questões da sexualidade (Vilar, 2005). A sexualidade tem vindo a deixar de ser um tabu. Contrariamente aos universos fechados e erotofóbicos típicos de épocas anteriores, contemporaneamente vivemos um período de permissividade em matéria de normas de moral sexual (Southard & Keller, 2009; Vilar, 2005).

Mais presentemente, a Educação Sexual converteu-se num assunto de discussão, polémica no âmbito do espaço nacional. Vão-se acumulando os discursos pró ou contra a Educação Sexual, assinalando-se posturas sobre como ela deveria ou não ser promovida e posta em prática no contexto escolar (Nodin, 2001).

Para a justificativa da necessidade de Educação Sexual, podemos dizer que a implementação de um qualquer programa surge contemporaneamente por algumas razões, nomeadamente porque tem se verificado que nas últimas décadas o desenvolvimento físico dos adolescentes se tem alterado acentuadamente, isto é, chegam à puberdade mais cedo do que as gerações anteriores. Neste sentido, é essencial que as crianças tenham informação adequada e em tempo oportuno sobre as alterações corporais, sendo recomendável iniciar a Educação Sexual numa idade precoce, apesar de ser discutível em que idade é apropriada (Vilar, 2008). No entanto, sempre deverá ser adaptada ao ciclo vital.

Como consequência destes acontecimentos, também os primeiros relacionamentos sexuais se têm iniciado mais cedo (Lemos, 2002; Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo & Polónia 2008). Surge igualmente a ideia de que a partir do momento que as pessoas nascem, começam a elaborar um conjunto de teorias explicativas acerca da sexualidade conformadas por erros, mitos e tabus, influenciando as suas vidas quotidianas. Tal

situação reflete-se negativamente na vivência da sexualidade de uma forma sana e satisfatória (Fernández, Fernández, Foltz, Mangana & Castro, 2007).

A Educação Sexual, muitas das vezes, é reduzida a questões biológicas, descurando-se de uma perspectiva holística que abarque as competências sociais, as relações entre as pessoas, os sentimentos e a autoestima. Neste sentido, não deve ficar apenas pela informação biológica, abrindo a oportunidade para a criação de espaços de discussão sobre valores e sexualidade (Vilar, 2008). De um modo geral, a educação afetivo-sexual deve contribuir nos seguintes parâmetros: para a erradicação de formas discriminatórias de regulação na relação entre os sexos; potenciar a autonomia pessoal em face de princípios provenientes de determinadas crenças e ideologias; potenciar a empatia como aptidão de interpretar adequadamente as necessidades dos outros e potenciar o desenvolvimento de uma ética individual e social no conjunto de uma sociedade democrática (Zapiain, 2002).

Os programas de Educação Sexual devem ser centrados em objetivos, tais como a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de atitudes e competências pessoais e sociais, designadamente de identificação e clarificação de valores, gestão das emoções, comunicação relacional, tomada de decisões, resolução de problemas e assertividade. Desta forma, na Educação Sexual não deve existir lugar para a defesa de teorias pessoais ou crenças religiosas, devendo a informação ser a mais rigorosa e por consequência, derivada de um estudo científico constante (Ramiro, Matos & Vilar, 2008).

Além disso, tendo em conta a Lei nº. 60/2009, de 6 de Agosto, constituem-se como finalidades da Educação Sexual as questões relativas às relações interpessoais, os afetos; a valorização da sexualidade e afetividade entre as pessoas no desenvolvimento individual; o progresso de competências nos jovens que possibilitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade; a melhoria dos relacionamentos afetivo-sexuais dos jovens; a diminuição de consequências negativas dos comportamentos sexuais, tais como a gravidez não desejada e as infeções sexualmente transmissíveis; a capacidade de proteção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais; o respeito pela diferença entre as pessoas e pelas diferentes orientações sexuais; a valorização de uma sexualidade responsável e informada; a promoção da igualdade entre os sexos; o reconhecimento da importância da participação no processo educativo de encarregados de educação, alunos, professores e técnicos de saúde; o entendimento científico do funcionamento dos mecanismos biológicos reprodutivos e a eliminação de condutas baseadas na discriminação sexual ou na violência em função do sexo ou orientação sexual.

Especialmente com crianças, a Educação Sexual é socialmente, politicamente e emocionalmente uma área contenciosa da prática de

saúde em cada cultura e sociedade. Não obstante, é uma ferramenta importantíssima para encarar o incremento das taxas de infecções sexualmente transmissíveis, gravidezes não planejadas na adolescência, bem como, os abortos vivenciados pelos jovens em todo o mundo (Hayter, Piercy, Massey & Gregory, 2008). Kakavoulis (2001) recorda que a Educação Sexual começa muito cedo, sendo descrita como o contínuo de influências, especialmente a partir da família nos primeiros anos de vida e mais tardiamente pela escola, bem como a outros agentes sociais.

Em suma, para entendermos a Educação para a Sexualidade, precisamos compreender intrinsecamente o processo inerente à educação. Conforme vimos demonstrando, toda a prática educativa reveste-se de um caráter sociocultural. A educação, entendida numa perspectiva construtivista, mais não é, então, do que uma prática social intencional, um processo onde as intenções e expectativas sociais se entrecruzam permitindo a co-construção de uma realidade intersubjetiva, num processo contínuo e incessante (Gironi, Nothaft & Mallmann, 2006).

Por outro lado, o objetivo da ação educativa é desenvolver no indivíduo ou grupo a capacidade de analisar de forma crítica, a realidade, e de tomar decisões com vista à resolução de problemas. A educação visa também promover a capacidade de modificar situações, organizar e realizar ações e de as avaliar criticamente (Dias & Bueno, 2003).

Também, e por seu turno, a educação em Saúde, e por conseguinte, a Educação Sexual, consiste em fomentar o aprender a optar. O principal objetivo é, assim, proporcionar ao indivíduo e à comunidade os critérios para escolher entre as alternativas possíveis e tomar decisões mais saudáveis para seu próprio bem-estar (Gironi, et al., 2006). Neste sentido, a educação para a saúde tem como finalidade a preservação da saúde individual e coletiva.

### **Educação Sexual Formal e Informal**

Existem dois tipos de Educação Sexual, designadamente, formal e informal. No que diz respeito à Educação Sexual formal, esta distingue-se pelo conjunto de ações estruturadas e propositadas, exercendo como objetivo, intervir (positivamente) no domínio da vivência sexual (Marques, Vilar & Forreta, 2002). O que define a Educação Sexual formal é a sua formalidade e intencionalidade. Neste sentido, Amor Pan (1997) define-a do seguinte modo: "A Educação Sexual é um processo pelo qual os pais e os educadores se esforçam para informar e formar os educandos no campo da sexualidade, para que estes possam aceder ao total desenvolvimento do seu ser, como homens e como mulheres, de modo a que sejam capazes de viver como seres plenamente humanos na sua vida afetiva, pessoal e social e, por sua vez, livres e responsáveis" (p. 14).

Algumas das apreciações levantadas quanto à abordagem da sexualidade num contexto educativo formal consistem nos efeitos de que tal abordagem poderá originar na conduta dos jovens, designadamente o

incitar de um início precoce e impensado da atividade sexual. Estas críticas, fruto por natureza de uma sociedade tendencialmente católica e conservadora (Nodin, 2001), não são confirmadas empiricamente. Pelo contrário, acerca do início da atividade sexual, Meschke e colaboradores (2002 as cited in Ramiro & Matos, 2008) sugerem que uma atitude parental positiva em relação à sexualidade incute no adiamento da primeira experiência sexual dos filhos, no acréscimo da concepção e na diminuição da gravidez não planeada.

Neste sentido, a Educação Sexual formal em contexto escolar, postula transmitir conhecimentos e mensagens positivas que favorecem o bem-estar do jovem e da criança, erradicando desta forma com a visão obscura e de segredo relativa à mesma, assim como, acabar com as crenças erróneas (Costa, 2006). Além disso, em contexto escolar é possível a transmissão de conhecimentos de índole científico e técnico (Vilar, 2005).

Por outro lado, a Educação Sexual informal caracteriza-se por não ter "(...) uma intenção planificada e sistemática, independentemente de quem a faz (...)" (López, 1999, p. 12). Este modo de atuação pode acontecer dentro ou fora do sistema educativo, realizando-se de forma espontânea, incidental e não propositada, sendo que as suas finalidades educativas não são claras, sistemáticas e decididas (Marques et al., 2002). Neste domínio, as crianças hoje em dia recebem mensagens sobre sexualidade das mais variadas fontes, desde os pais e mães, docentes, passando pelos colegas, *medias* e outros familiares (Milton, 2003).

### **Modelos de Educação Sexual**

A Educação Sexual pode ser abordada de diversas maneiras; umas mais abertas e integradoras, outras mais fechadas e redutoras. Faz-se importante refletir sobre estes modelos e conhecê-los para fazer a opção mais adequada.

Qualquer modelo que visa a promoção da abstinência sexual em geral é um modelo de natureza fechada, uma vez que elimina a diversidade em prol da promoção de uma posição moral única. Neste mesmo modelo, os docentes não são formados para trabalhar com a multiplicidade moral que descreve a sociedade, mas sim, a convencer as suas audiências para lhes inculcar um discurso rígido e único, muitas das vezes, utilizando recurso a falsos argumentos. A Educação Sexual tendo em conta este modelo, é vista e pensada como um terreno de persuasão moral, de proselitismo e não como um campo de discussão livre das diferentes posições (Vilar, 2001).

O tipo de Educação Sexual que se desenvolve depende do conceito de sexualidade de que se parta. Assim sendo, caso uma pessoa reduza o seu conceito de sexualidade à reprodução, a Educação Sexual basear-se-á em lições de anatomia e fisiologia da reprodução (modelo biológico-reprodutivo). Por outro lado, se um indivíduo considera que a sexualidade

se reduz a um instinto sexual forte e perigoso e, que é capaz de danificar a moral estabelecida, neste caso a Educação Sexual basear-se-á numa doutrinação em função de uma destinada moral, que no nosso contexto, geralmente é a católica. Num outro ponto de vista, se a sexualidade for reduzida aos riscos inerentes ao comportamento sexual, a Educação Sexual estará assente na informação sobre a AIDS, as ITS e os métodos contraceptivos (modelo médico-preventivo) (Sanches, 2005; Zapiain, 2002; Vilar, 2002).

Neste sentido, com as crianças e jovens a quererem saber mais, com a inutilidade das ações educativas assentes apenas nas componentes cognitivas, bem como, a abordagem de questões sexuais pelos *mass media*, conduziram para demonstrar a insuficiência e as restrições dos modelos anteriores. Na verdade, carecia a discussão da sexualidade como um todo, especialmente os comportamentos, valores e atitudes a ela relacionados (Sousa, Soares & Vilar, 2007; Vilar, 2002).

Nas últimas três décadas foi desenvolvido um novo modelo de Educação Sexual ao qual intitularam por modelo de desenvolvimento pessoal e social e, que outros autores denominam por modelo aberto, profissional e democrático (López & Fuertes (1999). Este mesmo, parte de uma noção alargada da sexualidade e de uma valorização positiva da mesma, assim como, das suas múltiplas expressões. Posto isto, aliado às diferentes componentes da sexualidade, devem-se associar o debate sobre a variedade dos valores, atitudes e o treino de competências. Desta forma, proporcionar aos envolvidos, uma maior capacidade para fazerem escolhas conscientes e responsáveis.

### **Enquadramento histórico-legal da Educação Sexual em Portugal**

De acordo com o que temos apresentado, a inserção e participação das crianças e jovens na sociedade requer que estejam preparados para lidar com a vida sexual e reprodutiva de uma forma responsável e informada (Paiva, 2000).

Tomando como base o conceito de saúde, já mencionado, como bem-estar físico, mental e social, veiculado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a saúde sexual não se restringe à saúde reprodutiva e ultrapassa as questões de contraceção e prevenção de infeções sexualmente transmissíveis. De fato, por um lado a saúde reprodutiva centra-se no direito à informação e acesso a métodos contraceptivos e de planeamento familiar eficazes, seguros e adequados às condições socioeconómicas das pessoas, bem como a outros métodos legais de regulação da fertilidade. Contudo, por outro lado, a saúde reprodutiva concerne ao direito de aceder a serviços de saúde que proporcionem vigilância e segurança na situação de gravidez e parto. A saúde reprodutiva integra assim o planeamento familiar e a vivência de uma gravidez e parto em condições seguras, salvaguardando as condições mais apropriadas ao desenvolvimento embrionário e fetal intrauterino, assim

como condições no processo de parto que favoreçam o nascimento de crianças saudáveis e que contribuam para a redução da mortalidade materno-infantil.

Para a condução destes objetivos, a intervenção na área da saúde sexual e reprodutiva assume um caráter multidisciplinar e envolve áreas como: i) prestação de cuidados de saúde perinatais e pós-parto; ii) implementação e promoção do acesso a serviços de planejamento familiar; iii) prevenção da gravidez indesejada; iv) eliminação do aborto não seguro; v) combate à infertilidade; vi) prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e doenças do aparelho reprodutor; e, vii) combate à violência sexual baseada no gênero e orientação sexual.

Em novembro de 1986 ocorreu a primeira grande conferência sobre "*promoção para a saúde*" que resultou na carta de OTTAWA, documento orientador emanado da OMS, no qual Portugal participou e ratificou. Neste documento cada pessoa é tornada co-responsável pela sua saúde e pela saúde da sua comunidade, uma vez que nele se define que a promoção da saúde é um processo que permite às pessoas aumentar o seu domínio sobre a saúde e melhorá-la.

Neste sentido, clarificou-se que o processo de promoção da saúde não deve ser exclusivo dos serviços de saúde, mas deve ser realizado em múltiplos contextos, em particular, os contextos educacionais, pois todos estes são responsáveis pela construção do bem-estar global. Além disso, a ausência de informação dificulta ou mesmo, impede, uma tomada de decisão adequada, o que reforça a necessidade de fomentar uma Educação para a Saúde em meio escolar.

Em 1991 e em consequência deste documento e da conferência que lhe deu origem, o Gabinete Regional para a Europa da OMS formou a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS), com o objetivo de promover a saúde e demonstrar o impacto da promoção da saúde em meio escolar. Portugal aderiu a este movimento em 1994.

No final da década de 90 do século XX, a preocupação com a Educação para a Saúde em meio escolar traduz-se por duas iniciativas: i) a reorganização do Centro de Apoio Nacional (CAN) à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), em 1998, através do despacho nº 271/98 de 15 de abril, com o objetivo de promover a Educação sexual em meio escolar e apoiar o CAN nessa tarefa e, ii) a criação em 1999, através do Despacho Ministerial nº 15.587/99 de 12 de agosto, da Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (CCPES). Esta estrutura, sucessora do Programa de Promoção e Educação para a Saúde foi desenvolvida com o objetivo de fomentar iniciativas e inovação no âmbito da educação para a saúde em meio escolar, bem como para assegurar a articulação entre os diversos serviços envolvidos, e as parcerias com o ministério da educação (DGIDC, 2005; Fernandes, 2006).

Atualmente, este movimento configura-se na plataforma *Schools for Health in Europe* (SHE). O SHE trata-se de uma rede de coordenadores

nacionais de 46 países da região da Europa, e visa tornar a promoção da saúde parte integrante das políticas de desenvolvimento da educação e da saúde na Europa. Para tal, apoia organizações e profissionais no desenvolvimento e sustentabilidade da promoção da saúde na escola em cada um dos países, identifica e partilha informações relevantes em saúde escolar, incentiva a investigação, a partilha boas práticas e de conhecimentos.

Em Portugal, a coordenação está a cargo da Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, através do Núcleo de Educação para a Saúde e Acção Social Escolar (NESASE). A coordenação do NESASE representa o Ministério da Educação no SHE. Cabe à Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), acompanhar, monitorizar e avaliar atividades de promoção e educação para a saúde em meio escolar. Por outro lado, esta entidade deverá também definir políticas de promoção e educação para a saúde e adaptar e acompanhar as diretivas da OMS e do Conselho da Europa (SHE) sobre a educação para a saúde.

Em meio escolar, a Educação para a Saúde pretende dotar as crianças e jovens de conhecimentos, atitudes e valores que contribuam para a tomada de decisões adequadas à sua saúde e daqueles que os rodeiam. Fundamenta-se, deste modo, num princípio de capacitação e não tanto de transmissão, dado que visa fomentar a autonomia e capacidade deliberativa na criança e no jovem face às diversas situações que envolvem a sua saúde e a dos outros e comportamentos de risco. Acima de tudo, a educação para a saúde pretende implicar e responsabilizar a criança e/ou o jovem como agente ativo na promoção da saúde da comunidade onde está inserido.

A educação para a saúde em contexto escolar pretende desenvolver hábitos de vida saudável, tais como: alimentação adequada, atividade física e desportiva, atividades de lazer e recreação, adequados às capacidades, interesses e necessidades de cada um. Pretende ainda desenvolver capacidade de autocrítica que impulse à reflexão e mudança comportamental. Contribui para fomentar comportamentos de intervenção nos espaços e serviços escolares, mantendo-os seguros, higiénicos, confortáveis e agradáveis. Fomenta a capacidade de adaptação à mudança, de gerir o stress e de se adaptar à frustração. Incentiva à compreensão e respeito pelo outro, promovendo ainda capacidade de trabalho em equipa. Complementarmente, proporciona o desenvolvimento da capacidade de resistir à pressão dos pares no sentido da manifestação de comportamentos de risco (e.g. consumo de drogas, alimentação desajustada; comportamento sexual de risco). Acima de tudo, a promoção da saúde através da educação para a saúde visa desenvolver na criança e no jovem a capacidade de construir a sua identidade através da reflexão sobre os seus próprios ideais, motivações e ações.

Assim, a educação sexual enquadra-se no âmbito da promoção e educação para a saúde.

A educação sexual é um processo que ocorre quando qualquer agente educativo informa as crianças e adolescentes sobre aspectos relacionados com a sexualidade contribuindo para o seu desenvolvimento como homens e mulheres, capazes de tomar decisões ao nível da sexualidade e de se responsabilizarem por essas tomadas de decisões (Amor Pan, 1997).

Nunca é demais referir que educar para a sexualidade implica não só informar sobre aspectos biológicos e sexuais, mas discutir valores do domínio socioafetivo que emergem no processo de socialização, quer através da família, quer na escola e em todo o ambiente social em que a criança/jovem participa e se insere (López, 2005). Educar para a sexualidade é, acima de tudo, educar para a cidadania (Fernandes, 2006).

### Referências bibliográficas

- Amor Pan, J. R. (1997). **Afectividad y Sexualidad en la Persona con Deficiencia Mental**. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Costa, A. J. (2006). **A educação sexual numa perspectiva de educação para a saúde**. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6284/3/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20de%20Mestrado.pdf>
- Dias, A. & Bueno, S.M.V. (2003). Programa educativo sobre sexualidade, DST/AIDS e sexo seguro, desenvolvido junto aos alunos do curso técnico de enfermagem: um relato de experiência. **Nursing**, 58(6),14-21.
- Fernandes, A. M. (2006). **Projecto SER MAIS: Educação para a sexualidade online**. Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Fernández, M. V. C., Fernández, M. L., Foltz, M. L., Mangana, A. M. N., & Castro, Y. R. (2007). Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, 7 (3), 739-751.
- Gironde, B., Nothhaft, S. & Mallmann, F. (2006). A metodologia problematizadora utilizada pelo enfermeiro na educação sexual de adolescentes. **Cogitare Enfermagem**, 11(2), 161-165.
- Hayter, M., Piercy H., Massey, M.-T., & Gregory, T. (2008). School nurses and sex education: surveillance and disciplinary practices in primary schools. **Journal of Advanced Nursing**, 61 (3), 273-281.
- Hird, M. J. (2003). Thinking about 'sex' in education. *Sex Education*, 3 (3), 187-200.

- Kakavoulis, A. (2001). Family and sex education: a survey of parental attitudes. **Sex Education**, 1 (2), 163-174.
- Lemos, M. E. (2002). O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis. **Sexualidade & Planeamento Familiar**, 33, 43-50.
- López, F. (2005). **La educación sexual de los hijos**. Madrid: Pirámide.
- López, F., & Fuertes, A. (1999). **Para compreender a sexualidade** (António Marques e Lurdes Silva). Lisboa: APF (originalmente publicado em 1989).
- Loza, S. M. & Gómez-Masqueo, E. L. (2008). Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual. Una experiencia con adolescentes en escuelas públicas. **Revista Mexicana de Investigación Educativa**, 13, 203-222.
- Marques, A. M., Vilar, D., & Forreta, F. (2002). **Educação sexual no 1º ciclo: um guia para professores e formadores**. Lisboa: Texto.
- Milton, J. (2003). Primary school sex education programs: views and experiences of teachers in four primary schools in Sydney, Australia. **Sex Education**, 3 (3), 241-256.
- Nodin, N. (2001). Avaliação da eficácia da educação sexual em meio escolar. **Sexualidade & Planeamento Familiar**, 32, 43-44.
- OMS (2002). **Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health**. Genebra: Autor.
- Paiva, V. (2000). **Fazendo arte com camisinha: Os dilemas da sexualidade dos jovens em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus.
- Ramiro, L., & Matos, M. G. (2008). Percepções de professores portugueses sobre educação sexual. **Revista Saúde Pública**, 42 (4), 684-692.
- Ramiro, L., Matos, M. G., & Vilar, D. (2008). Factores de sucesso da educação sexual em meio escolar. **Educação Sexual em Rede**, 3, 8-13.
- Ramos, R. D., Eira, C., Martins, A., Machado, A., Bordalo, M., & Polónia, Z. (2008). Atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens em Matosinhos. **Arquivos de Medicina**, 22 (1), 3-15.
- Sanches, I. (2005). Compreender, agir, mudar, incluir. Da investigação-acção à educação inclusiva. **Revista Lusófona de Educação**, 5, 127-142.
- Sousa, A. P., Soares, I., & Vilar, D. (2007). Lessons learnt from a secondary school sex education program in Portugal. **Sex Education**, 7 (1), 35-45.
- Southard, N. Z., & Keller, J. (2009). The importance of assessing sexuality: A patient perspective. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, 13 (2), 213-217.
- Veiga, L., Teixeira, F., Martins, I., & Melo-Silvestre, A. (2006). Sexuality and human reproduction: a study of scientific knowledge,

behaviours and beliefs of Portuguese future elementary school teachers. **Sex Education**, 6 (1), 17-29.

- Vilar, D. (2001). Educação Sexual ou proselitismo moral? **Sexualidade & Planeamento Familiar**, 31, 3-4.
- Vilar, D. (2002). Contributos para a história da educação sexual em Portugal. In A. Marques, D. Vilar & F. Forreta (org.) **Educação sexual no 1º ciclo: um guia para professores e formadores** (p.15-23). Lisboa: Texto.
- Vilar, D. (2003). "Mass Media" e Sexualidade. **Sexualidade & Planeamento Familiar**, 36, 13-14.
- Vilar, D. (2005). A educação sexual faz sentido no actual contexto de mudança? **Educação Sexual em Rede**, 1, 8-15.
- Vilar, D. (2008). Resultados da conferência de colónia sobre educação sexual dos jovens numa Europa multicultural. **Educação Sexual em Rede**, 4, 4-17.
- Zapiain, J. G. (2002). Educação afectivo-sexual. **Sexualidade & Planeamento Familiar**, 35, 33-38.



Guardando um segredo que não é meu: abuso sexual intrafamiliar  
*Keeping a secret that is not mine: intrafamiliar sexual abuse*

Marisalva Fávero<sup>6</sup>  
Luciana Carvalho<sup>7</sup>  
Amaia DelCampo<sup>8</sup>

## Resumo

O abuso sexual é um fenómeno social profundamente enraizado na prática cultural, económica e social de todo o mundo. Pode ter um impacto perturbador em diversas áreas da vida, podendo fomentar variadas dificuldades no desenvolvimento relacional com o outro, bem como, enviesar a construção de um plano de vida saudável quando adultos. Com este estudo pretendeu-se analisar a dinâmica do abuso sexual intrafamiliar, nomeadamente as percepções e implicações na vida de duas vítimas de abuso sexual infantil intrafamiliar – mãe e filha. O estudo foi feito através de diferentes técnicas no sentido de triangular a informação (relatos biográficos, observação participante, análise de processos) a duas vítimas (mãe e filha) de abuso sexual intrafamiliar. Da análise de conteúdos emergiram os seguintes temas: silêncio, transgeracionalidade e adoção de um padrão de segurança.

**Palavras-chave:** Abuso sexual infantil; Intrafamiliar; Transgeracionalidade

## Abstract

Sexual abuse as a social phenomenon deeply rooted in cultural, economic and social practice around the world, may cause a disruptive impact on many areas of life, and may encourage different challenges in interpersonal relationship, as well as skew the construction of a plan for healthy living as adults. This study seeks to understand and reflect on the dynamics of intrafamiliar sexual abuse, including insights and implications on the lives of two victims-a mother and a daughter.

We used different techniques to collect data that complement each other in order to triangulate information (biographical accounts, participant observation, documents) of the two victims (mother and daughter) of sexual abuse within their family. From the content and discourse analysis

---

6 Psicóloga, Sexóloga, Psicodramatista/Docente Universitária no Instituto Superior da Maia; Investigadora na UNIDEP/Maia e CINEICC/Coimbra/Portugal

7 Psicóloga/Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

8 Psicóloga, Sexóloga/Docente Universitária na Universidade de Salamanca; Investigadora na UNIDEP/Maia e CINEICC/Coimbra/Portugal

Endereço para correspondência: mfavero@ismai.pt

of the interviews were explicit and theoretically integrating some dimensions that have been organized around four themes: silence, transgenerationality and adoption of a security pattern.

**Keywords:** Child sexual abuse, intrafamiliar; transgenerationality

### **Introdução<sup>9</sup>**

O abuso sexual intrafamiliar é uma realidade sistematicamente silenciada e esquecida e sendo uma forma de maltrato infantil, tem características específicas diferentes das demais manifestações de maltrato, gerando sentimentos ambivalentes e negativos de grande intensidade nas vítimas.

É um problema social cuja magnitude só há poucos anos começou a ser reconhecida. Apresenta grandes obstáculos na plena aceitação da sua existência pela sociedade em geral, principalmente pela sua ocorrência no seio da família, um espaço tradicionalmente inviolável (Carlson, 2006; Wakefield, 2006).

A nossa experiência profissional permite-nos constatar as dificuldades dos profissionais em matérias de infância e juventude em trabalhar estas situações de abuso sexual intrafamiliar, sobretudo pela falta de formação (Sousa & Fávero, 2011).

Os estudos apontam para a maior frequência do abuso intrafamiliar do que extrafamiliar (Magalhães, 2005), sendo mais comum o incesto entre irmãos (Finkelhor, 1979; Justice & Justice, 1979; Wiehe, 1998). Cyr, Wright, McDuff e Perron (2002), compararam três grupos de crianças do sexo feminino vítimas de abuso sexual por irmãos, pais e padrastos, e encontraram diferenças nas características do abuso sexual (eg., a penetração é muito mais frequente no incesto por parte dos irmãos, tendo-se verificado em 70,8%) mas não nas consequências.

No entanto, o abuso intrafamiliar pode ser mais grave, pois, devido a maior acessibilidade às vítimas e a maior dificuldade de revelação, tende a prolongar-se no tempo, verificando-se uma maior frequência dos episódios abusivos (Fischer & MacDonald, 1998). As mesmas razões explicam a maior juventude das vítimas em comparação aos abusos perpetrados por pessoas desconhecidas (Fischer & MacDonald, 1998).

O abuso sexual intrafamiliar foi durante muito tempo e, na maior parte dos casos, ligado a vítimas do sexo feminino. No entanto, os estudos científicos e a prática clínica demonstram que o abuso sexual é igualmente infligido aos meninos. Estes últimos revelam menos, sobretudo se o agressor for uma pessoa do mesmo sexo, pelo receio ou a fantasia da

---

<sup>9</sup> \*Para uma maior fluidez da leitura optamos por excluir as denominações genéricas (os/as) entendendo-se incluídos todos os gêneros.

homossexualidade, tornando o sofrimento mais passível de ser aprisionado (Strecht, 2001).

### **Estrutura familiar e características do abusador**

Os elementos que se encontram presentes no contexto familiar em que ocorreu um abuso sexual intrafamiliar descrevem o terreno onde se podem desenvolver problemáticas de incesto. Têm-se em conta os aspectos psicológicos, materiais e sociais que parecem constituir o fundo comum dos sistemas familiares afetados, assim como o perfil psicológico dos protagonistas (pai, mãe e filhos) (Perrone & Nannini, 2002).

A estrutura familiar facilitadora do abuso sexual poderá apresentar variadas características (Alberto, 2006; Azevedo & Maia, 2006). Em muitos dos casos, a mãe é sabedora deste abuso, mas não o assume e não protege a criança com receio de destruir o seu próprio casamento ou sofrer represálias por parte do agressor. Nestes casos, as mães não oferecem abertura para a revelação e reorganizam o silêncio quando os filhos o tentam, o que gera sentimentos de desesperança e desamparo.

Fergusson e Mullen (1999) indicam que a o abuso intrafamiliar é caracterizado por situações severas e repetidas, estando os padrastos em risco superior de se tornarem agressores comparativamente aos pais naturais.

Outra questão de relevância está relacionada com as famílias aparentemente bem estruturadas, que exibem um perfil «normal», em que a revelação do incesto ou abuso sexual expõe a disfunção preexistente. A particularidade destas famílias é oferecer ao exterior uma imagem de bem-estar, sendo requerido às crianças uma colaboração ativa. Neste tipo de famílias vigora uma verdadeira tirania que, regra geral, é exercida muito diretamente pelo pai e que se baseia na lei do silêncio de todos os membros (Perrone & Nannini, 2002). Às revelações está atribuído um forte sentido de perigo, que podem fazer estalar a estrutura familiar.

No que concerne ao abusador, os pais constituem os abusadores mais comuns de raparigas, seguindo-se outros homens da família, tais como tios, irmãos e avós (Carlson, 2006; Fávero, 2003). As pessoas que convivem com a criança casualmente, como os vizinhos ou amigos da família, são o grupo seguinte mais frequente, seguindo-se os estranhos.

### **O segredo mais bem guardado: o abuso sexual como fenómeno de silêncio**

*É impossível calar o que se aprende a escutar.  
Como podem bocas feitas de silêncio manter-se  
invioláveis? (Strecht, 2001, p.17)*

Embora o abuso sexual intrafamiliar sobre menores constitua, atualmente, uma das principais prioridades políticas, devido ao número crescente de denúncias efetuadas, subsistem ainda muitas dificuldades

por parte dos profissionais que trabalham com esta problemática no sentido de prevenir e o desvendar no seio das famílias. Na maioria das vezes prevalece o silêncio quer por parte da vítima quer pela própria família que não se mostra receptiva em denunciar um dos seus elementos e desta forma expor-se perante a sociedade (Fávero, 2009). A ocultação é uma das principais características do abuso sexual, tendo Furniss (1993) se referido à existência de um "síndrome de segredo" desenvolvido principalmente nos casos de abuso sexual intrafamiliar continuado.

O abuso sexual, ocorrido no seio familiar, é vivido sob a forma de segredo partilhado onde, para além da vítima e do agressor, podem coabitar os cúmplices (Azevedo & Maia, 2006). Cordeiro, em referência ao incesto realçou que "o silêncio é, passe o paradoxo, uma comunicação entre os elementos da família. Mas o silêncio acaba por rebentar sob a forma de fuga para a frente ou fuga para trás" (1997, as cited in Azevedo & Maia, 2006, p. 37).

Por isso, as crianças vítimas de abuso sexual, além de experienciarem sentimentos de culpa e vergonha, que as inibe de falar, não falam para não prejudicarem o abusador, não provocarem a desagregação familiar ou com receio de serem castigadas, desacreditadas ou não serem defendidas. Crianças mais velhas podem sentir-se envergonhadas com o incidente, principalmente se o abusador é alguém da família (Hirata, 2003).

As crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar revelam menos vezes e, nos casos em que o fazem, o tempo que decorre entre o abuso e a revelação é superior (Carlson, 2006; DeVoe & Faller, 1999; Goodman-Brown et al., 2003).

### **Enquadramento metodológico**

É com base em dois acontecimentos distintos no espaço, com um mesmo abusador, familiar integrante no agregado, primeiramente no papel de irmão e mais tarde como tio, que pretendemos focar este estudo.

O estudo de caso que aqui será apresentado foi acompanhado durante seis anos. Foi no contato direto com a realidade de Marina e no seu esforço, muitas vezes dificultado pela ausência de apoio familiar, em proteger a filha como nunca a sua mãe o fez por si, conseguindo-o com sucesso, que nos incentivou para este estudo.

As participantes, Marina e Francisca, mãe e filha (nome fictícios) foram acompanhadas em intervenção psicossocial no âmbito da medida do Rendimento Social de Inserção e pelo serviço da segurança social da área de residência da família pela investigadora que recolheu os dados.

Neste âmbito, foi elaborado um plano com vista a inserir a progenitora no mercado de trabalho, manutenção das consultas de psiquiatria e psicologia, pois a mesma era adulta e nada se podia fazer quanto à questão do abuso sexual. Na data, os pais foram sensibilizados para proteger a filha. No entanto, e sobretudo a mãe, não acreditaram na

versão da filha e protegiam o abusador. Quando a Francisca nasceu o plano de inserção passou a incidir sobre a salvaguarda do seu bem-estar. Posteriormente, a tentativa de abuso sexual à menor pelo tio foi sinalizada pelo jardim-de-infância à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), e foi no âmbito da CPCJ que a progenitora e a filha foram retiradas do agregado, onde residiam com o abusador.

### **Objetivos do estudo**

O abuso sexual de crianças não é um fenómeno novo. Sempre existiu, envolto em silêncio e ocultado como segredo no seio das famílias. Por esta mesma razão tem sido um dos grandes tabus sociais da nossa história.

Nos estudos existentes centrados especificamente nas crianças, verifica-se que a maioria se centra no abuso sexual perpetuado pelo progenitor. No presente estudo, o agressor é irmão da vítima, a agressão ocorreu desde a infância até à maioridade e o agressor, posteriormente, abusou sexualmente da sobrinha, filha da vítima. Estamos, portanto, diante de um abuso repetido na mesma família.

Com este estudo pretende-se refletir sobre a dinâmica do abuso sexual intrafamiliar, nomeadamente as percepções e implicações na vida de duas vítimas de abuso sexual infantil intrafamiliar – mãe e filha. Mais concretamente, as dinâmicas internas e externas ao abuso, os significados atribuídos pelas participantes do suporte/apoio familiar, da revelação e do encaminhamento. E deste modo, apreender a interação de aspectos do funcionamento da família nuclear que vulnerabilizaram mãe e filha para a experiência de agressão sexual pelo mesmo agressor.

Atendendo a que se tratava de uma situação ainda recente e a criança não se mostrava disponível para relatar o episódio, realizamos observação direta em todo o processo envolvente a sinalização do abuso sexual da menor e obtivemos outras informações através do discurso direto da mãe.

### **Metodologia**

Optou-se pela adoção de um desenho metodológico de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, uma vez que a matéria-prima da investigação provém dos interlocutores deste estudo, com as suas falas e suas memórias. Uma das pesquisadoras esteve em contato direto com a realidade destas interlocutoras, observando, descrevendo e analisando toda a gama de informações e manifestações presentes no grupo familiar e seu quotidiano. Por seu lado, a opção pelo Estudo de Caso, decorre do interesse da investigação naquilo que é único e particular do objeto pesquisado (Coutinho & José, 2002).

### **Recolha de dados**

Foram utilizadas diferentes técnicas de recolha de dados que se complementam com o objetivo de triangular a informação (relatos biográficos, observação participante, documentos), permitindo olhar a realidade e dar voz às participantes através da análise do conteúdo.

Para a análise dos dados optou-se pela metodologia qualitativa de Grounded Theory, sendo que o investigador parte para o material sem nenhuma categoria definida, seguindo um processo de teoria “fundada” (Grounded) no material que vai recolhendo. São os dados recolhidos que vão orientar a formulação conceptual, seguindo um raciocínio indutivo de cariz fenomenológico (Ribeiro, 2009).

O material empírico recolhido na entrevista foi integralmente transcrito e submetido à análise do discurso, método que se preocupa com o modo como a linguagem constrói os objetos, os sujeitos, a subjetividade e o self (Willig, 1999 as cited in Nogueira, 2001).

### **Procedimentos**

Em primeiro lugar, solicitamos a autorização das instituições para a realização de uma investigação sobre o abuso sexual intrafamiliar, permitindo para o efeito abordar a utente e no caso de ela concordar, realizar uma entrevista semiestruturada e consultar os seus processos e o da sua filha.

Numa das consultas de psicologia da participante mãe, Marina, foi-lhe perguntado se aceitava participar na investigação e, como tal, se autorizava a consulta e análise dos seus processos e os da sua filha nas instituições envolvidas na promoção e proteção. A utente assinou um documento de consentimento (Modelo de Helsínquia, 2000) para si e para a sua filha. As entrevistas foram realizadas no próprio Centro, fora dos momentos de consulta.

Os processos de ambas as participantes foram consultados e os registos realizados em local privado.

### **Caracterização das participantes**

Marina tem 33 anos, frequenta um curso de formação profissional que lhe dará equivalência ao 9º ano de escolaridade. Como consequência dos abusos sofridos foi seguida em consulta de psiquiatria com um quadro clínico compatível com “Perturbação adaptativa com alterações mistas da afetividade e do comportamento, num contexto de uma personalidade de forte cariz neurótico, com marcada baixa resistência ao stress e conflito”, o que motivou a internamentos sucessivos.

Francisca tem 8 anos e frequenta o 2º ano da escola primária.

Ambas frequentam consultas de psicologia e a mãe frequenta consultas de psiquiatria num Hospital.

## **Apresentação e análise dos resultados**

Para a análise dos dados, enquadrámos o abuso sexual intrafamiliar dentro do contexto sócio-económico em que ele se gerou, dos padrões de influência culturais, das questões de género e dentro de uma visão transgeracional, sem perder de vista o seu carácter jurídico, que o configura no código penal português como um crime contra a autodeterminação sexual.

Da leitura das entrevistas retirámos a unidade principal de análise e as subunidades. A unidade principal foi o *percurso das participantes na família nuclear de Marina, a mãe*; as subunidades de análise foram i) Percursos de vida de Marina e de Francisca; ii) Vivência do Abuso Sexual; iii) A filha é vítima- a mãe revive a sua própria história; iv) Expectativas e desejos/medos em relação ao futuro, das quais retirámos 3 temas: *silêncio; transgeracionalidade; padrão de segurança*.

Os dados serão apresentados e descritos, recorrendo-se a verbalizações da entrevistada, que contribuem para uma integração mais facilitada do processo indutivo e interpretativo realizado.

### ***Percursos de vida de Marina e de Francisca***

Oriundas de um meio rural, social e economicamente desfavorecido, caracterizado por um agregado familiar de grande dimensão (casal e 14 filhos, 6 meninas e 8 meninos), cujos rendimentos provinham da agricultura de subsistência e da prestação pecuniária do Rendimento Social de Inserção.

Apesar da situação social do agregado e tal como refere Marina “Os meus pais (...), apesar de viverem da terra, nunca nos faltou nada. (...) Nunca passamos fome”.

O seu percurso escolar decorreu até completar o 6º ano de escolaridade, e como era usual nos meios rurais, desde cedo começou a ajudar os pais nos trabalhos agrícolas. Após abandonar a escola iniciou a sua atividade laboral num restaurante “(...) porque queria fugir de casa, que é mesmo assim” e, posteriormente como empregada fabril.

O ambiente familiar era pautado por uma educação rígida, fechada, sem a partilha de experiências pessoais. O progenitor nunca teve um papel ativo na educação dos filhos, delegando essa função na esposa que, por sua vez, responsabilizava os filhos mais velhos pela educação dos mais novos “(...) vinha da escola, com os meus 8/9 anos (...) e ficava em casa a tomar conta dos meus irmãos mais novos, e a arrumar a casa, e a lavar a roupa (...). Os meus pais chegavam só do campo por volta das dez da noite”. Na relação de filiação, havia uma nítida preferência por alguns filhos em prol dos restantes por parte da mãe. Por outro lado, a imagem que a família passava para o exterior era incongruente face ao que, na realidade, ocorria no seu interior.

Marina recorda a sua infância como sendo triste, “(...) a tomarmos conta uns dos outros, andarmos nos campos com os meus pais”. A

recordação mais alegre da sua adolescência é a saída de casa do seu irmão mais velho (primeiro abusador) quando casou, "Ainda me recordo como se fosse hoje, a minha alegria de o ver sair de casa".

Durante a sua adolescência, teve alguns relacionamentos casuais, pois o irmão reagiu mal "(...) todas as vezes que arranjava um namorado, ele metia-se sempre no meu namoro (...) Eu convenci-me que ele não queria que andasse com ninguém, porque achava que eu era propriedade dele".

Na fase adulta engravidada de um companheiro "(...) por vontade própria mesmo, para ver se saía dali daquela casa" e sai de casa para viver com o mesmo. Contudo, "as coisas não davam certas porque ele, consoante recebia, ficava sempre sem dinheiro... E eu via-me naquela situação, de estar grávida e ter consciência que ia ter uma criança, (...) Um dia tivemos uma chatice por causa de um irmão meu e eu disse-lhe que não conseguia viver com ele e ia voltar para casa dos meus pais". Onde permaneceu com a filha até há cerca de dois anos, apesar de a própria referir ser "(...) a pior coisa que eu fiz, foi voltar para casa dos meus pais". Também aqui estava presente o sentimento de proteção para com as irmãs mais novas "Mas como eu também queria defender as minhas imãs, para que nada lhes acontecesse".

### ***Vivência do Abuso Sexual***

Marina tinha cerca de 6 anos quando o seu irmão mais velho abusou sexualmente de si "(...) tive os meus problemas com os meus dois irmãos (...) mais velhos (...) porque começaram a abusar de mim. Desde que me recordo, talvez dos meus seis anos para cima, início da escolaridade (...) abusou de mim, talvez, umas quatro ou cinco vezes, não sei. (...) quando nós íamos apanhar o feijão (...) calhava sempre, a infeliz, de ir sozinha. E ele ia ao meu encontro e depois abusava de mim". Contudo, este não foi o único abusador: "Estou convencida que o outro meu irmão se tenha apercebido de algo e depois achou que, se ele podia fazer, também podia fazer o mesmo". Após a saída do irmão mais velho de casa, "Casou, talvez tinha 20/21 anos (...)", manteve-se o abuso por parte do outro irmão, "O outro já fazia coisas (...) tentava esconder-me, às vezes, várias vezes, mas tinha os meus irmãos mais novos, pequeninos, para tomar conta, não os podia deixar sozinhos".

Estas situações sempre foram mantidas em segredo por Marina, embora refira que a mãe "(...) se apercebia das coisas. Porque ela ouvia-me a gritar durante noite, a chorar na cama e, a empurrá-lo da cama para fora e, ela ligava a luz do quarto dela e, eu saía da cama e, a minha mãe vinha muitas vezes...E eu quantas vezes, fazia que estava a dormir e, ela apanhava as cuecas do chão, que ele me tinha tirado, vestia-mas e fazia de conta como se nada fosse". Sem coragem para revelar ela própria a situação, Marina "(...) fingia que estava a dormir porque era, não sei, vergonha, desespero, não sei, eu naquele momento sentia mais, odiava-

me mais a mim do que ao meu irmão.” Apesar deste sentimento de culpa e vergonha, Marina com o decorrer do tempo começou também a culpabilizar a mãe porque não sentia da parte desta a mesma proteção que dava às outras filhas, “Porque se as minhas irmãs mais novas dormiam num quarto que tinha porta e que tinha chave para fechar, para elas fecharem, eu e a minha irmã mais nova (...) também podíamos dormir lá nem que fosse no chão”. É de salientar que, tratando-se de uma habitação rural, o quarto da vítima que partilhava uma irmã e um irmão de 6 anos não tinha porta, apenas uma cortina que servia para o mesmo efeito. Estes, de acordo com Marina, nunca se aperceberam do sucedido “Porque ele fechava-me a boca. Quantas vezes eu acordava e ele já me estava a penetrar. Quantas vezes.”

Os abusos perpetuaram-se. Aos 18 anos, Marina iniciou a uma atividade profissional só regressando a casa aos fins de semana, o que contribuiu para que os abusos se tornassem mais esporádicos, apesar de “(...) lá não conseguia estar bem porque pensava nas minhas irmãs que estavam em casa e que podia acontecer alguma coisa”.

Por volta dos 20/21 anos de idade começou a relevar alguns sintomas: “Não conseguia dormir, dores de cabeça muito fortes e, dava-me desmaios porque eu não me alimentava como devia ser (...) não conseguia aguentar mais aquela situação (...) culpava-me a mim própria por não conseguir evitar que aquilo acontecesse (...)”. Esta situação levou-a a um internamento hospitalar em psiquiatria, onde por aconselhamento médico, revelou aos pais os abusos de que era vítima há vários anos, mencionando apenas a vitimação por parte de um dos abusadores: “(...) só falei do meu irmão mais novo, não falei do mais velho (...) organizou a vida dele e (...) se falasse, a mulher podia deixá-lo ficar, e a minha mãe, apesar de tudo, ia-lhe abrir as portas para ele entrar e as coisas ainda iam ser piores”.

Aqui está patente o longo período de tempo de manutenção do segredo e as dificuldades de revelação associados a casos de abuso intrafamiliar.

A reação dos pais, o apoio e o suporte, não foram compatíveis com as expectativas que Marina ansiava quando fez a revelação “(...) o meu pai disse que iam ver o que podiam fazer. A minha mãe começou a chorar, apesar de já saber o que se passava, não é? Talvez por vergonha de eu ter contado, estou convencida que foi por isso que ela começou a chorar. Não por saber que eu tinha sido violada pelo próprio irmão, mas pela vergonha que era”.

Para a família aceitar e integrar esta experiência, implicaria a imposição de várias decisões que poderiam alterar de forma decisiva a estrutura familiar. No presente caso, após a revelação, “(...) a minha mãe prevenia-se e pôs porta no quarto com chave, e nós fechávamos por dentro a porta”. Contudo, e apesar de não serem tão frequentes, os abusos ainda se mantiveram “(...) a minha mãe levava sempre uma chave

da porta para o outro lado e, ele às vezes apanhava-lhe a chave, e vinha para lá tentar”.

Este assunto nunca foi mais conversado no agregado ou partilhado pela vítima com as irmãs, embora, sentisse que as irmãs mais velhas também sofreram igualmente abusos por parte dos irmãos. Esta confirmação apenas lhe foi passível recentemente, numa conversa entre irmãs, em que a mais velha terá referido “(...) que eu não consegui ultrapassar a «coisa» porque - «conosco, infelizmente, também nos aconteceu o mesmo, só que tu não conseguiste ultrapassar como nós ultrapassamos (...) tu não conseguiste ser forte como nós. Conosco, talvez, fosse uma ou duas vezes e a ti foram mais vezes porque não conseguiste ser forte. Como eras fraca, eles então aproveitaram-se mais de ti do que de nós»”.

A situação de abuso por parte deste irmão cessou a partir do momento em que Marina saiu de casa para viver com o namorado. Após ter regressado à casa da família, grávida, o irmão não voltou a perpetuar os abusos “(...) nunca mais abusou de mim porque nunca lhe dei liberdade para isso, não sei, talvez por estar grávida, sentia-me com mais força”. No entanto, o irmão mais velho que, já era casado, numa das visitas à casa da família, “Durante a gravidez, ele abusou de mim, o meu irmão mais velho. Eu estava sozinha em casa, estava grávida para aí de 6, 7 meses, e ele chegou lá (...) eu estava no quarto, só que a minha irmã tinha deixado a chave da porta da sala para fora, (...) quando eu vi que ele chegou lá no carro, desci abaixo da cama que era para vir tirar a chave da porta, meter por dentro e fazer de conta que não estava lá ninguém. Só que quando eu vinha a abrir a porta, ele já estava lá à porta, abriu-a ele (...)”.

Esta foi a última vez que Marina sofreu qualquer abuso por parte dos irmãos. Contudo, continuou sempre a preocupar-se com as irmãs mais novas porque “(...) tinha medo pelas minhas irmãs, porque se ele não abusava de mim ia tentar com as minhas irmãs.” Pelo que, tentou protegê-las e com receio que lhes acontecesse o mesmo decidiu contar-lhes o que se passou consigo. No mesmo momento, a mãe também teve conhecimento através de uma das filhas e “(...) disse que eu estava a mentir e que ele não fazia isso (...) és maluca (...)”. Tal como referido por Perrone e Nannini (2002), a particularidade desta família é a discrepância entre a imagem que mostra ao exterior e a que ocorre no seu interior. Ou seja, passar para o exterior uma imagem de bem-estar é uma obrigação para todos os elementos “(...) eles (restantes irmãos) quando souberam (...) disseram «não andes a dizer isso, parece mal, é vergonha»”.

O abuso sexual de Marina nunca foi denunciado a uma autoridade judiciária, manteve-se sempre, como definem Azevedo e Maia (2006), detrás dos muros de silêncio das famílias.

### ***A filha é vítima- a mãe revive a sua própria história***

Já sem sofrer abusos por parte dos irmãos, Marina continuou a residir no agregado familiar dos progenitores, conjuntamente com uma irmã, a qual continuava a tentar proteger, e o irmão abusador. Este, devido a graves problemas de saúde (tuberculose e alcoolismo crónico) ainda se mantinha em casa dos pais e sempre sob a proteção da mãe.

Marina teve a sua filha Francisca aos 27 anos de idade, continuava a ser acompanhada em Psiquiatria e tinha como rendimentos a prestação pecuniária do Rendimento Social de Inserção (RSI), o Abono de Família e a Pensão de Alimentos que provinha do Fundo de Garantia da Segurança Social, pois o pai da Francisca não visitava a filha e nunca contribuiu para o seu sustento.

Atendendo à história de abuso sexual que vivenciou e com receio pela filha, Marina sempre a tentou proteger do tio, contando com a ajuda da irmã mais nova, com a qual Francisca mantinha uma ótima relação.

Aos cinco anos de idade da menor, à partir de uma denúncia anónima a Polícia Judiciária (PJ) recolheu informações junto do jardim de infância que a menor frequentava, da Equipa Técnica do RSI e de Marina que contou a sua história de vida. Contudo, tal como refere Marina, a PJ também "(...) quis falar com a minha irmã mais nova. Desconfiaram que tivesse acontecido também à minha irmã mais nova, mas a minha irmã mais nova, já das tentativas do meu irmão, ela negou sempre, diz que ele nunca lhe fez mal nenhum (...) nunca revelou com medo da minha mãe (...)".

Das diligências efetuadas pela PJ não foram detectados indícios de qualquer ato sexual e/ou de abusos sexuais à menor, pelo que se determinou o arquivamento dos autos e foi remetido cópia do relatório final para a CPCJ para acompanhar o agregado.

Foi no decorrer deste processo que Francisca revelou à mãe a sua situação: "Um dia estávamos na cama as duas e eu perguntei-lhe, estava para ir à CPCJ, qualquer coisa e ela disse - «Mãe, eu tenho uma coisa para te dizer» e eu - O quê filha? foi quando ela disse - «O tio tirou-me as calcinhas e pôs-me a mão no meu bibi. Oh mãe! não se faz isso, pois não?» - e eu disse - Não, filha (...) E ele só te fez isso? - e diz ela - «Só»".

A posição dos avós foi mais uma vez em defesa do abusador, não dando qualquer apoio ou suporte à filha e à neta: "Puseram-se do lado dele, (...) acusarem a dizer que fui eu que pedi à menina para dizer, que era eu que dizia para sairmos de casa, estas coisas assim (...) que era mentira que ele não fazia mal a ninguém".

Após a sinalização de vitimação da filha, Marina relatou todos os fatos às Técnicas da CPCJ, histórias que foram corroboradas pela filha. Quando o abusador é alguém da família, com fácil acesso à criança, é aconselhável a retirada do agressor do contexto familiar enquanto a intervenção não assegura a segurança da criança. Contudo, no presente caso, e atendendo a que as afirmações de Francisca foram desvalorizadas

pela família alargada porque “mentiu”(sic), foi necessário proceder à sua retirada da família, conjuntamente com a mãe, para uma Casa Abrigo. Após a fase de adaptação por parte de ambas ao novo espaço, Francisca revelou à mãe mais pormenores do abuso “«Mãe, o tio não me pôs só a mão, pôs também a pilinha dele» – e eu perguntei-lhe se lhe tinha magoado e ela disse – «Não mãe, porque ele pôs mas tirou logo, porque ele ouviu barulho e tirou logo». Tal como sucedeu com Marina, também Francisca manteve o segredo por um longo período de tempo, pois o abusador, sendo alguém que a criança conhece e gosta e confia, acaba quase sempre por convencê-la a não falar. Neste caso, por meio de persuasão, dizendo à menor “«para eu não dizer a ninguém, porque aquilo que se fazia era normal fazer, que era como se fazia na televisão»”.

Se por um lado, Francisca queria contar, por outro, tinha receio de não acreditarem nela e sentia culpa por ter acusado» o abusador: “Eu acho que ela, por um lado, queria vê-lo bem, mas por outro lado acha que ele lhe fez mal”. Francisca sentiu-se revoltada com o tio e por estar a ser punida quando não fez nada para o merecer “«Não era eu que devia ter saído, era o tio, porque ele é que foi o mau». (...) eu sinto que a minha filha se sente culpada por aquilo que aconteceu (...) tem medo que os meus pais digam que ela é que é a culpada disso ou daquilo”.

Durante o acolhimento na Casa Abrigo o suporte e o apoio da família continuaram precário ou mesmo inexistentes. Em termos clínicos, ambas mantiveram consultas na especialidade de psicologia e a mãe de psiquiatria.

A nível social continuaram a ser acompanhadas no âmbito do processo de promoção e proteção pela CPCJ, em colaboração com as Técnicas da Casa Abrigo, que apoiaram na definição de um projeto de vida para ambas. Foi com esta cooperação que, Marina e Francisca, reorganizaram a sua vida, sendo que atualmente residem numa casa arrendada numa cidade a 24 km da casa dos pais. Os pais/avós visitam-nas esporadicamente, continuando a não aceitar o fato da neta não os poder visitar – o abusador continua a viver na casa dos pais. Apenas duas irmãs mantêm contatos regulares com Marina e Francisca.

### ***Expectativas e Desejos/Medos em relação ao Futuro***

No decorrer de todo o processo judicial, Marina desenvolveu um conjunto de expectativas quanto ao seu futuro e ao da sua filha, englobando diversos domínios da sua vida, tais como, acontecimentos na família, o percurso escolar/profissional, as relações interpessoais, a estabilidade familiar: “Eu agora sinto que estou bem com a minha filha. Sinto que também não preciso de certas ajudas da minha família e, sinceramente, sinto que já devia ter feito esta coisa há mais tempo, que já devia ter saído da casa dos meus pais há mais tempo. E não ter sido preciso acontecer o que aconteceu”.

Marina pretende completar o curso de formação profissional que se encontra a frequentar e iniciar uma atividade laboral, de forma a adquirir satisfatoriamente a sua independência económica.

No que toca à sua vida pessoal apresenta alguma dificuldade em se projetar no futuro. Apesar de atualmente manter um relacionamento afetivo, não o quer dar a conhecer à sua filha, pois esta não aceita que tenha um namorado "(...) porque tem aquele receio que eu a deixe ficar". Por outro lado, receia que a filha volte a ser vítima: "(...) tenho medo pela minha filha. (...) Penso muitas vezes, se o meu irmão, que era daqui teve coragem de fazer aquilo, um homem de fora também pode ter".

Face a si própria também apresenta os seus medos. Medo de que os abusos sofridos a possam limitar nas suas relações afetivas "Porque tem certos momentos que, não sei, vem-me à cabeça os meus irmãos, o que eles me fizeram. Eu acho que nunca vou conseguir ter uma relação, assim, séria com um homem". Reconhece que ainda não conseguiu ultrapassar esta parte da sua história e que a solução é "(...) mudar por mim própria. Mas é difícil. Eu, às vezes, estou com ele e imagino que estou com o meu irmão".

Ainda hoje se sente culpada, "Por não ter falado há mais tempo, quando tive a liberdade, quando fui trabalhar para o restaurante, por não ter feito ali a minha independência, já tinha os meus dezoito anos. (...) Por um lado, valeu o sofrimento que eu passei por ter a minha filha hoje. Eu digo, muitas vezes, que é graças à minha filha que ainda estou aqui".

### **Análise de conteúdo: temas.**

#### *Tema 1: Silêncio*

##### *A mãe como da vítima, mantendo o silêncio*

Quando Marina foi vítima não foi feita denúncia, manteve-se o segredo dentro da família "A minha mãe...onde estivemos a morar na primeira casa, estou convencida que ela... nunca se tenha apercebido. Mas, quando viemos para a outra casa que, eu tinha os meus 13, 14 anos, estou convencida que ela se apercebia das coisas. Porque ela ouvia-me a gritar durante a noite, a chorar na cama e, a empurrá-lo da cama para fora e, ela ligava a luz do quarto dela e, eu saía da cama e, a minha mãe vinha muitas vezes...E eu quantas vezes, fazia que estava a dormir e, ela apanhava as cuecas do chão, que ele me tinha tirado, vestia-mas e, fazia de conta como se nada fosse".

Famílias aparentemente estruturadas apresentam uma discrepância entre a imagem que mostram ao exterior e o que acontece entre portas: "Somos 14 filhos, rapazes são oito e, eles quando souberam, a única coisa que alguns deles disseram, outros nem se pronunciaram foi – Não andes a dizer isso, parece mal, é vergonha".

Neste caso se observa uma verdadeira tirania baseada na lei do silêncio dirigida a todos os membros da família (Perrone & Nannini, 2002).

### *A mãe como mãe da vítima, quebrando o silêncio:*

Quando soube que o seu irmão tinha abusado da filha abordou-a diretamente: "E o que é que ele te disse quando te fez aquilo? – «Que aquilo era normal, para eu não dizer a ninguém, porque aquilo que se fazia era normal fazer, que era como se fazia na televisão». "Eu denunciei à CPCJ; fomos levadas para uma casa abrigo porque o agressor ficou a viver em casa dos meus pais com o apoio deles".

"«Eu tenho raiva de ter sido obrigada a deixar a nossa casa»"

"Não, ninguém me falou do assunto. E quando eu tentei falar...que..quando eu falei foi com a madrinha dela, ela disse - tenta esquecer isto".

Os estudos indicam que no caso dos abusos sexuais intrafamiliar, as crianças revelam menos e, quando o fazem, o tempo entre o abuso e a revelação é superior ao que ocorre nos casos de abusos sexuais extrafamiliar.

### *Tema 2: Transgeracionalidade*

#### *Dois irmãos abusaram da mesma irmã:*

"E ele aproveitava quando nós íamos apanhar o feijão, e ia sempre...principalmente, eu calhava sempre, a infeliz, de ir sempre sozinha. E ele ia ao meu encontro e depois abusava de mim. Estou convencida que o outro meu irmão se tenha apercebido de algo, e depois achou que, se ele podia fazer também podia fazer o mesmo."

#### *Os irmãos abusaram de várias irmãs:*

"As minhas irmãs disseram-me -Conosco, infelizmente, também nos aconteceu o mesmo, só que tu não conseguiste ultrapassar como nós ultrapassamos (...) tu não conseguiste ser forte como nós. Conosco, talvez, fosse uma ou duas vezes e a ti foram mais vezes porque não conseguiste ser forte. Como eras fraca, eles então aproveitaram-se mais de ti do que de nós".

#### *Um irmão abusou da primeira geração e da seguinte:*

O agressor perpetuou o abuso para a filha Francisca: "Um dia estávamos na cama as duas e, eu perguntei-lhe, estava para ir à Proteção de Menores, qualquer coisa e ela disse – «Mãe, eu tenho uma coisa para te dizer» – e eu – O quê filha? foi quando ela disse – «O tio tirou-me as cuecas e pôs-me a mão no meu bibi. Oh mamã não se faz isso pois não?» – e eu disse – Não, filha. – E eu disse – E ele só te fez isso?."

### *Tema 3: Adoção de um padrão de segurança para a filha*

No papel de mãe da vítima, Marina rompeu com o modelo de apoio da sua mãe e adotou um padrão de segurança para a sua filha: "Eu nunca pus em dúvida a revelação de Francisca, eu dei-lhe apoio; Quando

estava na Casa Abrigo com ela, e ela disse-me um dia, a chorar – «Mãe, o tio não me pôs só a mão, pôs também a pilinha dele»- Eu tentei explicar-lhe as coisas como elas eram...”.

Depois da revelação, as crianças ou adolescentes que foram vítimas de abuso por um/a familiar são frequentemente atormentadas por uma auto culpabilização, medo do agressor, e angústia, mesmo quando a revelação é feita para algum membro da família. Algumas vezes, numa tentativa desesperada de fazer o melhor pela sua família, alteram os seus depoimentos ou negam que o abuso tenha ocorrido (Fávero, 2003).

No caso da Francisca, o apoio da mãe e das entidades envolvidas ajudaram-na a ultrapassar estes sentimentos.

### **Discussão e conclusões**

A partir da análise do conteúdo da entrevista fomos explicitando e integrando teoricamente algumas dimensões que se organizaram, como já referimos anteriormente, em torno de três temas. Assim sendo, este estudo permitiu-nos compreender a dinâmica do abuso sexual intrafamiliar, principalmente, as percepções e implicações na vida de duas vítimas de abuso sexual infantil intrafamiliar – mãe e filha.

A imagem de “família funcional, perfeita e unida” era quase uma obrigação para todos os elementos do agregado de Marina, imposta pela sua mãe, que fez questão de manter os filhos, mesmo os que já tinham a sua vida organizada, dependentes da família.

O abuso sexual, infligido à Marina pelos seus próprios irmãos, foi algo que se passou dentro da esfera familiar e que devido à sua própria complexidade foi vivido como um segredo. A revelação foi precipitada devido ao seu internamento hospitalar, cujo motivo inicial não estava relacionado com o abuso sexual, pelo menos explicitamente. O medo de que não acreditem nela e/ou provocar uma disrupção familiar fez com que o intervalo de tempo entre a ocorrência do abuso e a revelação fosse de 16 anos. Posteriormente, e por aconselhamento médico, Marina revelou aos pais, no sentido de os alertar e proteger, desta forma, as irmãs mais novas. Contudo, o silêncio continuou a prevalecer como forma de segredo partilhado onde, para além da vítima e do agressor, também coabitavam os cúmplices.

Ao nível da dinâmica familiar, o apoio e suporte familiar foi praticamente nulo, pois o desejo de manter o “equilíbrio” familiar foi mais importante do que proteger a filha.

Estes aspectos foram fortemente condicionados pelo fato do abusador ser um elemento da família, o que levou a uma situação em que se cruzaram pontos de vista e interesses diferentes por parte de cada um dos membros da família. O progenitor na sua condição de “homem”(sic) não conversava estes “assuntos” com a filha; a mãe, por seu lado, não protegia Marina, chegando mesmo a desacreditá-la e acusá-la de contar mentiras. A sua maior preocupação era desculpar o agressor, numa

organização familiar que, apesar das suas características patriarcalis, delega um lugar central aos homens, e coloca as mulheres como propriedades destes (Saffioti, 2004). Tal é apoiado pelo relato de Marina quando a mesma descreve que o irmão não admitia que ela tivesse um namorado. Sob a proteção da própria mãe, os filhos homens pareciam ter autorização para impor às irmãs as suas decisões e os seus desejos, mesmo os sexuais. Por outro lado, nota-se ainda a prevalência do isolamento social nesta família.

Na data da revelação, a vítima já não era menor e a própria família não se mostrou receptiva em denunciar um dos seus elementos e assim expor-se perante a sociedade. A situação manteve-se na esfera familiar como um assunto "tabu".

Marina, por sua vez, diferenciou-se da posição mantida pela sua mãe, e revelou-se como o principal suporte da filha quando esta foi vítima, ajustando o seu apoio às necessidades da mesma.

Um outro efeito, digamos, a longo prazo do abuso sexual do qual Marina foi vítima prendeu-se com a sua gravidez, utilizada para sair de casa e fugir da situação em que se encontrava. Apesar de posteriormente regressar para casa dos pais, com o nascimento da filha, sentiu-se mais forte e com coragem para se defender e lutar pela filha.

Atendendo a que o agressor permanecia em casa com o apoio dos seus pais, a colocação de Marina e a filha num meio institucional, por decisão judicial, foi avaliada pelas mesmas como a solução mais adequada. Apesar disto, manifestaram descontentamento por terem sido elas a sair de casa e não o agressor. Estes sentimentos atenuaram-se à medida que, com o suporte das diversas entidades, foram sendo encaminhadas para uma vida fora do espaço institucional, com autonomia sócio-econômica.

### **Considerações finais**

A maior dificuldade sentida neste estudo foi distanciar-nos da história de vida destas duas personagens, visto sentirmo-nos parte integrante da sua trajetória, a qual foi por nós acompanhada durante cerca de seis anos e da qual ainda nos integramos sempre que solicitado. O contato com estas duas pessoas, as suas experiências tão complexas e únicas, a simplicidade no modo como relatam a sua história, a perícia com que gerem as adversidades e a sua abertura na partilha das suas vivências, merecem todo o nosso respeito e admiração. E, enquanto profissionais, toda a nossa disponibilidade e apoio.

Tal como referem alguns autores, se o destino leva determinada criança a nascer naquela família e não noutra, cabe a nós enquanto comunidade, permitir que reconstrua uma nova história pessoal naquele ou noutro lugar.

O investimento em estudos que abordem o abuso sexual intrafamiliar parece-nos fundamental, pois apesar de ocultado da grande

maioria das pessoas, este maltrato acontece dia após dia em famílias de todos os estratos sociais. Os profissionais que se ocupam das crianças são frequentemente solicitados a intervir nestas situações e é urgente que transformem as suas práticas, reconhecendo o silêncio a que estão votadas as crianças vítimas de abuso sexual.

### **Referências bibliográficas**

- Alberto, I. (2006). **Maltrato e Trauma na Infância**. Coimbra: Almedina.
- Azevedo, M. & Maia, A. (2006). **Maus Tratos à Criança**. Lisboa: Climepsi.
- Carlson, B.E. (2006). Sibling Incest: Reports from Forty-One Survivors. **Journal of Child Sexual Abuse**, 15, (4), 19-34.
- Coutinho, C.P., José, H.C. 2002. O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. **Revista Portuguesa de Educação**, 15(1), 221-244.
- Cyr, M.; Wright, J.; McDuff, P. & Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse: brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. **Child Abuse & Neglect**, 26 (9), 957-970.
- DeVoe, E. & Faller, K. (1999). The characteristics of disclosure among children who may have been sexually abused. **Child Maltreatment**, 4(3), 217-227.
- Fávero, M. (2003). **Sexualidade infantil e abusos sexuais a menores**. Lisboa: Climepsi.
- Fávero, M. (2009). El abuso sexual intrafamiliar. **Hoja de Psicodrama**, 53, 36-39.
- Fergusson, D. M. & Mullen, P. E. (1999). **Childhood Sexual Abuse: An Evidence Based Perspective**. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fischer, D. & MacDonald, W. (1998). Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. **Child Abuse & Neglect**, 22 (9), 915-929.
- Furniss, T. (1993). **Abuso Sexual da Criança. Uma Abordagem Multidisciplinar. Manejo, Terapia e Intervenção Legal Integrados**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Goodman-Brown, T.; Edelstein, R.; Goodman, G.; Jones, D. & Gordon, D. (2003). Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. **Child abuse and Neglect**, 27(5), 525-40.
- Hirata, P. (2003). **Os Efeitos Psicossociais Causados em Vítimas de Abuso Sexual**. Retrieved from [www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0245.pdf](http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0245.pdf).
- Magalhães, T. (2005). **Maus Tratos em Crianças e Jovens**. Coimbra: Quarteto.

- Nogueira, C. (2001) **A Análise do Discurso**. Retrieved from [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4355/1/Capitulo\\_analise%20do%20discurso\\_final1.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4355/1/Capitulo_analise%20do%20discurso_final1.pdf).
- Perrone, R. & Nannini, M. (2002). **Violencia y abusos sexuales en la familia – Un abordaje sistémico y comunicacional**. Buenos Aires: Paidós.
- Ribeiro, C. (2009). **A Criança na Justiça. Trajetórias e Significados do Processo Judicial de Crianças Vitimas de Abuso Sexual Intrafamiliar**. Coimbra: Edições Almedina.
- Saffioti, H. (2004). **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Sousa, L. & Fávero, M. (2011). **Abusos sexuais a menores: as atitudes dos profissionais de enfermagem**. Poster presented at the IV.º Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça. Maia, Portugal.
- Strecht, P. (2001). **Preciso de Ti. Perturbações Psicossociais em Crianças e Adolescentes**. 3ª Edição. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Wakefield, H. (2006). The Vilification of Sex Offenders: Do Laws Targeting Sex Offenders Increase Recidivism and Sexual Violence? **Journal of Sexual Offender Civil Commitment: Science and the Law**, 1, 141-149.
- Wiehe, V. (1998). **Understanding family violence: treating and preventing partner, child, sibling, and elder abuse**. Thousands Oaks: Sage Publications.

## **Um olhar psicodramático sobre o abuso sexual intrafamiliar**

*A psychodramatic approach to intrafamilial sexual abuse*

Dalka Ferrari<sup>10</sup>  
Marisalva Fávero<sup>11</sup>

### **Resumo**

Pretendemos com este trabalho a compreensão do abuso sexual intrafamiliar, com as suas facetas multicausais, bem como com o seu alcance social, preventivo ou psicoterápico. Apresentaremos a abordagem psicodramática para a compreensão das características do fenómeno e das suas implicações pessoais, sociais e familiares para as vítimas. Concluiremos com a apresentação de uma consulta de avaliação de uma criança vítima de abuso sexual intrafamiliar, acompanhada no Centro de Referência às Vítimas da Violência, em São Paulo.

**Palavras-chave:** Abuso sexual intrafamiliar, psicodrama, avaliação.

### **Abstract**

We intend understanding intrafamilial sexual abuse, with its multicausal faces, as well as with its social, preventive or psychotherapeutic reach. We will present the psychodramatic approach to understanding the specifications of the phenomenon and its personal, social and family implications for the victims. We will conclude with the assessment of a child victim of sexual abuse within the family, accompanied by the Centro de Referência às Vítimas da Violência in São Paulo.

**Keywords:** Intrafamilial child sexual abuse; Psychodrama; assessment

### **Introdução**

A violência, em suas diferentes formas, atinge crianças e adolescentes de todas as classes sociais e representa uma grave violação dos direitos infanto-juvenis – trazendo sérias consequências para a vida e para o futuro destas e do país.

Observando-se estas violências, segundo a maioria dos estudos científicos nacionais e estrangeiros, quando se trata de violência sexual dentro das famílias a denominação usada é a de abuso sexual intrafamiliar. É no ambiente familiar que se comete a maioria das violências contra crianças e adolescentes, chegando ao índice de 80%.

---

<sup>10</sup> Psicóloga, Psicodramatista. Coordenadora Geral e da Área de Parcerias do Centro de Referência às Vítimas de Violência do Instituto Sedes Sapientiae (CNRVV) e Membro da Diretoria do Instituto Sedes Sapientiae

<sup>11</sup> Psicóloga e sexóloga, Psicodramatista, Professora auxiliar no Instituto Superior da Maia; Investigadora na UNIDEP/Maia e CINEICC/Coimbra/Portugal. E-mail: mfavero@ismai.pt

Cabe a toda sociedade um papel importante na reversão deste quadro.

### **A compreensão da criança segundo a ótica do psicodrama**

Para se compreender a criança, desde a sua inserção no grupo social primário – a família – que a acolhe, ao nascer, torna-se necessário embasar esta compreensão em uma Teoria de Desenvolvimento. Através da Teoria da Matriz de Identidade, Moreno (1975), criador do Psicodrama, ressalta o desenvolvimento da criança, a formação da sua identidade, enfatizando que a criança depende do outro para crescer, para ganhar sua individualidade.

Para Moreno a criança é um gênio em potencial, um exemplo concreto de realização e expressão humana. O nascimento seria uma situação natural pela qual o indivíduo deve passar durante o desenvolvimento. Comparando com o processo fisiológico natural, na gravidez o embrião, depois o feto implanta-se na placenta e dela se nutre e depende. Analogamente, o recém-nascido implanta-se no grupo social do qual depende para suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais que será a sua Matriz de Identidade, ou seja, “a placenta social da criança, o locus onde ela se prende” (Moreno, 1975, p.76). Em termos psicodramáticos, a mãe é o Ego-Auxiliar principal no parto, o feto é o Protagonista, o processo de preparação para o parto é o Aquecimento e o ato de nascer é a Dramatização. O resultado final, o nascimento é a Catarse de Integração. Ao nascer, a criança entra num conjunto de relações totalmente estranhas a ela, não tem nenhum modelo anterior para dar forma a seus atos e nunca vai se defrontar com uma situação tão nova como essa.

A representação adotada por ela frente a situações novas é o que Moreno chama de Espontaneidade. Todo recém-nascido precisa desse fator para sobreviver. A primeira manifestação da espontaneidade é o aquecimento da criança frente ao novo ambiente e isto se dá através dos iniciadores físicos. Estes entram em aquecimento (choro, respiração etc.), e o sucesso disso dependerá dos iniciadores psíquicos da mãe, da capacidade que ela vai ter de perceber as necessidades da criança para complementá-las.

Esse grupo social – habitualmente a família – não se vê frente a essa nova realidade abruptamente, mas, pelo contrário, preparou-se durante meses para esse acontecimento. Os clássicos preparativos (desde o ambiente físico – o quarto do bebê), do berço ao preparativo mais pessoal ou psicológico dos pais, especificamente os cursos para gestantes, os presentes, as conversas sobre o assunto – nascimento – são as manifestações externas das modificações internas que estão acontecendo no grupo. Como se sabe, também ocorrem mudanças ao nível das relações interpessoais e mesmo da personalidade de seus membros, de seus integrantes. Isto é, a iminência da implantação de um novo membro

em um grupo social determinado desencadeia uma série de reações grupais e individuais específicas, características e preparatórias.

Este conjunto de modificações facilita a inclusão do novo integrante ao grupo, sua assimilação e, além disso, algo que é de fundamental importância: a manutenção da unidade e equilíbrio grupal.

Neste ambiente particular - a Matriz de Identidade - o recém-nascido se desenvolve num contato vivencial que lhe permite incorporar, num nível primário, as características grupais e assimilar assim as pautas do seu meio.

No seu início, a Matriz de Identidade está ligada basicamente aos processos fisiológicos, correspondendo à fase de cuidados ligados ao desenvolvimento psicossomático, ou seja, há todo um equipamento fisiológico, orgânico que é próprio da criança e que se desenvolve, dependendo para isso de cuidados do meio, mas que independe deste, em certo sentido para ocorrer.

Num segundo momento, e coincidindo com a evolução da criança, a Matriz de Identidade vincula-se aos processos psicológicos e sociais. A Matriz da Identidade provê, pois, a criança de alimento físico, psíquico e social. A ela cabe a fundamental tarefa de transmitir a herança cultural do grupo a que pertence o indivíduo e prepará-lo para sua posterior incorporação na sociedade.

A transmissão da herança cultural faz-se através dos papéis existentes em cada Matriz de Identidade, isto é, em cada Matriz de Identidade existe uma quantidade de papéis que são oferecidos à criança. Os papéis são unidades culturais de conduta, segundo Moreno (1975) e, portanto, possuem as características e as particularidades próprias da cultura em que se estruturaram.

Um papel é uma experiência interpessoal e necessita de dois ou mais indivíduos para ser posto em ação. Todo papel é uma representação a outro. Não existe papel sem contra-papel.

O desempenho de papéis é anterior ao surgimento do Eu e da linguagem. O desenvolvimento dos papéis é o precursor do futuro do Eu.

O recém-nascido vive num mundo indiferenciado - A Matriz de Identidade. Os papéis psicossomáticos (delimitam o corpo) ligados às funções fisiológicas (comer, dormir, respirar etc.) determinam as primeiras ligações com o ambiente. São estruturas sobre as quais vão repousar os papéis psicológicos ou psicodramáticos e os papéis sociais (relacionam-se com a delimitação do contexto social).

Os papéis psicológicos são os que delimitam a psique. São aqueles jogados espontaneamente pelas crianças em uma fase de seu desenvolvimento. Seriam os papéis fantásticos, criativos, que constituem o treino natural da criança no ir e vir entre realidade (papéis sociais) e fantasia (papéis psicológicos) (Moreno, 1974; Gonçalves, Wolff & Almeida, 1988).

Quando surge a diferenciação entre realidade e fantasia na criança, pois antes os elementos reais e fantásticos estavam fundidos nos papéis psicossomáticos, aparecem concomitantemente os papéis sociais relativos ao mundo real (social) e os papéis psicológicos relativos ao mundo imaginário (fantasia). Esta modificação no uso dos papéis, antes só psicossomáticos e agora psicológicos e sociais encerra a passagem do primeiro para o segundo universo.

A integridade do Eu dependerá dos vínculos e organização entre os agrupamentos de papéis sociais, psicodramáticos e psicossomáticos.

As variações e desequilíbrios no acoplamento das estruturas desses papéis em seu desenvolvimento originam características e/ou distúrbios do Eu.

Assim, desempenhar um papel não é algo aprendido subitamente e de forma acabada, existe todo um processo de etapas de desenvolvimento que se sobrepõem e frequentemente operam conjuntamente. As primeiras vivências da criança quanto à formação, percepção e aprendizado emocional, relacionam-se estreitamente com o desenvolvimento da Matriz de Identidade.

### **Abuso sexual intrafamiliar: um olhar psicodramático**

O abuso sexual intrafamiliar de crianças e adolescentes coloca-nos diante de um problema de relação entre pais e filhos, diante de uma relação hierárquica que se deteriorou.

A vinculação entre a criança e os adultos significativos de sua família, de seu "locus", do seu "status nascendi", da sua "matriz" – deveria a princípio ser satisfatória, gratificante, estimulante e essencialmente formativa.

É a convivência com outros seres humanos que garante à espécie humana a sobrevivência e o aperfeiçoamento da raça. A criança aprende e se desenvolve desde o momento de seu nascimento.

No entanto, nos casos de abuso sexual intrafamiliar a vinculação patológica mãe-filho(a) ou pai-filho(a) levanta questionamentos da sociedade, dos profissionais que atendem os seus intervenientes. Para responder a tais questionamentos, num primeiro momento, observa-se a ebulição interna que tal situação desencadeia nestes profissionais, em seus valores.

É de se esperar que a mãe goste do filho, que os pais tenham atitudes protetoras, cooperadoras, modeladoras e formadoras em relação aos filhos.

Assim, acompanhados de tais valores e diante da situação social do abuso sexual intrafamiliar, a primeira reação da maioria das pessoas e dos profissionais é de choque, de susto e até de espanto (Furniss, 1993).

Ao lado da expectativa social do papel, temos a realidade de um papel social que é vivenciado contrariando sua própria expectativa.

Pais agressores existem. Existem e cometem desde pequenas ações agressivas até agressões extremas, como abusos sexuais que variam desde toques, atos libidinosos, manipulações até o ato sexual, estupro, etc. (Fávero, 2003). Nas relações pais-filhos permeadas pela violência, muitos aspectos do problema focalizam-se no assumir o papel de pais.

Desempenhar adequadamente um papel social implica em ter vivenciado também adequadamente o seu contra-papel, ou papel complementar. Para ser um bom pai, um pai protetor implica em ter sido um filho protegido, amado. Pois, enquanto vivia o papel de filho "protegido", interagia com um "pai protetor", que passava um modelo de pai continente, acolhedor. Implica, outrossim, em ter tido um bom desenvolvimento dos papéis psicossomáticos e psicológicos. Um bom desenvolvimento dos papéis psicossomáticos garantem ao indivíduo uma boa relação com seu corpo.

Como é que fica o desenvolvimento dos papéis psicossomáticas de uma criança que é abusada sexualmente? Se considerarmos, segundo Castello de Almeida (1988), que a referência física, psicológica e histórica do sujeito está no corpo, que neste não estão calcadas só as indiosincrasias do sujeito mas as da sua espécie, podemos deduzir que, quanto mais precoce ocorrerem situações de abuso sexual intrafamiliar física e/ou sexual, mais comprometida fica a assimilação da corporalidade.

Caso o abuso sexual intrafamiliar ocorra muito precocemente na vida da criança, podemos dizer que todo desenvolvimento do Eu (através do desenvolvimento dos papéis psicossomáticos, psicodramáticos e sociais) fica comprometido. Nessas situações, o Eu permaneceria desintegrado, não se estruturaria.

Quando o abuso sexual intrafamiliar ocorre em fases posteriores, quando o Eu da criança já se estruturou (após o 3º ou 4º ano de vida mais ou menos), as consequências assumem características próprias das situações traumáticas, como nos DSPT (Distúrbio de Stress Pós Traumáticos). Nesses casos existe uma probabilidade menor de que as consequências do abuso sexual intrafamiliar assumam características de desintegração, de desestruturação do Eu.

O depoimento de Satir (1980) sobre o tabu do incesto vem elucidar uma questão muito controversa nos casos de abuso sexual intrafamiliar: a postura sedutora do menor, seria um fator desencadeante, propulsor para que uma relação incestuosa aconteça na família?

O que está demonstrado cientificamente é que a criança é envolvida, nesses casos, a serviço da patologia do vínculo do casal. Ela por si própria não tem capacidade para engendrar, planejar toda a trama do abuso sexual intrafamiliar.

Assim, a posição do adulto na família é decisiva. Para que o abuso sexual intrafamiliar aconteça, para que se entenda porque acontece, deve-se observar o fenômeno do ponto de vista dos pais.

Quando é que o desempenho do papel de pai se desvia do esperado?

Tanto Fonseca (1980) quanto Perazzo (1987) defendem que o papel sexual pode interferir diretamente no desempenho do papel de pais.

Vimos, anteriormente, as etapas do desenvolvimento da Matriz de Identidade segundo Moreno. José Fonseca, um contemporâneo de Moreno, criador da Terapia da Relação, ampliou as etapas descritas por Moreno (Fonseca, 1980). Na etapa do *Reconhecimento do Eu*, tanto Perazzo (1987) quanto Fonseca (1980), concordam que é aqui que o papel sexual define-se quanto ao gênero (masculino e feminino), que é quando a criança define sua identidade sexual. Assim, por volta dos 4 ou 5 anos de idade, a criança já deveria ter sua identidade sexual definida: "Eu sou Pedro, que sou menino. Eu sou Maria, que sou menina".

No caso dos pais, a realidade de um bom vínculo afetivo, uma realização amadurecida e gratificante do casal garantirão que o momento de se tornarem pais seja assumido a dois. Observa-se que desde o planejamento familiar, "vamos ter ou não um filho", o papel de pais está sendo revestido de suas peculiaridades e singularidades.

Encontra-se, dentro das etapas da Matriz de Identidade, correlacionada ao desenvolvimento da sexualidade, uma etapa que nos permite situar o problema do abuso sexual intrafamiliar.

Segundo Fonseca (1980), a criança evolui da fase de vinculação-separação (ou *Simbiose*) para as *Relações em corredor*. Assim como todas as outras fases do desenvolvimento esta também é ultrapassada, deixando, porém, registro ou marcas. Os sulcos da personalidade que lhe dão identidade e unicidade são esculpidas pelas vivências das fases do desenvolvimento. As "relações em corredor" se caracterizam pela exclusividade, podendo chegar até mesmo pela obsessão pelo outro (Tu). O sonho de ter um companheiro único e suficiente para toda vida tem origem nesta fase. A criança sai da relação com a mãe, cresce e encontra outra relação igual ou parecida. Outra possibilidade é encontrar um parceiro que supra o que a pessoa não viveu antes, o que faltou. Estas fantasias e desejos escondem a ansiedade da solidão e o medo da frustração.

Correlacionando estas idéias às atitudes dos pais abusadores perante o filho, encontramos uma atitude de posse, de dominação, de poder. Pode-se pensar na sua sexualidade não resolvida, a sua necessidade de posse do outro, de exacerbar a relação hierárquica que há entre pais e filhos, no sentido rígido do "pai-senhor" que domina o "filho-escravo" (Saffioti, 2004).

Perazzo (1987, p.11) acrescenta características interessantes a esta vinculação pais-filhos, e apoiado em Bustos (1979) e Rocheblave-

spenlé (1962), salienta que a relação que se estabelece entre pai/mãe-filho/filha caracteriza-se por um vínculo assimétrico, que, como o próprio nome diz, supõe uma responsabilidade de peso diferente para os integrantes do vínculo. "O primeiro modelo social de relacionamento é assimétrico e não intercambiável. Nele, a criança investe seu desejo e sua expectativa, pois toda dinâmica de papéis gera expectativa de conduta. Um dia descobre que não detém a exclusividade da relação. Depara-se com a assimetria da relação".

De acordo com esta visão de complementariedade, de interrelação de papéis, podemos entender que no momento em que um pai (ou mãe/outro familiar) vitimiza a criança, não houve correspondência de expectativa na interrelação de papéis, que não houve escolha mútua, o que houve foi um transporte transferencial de expectativas de pai para filho, ou seja, o pai (ou mãe), estabeleceu uma vinculação transferencial com seu filho, movido por um processo estritamente subjetivo, patológico.

### **Fatores desencadeantes do abuso sexual intrafamiliar**

Segundo Furniss (1993), as famílias nas quais ocorre o abuso sexual evidenciam o rompimento de fronteiras intergeracionais, a inversão de papéis. Nestas famílias, a criança, dependente estrutural, é colocada no lugar de parceiro pseudo-igual no relacionamento sexual inadequado com o abusador. Aparecem também, na sua comunicação duplas mensagens, complô do silêncio. Há um uso intenso de mecanismos de defesa. A autoestima de seus membros aparece rebaixada. Seus responsáveis denotam dificuldade com limites, abuso do poder, omissão na função interditora, com fronteiras intergeracionais frágeis e isolamento social acentuado.

Assim estas crianças convivem em famílias denominadas de disfuncionais – onde a criança pode passar por desproteção, abusos sexuais revestidos pelo pacto do silêncio.

É neste quadro disfuncional que aparece o *indivíduo incestuoso* – suas necessidades afetivo-emocionais são desrespeitadas com ocorrência de experiências sexuais precoces – para as quais não está ainda desenvolvido. Seus relacionamentos afetivos são caracterizados pelo carinho que passa a ser confundido com o sexo. O agressor intrafamiliar pode incluir o pai/mãe biológicos ou padrasto/madrasta ou qualquer outra figura masculina ou feminina em quem a criança/adolescente deposita confiança e que tem sobre a criança algum poder ou autoridade. Pode também ser o/a namorado/a da mãe, o/a namorado/a do pai, tios/tias, avós/avôs, irmãos/irmãs ou primos/primas mais velhos/as.

A situação incestuosa, que envolve abuso sexual, oscila entre o abuso de não-contato sexual ao estupro sádico. As formas mais comuns são masturbação e sexo oral (Fávero, 2003; Finkelhor, 1994; López & Del Campo, 1997). Os abusadores incestuosos adotam, segundo Christiane

Sanderson (2005), técnicas de sedução com aproximações sucessivas que vão das cócegas ao contato sexual.

Além dos fatores familiares que são responsáveis pelo aparecimento do fenômeno do abuso sexual intrafamiliar, de forma geral, pode-se dizer que existem outros fatores desencadeantes, tais como, individuais, situacionais, sócio-econômicos, políticos e culturais:

- a) *Fatores familiares*: quando, na experiência de socialização dos pais, ocorreu história pessoal de abuso, história de desarmonia e ruptura familiar, ignorância sobre o processo evolutivo da criança/adolescente;
- b) *Fatores individuais*: características patológicas dos pais, ligadas à desordens físicas e psíquicas, alcoolismo, drogadição, baixa auto-estima, baixa tolerância à frustração, despreparo para o papel de pai/mãe, impulsividade. Quando os filhos têm características que decepcionam os pais, estes fatores podem gerar motivos para uma certa agressão. Por exemplo: filhos prematuros, deficientes, filhos que têm problemas graves de saúde, hiperatividade, rebeldia, apatia, tudo isso pode levar a uma dificuldade no vínculo;
- c) *Fatores situacionais de estresse*: violência estrutural, pobreza, excesso de filhos, isolamento social; crises familiares: separação, morte, gravidez indesejada, desemprego;
- d) *Fatores socioeconômicos*: pouco contato com a família alargada, pouca interação social na vizinhança, no trabalho e na escola, pouco acesso às instituições de saúde, educação, lazer, de comunidade, pouca expectativa e mobilidade social. A família se isola porque é mais fácil cometer o abuso longe dos olhos de toda essa rede;
- e) *Fatores políticos*: quando se vê falhas na elaboração e execução de políticas públicas, a não existência de um sistema mais operativo e f) *Fatores culturais*: o uso de castigos perante a infância, como meio disciplinador, discriminação com mulheres, com a sexualidade, regulamentação das relações entre sexos e entre gerações.

### **Considerações finais**

O abuso sexual intrafamiliar deixa a criança numa sensação de total desamparo. O adulto que deveria ser sinônimo de proteção se torna fonte de perturbação e ameaça. Não tendo com quem contar, a criança não pode falar sobre o que lhe aconteceu e, dada à complexidade do fenômeno, é mobilizada a sentir-se culpada. O silêncio, portanto, pode estar associado ao sentimento de culpa, às ameaças feitas, ao vínculo estabelecido na relação.

Já o autor da violência sexual nega o impacto moral e psicológico dessa violência, distorce a experiência da vítima, desvaloriza ou desumaniza-a, chegando a culpá-la, como forma de negar a sua responsabilidade, o que lhe favorece continuar abusando. Por abusadores, autores da violência sexual, inclui-se tanto homens, mulheres e

adolescentes e/ou crianças. Este último é um dado novo que se agrega, pois diz respeito aos abusos sexuais praticados por crianças e adolescentes – fato que vem aumentando ao longo dos últimos dez anos.

Nas últimas décadas, a mobilização da sociedade civil, das ONGs nacionais e internacionais, movimentos reivindicatórios estabeleceram-se junto dos órgãos públicos. Como consequência, o tema do Abuso Sexual Intrafamiliar passou a ocupar espaços na mídia, no parlamento, em fóruns de discussão e debates. No ano de 2000, foi elaborado, no Brasil, o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual, desdobrado em planos Estaduais e Municipais com os mesmos objetivos. Atualmente, este Plano Nacional está em revisão.

Apesar do esforço de vários profissionais, representantes da sociedade civil e dos representantes do governo, sabe-se que o enfrentamento dos problemas de violência, do abuso e de exploração sexual de crianças/adolescentes no Brasil, necessariamente exige a implementação de um amplo leque de ações no plano nacional e no regional para a real implantação da doutrina de proteção integral preconizada pelo ECA.

O que vem sendo realizado no Brasil ainda é insuficiente para eliminar essa bárbara forma de violência e essa responsabilidade da proteção cabe não apenas aos pais, mas a todos os adultos da comunidade. Para garantir a segurança de todas as crianças é essencial mudar da *reação para a prevenção*: formação de redes de proteção, campanhas de saúde pública, sócio-educacional, apoiadas pelo sistema de garantia de direitos. Proteger as crianças e adolescentes é uma responsabilidade de todos os adultos e, como tal, da comunidade na qual vivem.

Só quando toda comunidade estiver esclarecida e envolvida na proteção de crianças é que será transmitida uma mensagem clara e unificada de que a sociedade não tolerará a violência, o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes.

## **CASO CLÍNICO**

### **Apresentação e análise de um caso de violência sexual intrafamiliar**

#### **I – Caracterização da Insituição**

A criança apresentada neste estudo de caso foi atendida no Centro de Referência às Vítimas da Violência (CNRVV), centro de referência no município de São Paulo, criado em 1994, voltado para o trabalho com crianças e adolescentes vítimas de violência, incluindo suas famílias e os agressores.

O CNRVV, desde o ano 2000, está inserido na categoria de Centros dentro do Instituto Sedes Sapientiae, que faz parte da Associação

Instrutora da Juventude Feminina (Projeto Rede Criança Conquistando a Cidadania/CNRVV/1995, p.2).

## **II – Apresentação do caso clínico**

### *Caracterização da participante*

Lúcia tem 11 anos, é a terceira dos sete filhos do casal (entre 15 e 3 anos). Não têm parentes, pois a família é imigrante e mora em São Paulo há mais de 15 anos, não existindo, portanto, família extensa.

Trata-se de um caso de abuso sexual incestuoso. Ressalva-se que a identidade da vítima e da família serão preservadas, pelo que os nomes são fictícios. Toma-se o caso como modelo por ser bastante elucidador e revelador da teoria abordada até este momento sobre esta temática.

O processo de triagem, diagnóstico e devolutiva dos casos encaminhados ao CNRVV têm duração de 5 encontros. Este caso já veio com diagnóstico de abuso sexual incestuoso, elaborado pela equipe multidisciplinar da Vara de Infância e Juventude.

Os dados de Entrevistas com a mãe, D. Sueli, com a presença de Lúcia na sala e os dados colhidos através de Visita Interinstitucional com os profissionais da Vara da Infância e Juventude, mais os dados observados e colhidos em sessões terapêuticas fundamentaram este relato. Todos os consentimentos institucionais e pessoais foram obtidos segundo os princípios deontológicos.

### *Entrevista com a mãe*

A mãe relata que foi surpreendida com a revelação numa consulta médica onde descobriu que a filha estava grávida do pai, seu marido. Ao fazer a queixa descobriu que o marido também abusava sexualmente da filha de 10 anos: "Não notei, não percebi nada antes. Nem desconfiava que alguma situação de abuso sexual estivesse acontecendo na minha casa. Notei que ela, Lúcia, estava ficando com uma barriga inchada e levei ao médico. Quase desmaiei quando o médico disse que não havia nenhuma doença – que minha filha estava grávida. Ali mesmo quis que ela me dissesse como isto aconteceu, quem era o pai da criança. Foi aí que ela disse que era o seu pai, meu próprio marido que vinha abusando sexualmente dela".

O médico informou-lhe que, dado ao fato de estar grávida de 4 meses, não era possível fazer o aborto legal. Orientou sobre como fazer a denúncia e a mãe não hesitou em fazê-lo, tendo a menina confirmado à polícia: "fui para a Polícia - fiz a denúncia, Lúcia confirmou tudo (...) Deixei Lúcia na Delegacia enquanto fui com os policiais em casa (...). os policiais já levaram ele preso. Foi tudo tão de repente, que às vezes penso que isso nem pode ser verdade. Quanto tempo eu sendo enganada".

A mãe dirigiu a sua preocupação à gravidez de Lúcia: "não seria bom para ela ficar morando no mesmo lugar, frequentando a escola. Ela precisava ter uma gravidez sossegada, sem ter as pessoas bisbilhotando "

nossa vai ter um filho do próprio pai!...”(…) “Aí procurei o Fórum para pedir um Abrigo para que ela pudesse ficar e ter um bom acompanhamento médico durante a gravidez. O parto foi normal e Lúcia ficou muito feliz com seu filhinho. As enfermeiras trouxeram o nenê para ela amamentar. Ela ficou um mês no hospital amamentando a criança. Aí o juiz mandou ela de volta para o Abrigo, mas sem o filho. Lá ela começou a ficar muito triste, a chorar porque queria ficar com o filho ao seu lado...”(…) “Aí começaram a nos chamar no Fórum, a assistente social, a psicóloga – começaram a me dizer que talvez o juiz não iria deixar a Lúcia cuidar do filho, que nem eu poderia ficar com a guarda dele – seria sempre discriminado, sempre seria visto como o filho de um incesto (desse relacionamento sexual entre pai-filha). Eu penso diferente, posso muito bem cuidar da criança para ela. Fico com pena dela, agora tão triste, chorando, ela só fala nele, o dia inteiro. Comecei a pedir para ela poder sair do Abrigo e ir para casa. A assistente social já está arrumando uma nova escola para ela ir.” (...) “Depois, fui avisada que o Juiz queria que a criança fosse para adoção; se a gente não concordasse (no caso eu, como responsável legal dela), a criança iria para um Abrigo, se a gente concordasse ele iria para uma família, teria uma família nova. Tenho muita vontade de dizer que não concordo, não assino nenhum papel, vou Ter uns quinze dias para pensar. Eles disseram que eu só deveria voltar lá no Fórum agora se fosse para assinar os papéis para a criança ir para a adoção.” (...) “Conversamos muito e decidimos que eu vou assinar os papéis para o nenê ir para adoção. Assim, pelo menos ele vai logo para uma família, será melhor do que ele ficar num Abrigo.” (sic)

### *Procedimentos*

Terapeuta convocou mãe e filha para entrevista.

Lúcia foi consultada sobre se preferia sair ou ficar na sala enquanto a terapeuta entrevistava sua mãe. Respondeu que preferiria ficar, assim, permaneceu na sala durante as entrevistas com sua mãe. Lúcia era questionada sobre os fatos relatados – se queria acrescentar algo, se aquilo era assim mesmo, etc... A todas as intervenções, Lúcia respondia com um tom de voz muito baixo, mostrando-se participante, manifestando interesse, querendo se vincular.

O objetivo maior do atendimento conjunto, desde a primeira entrevista, levou em consideração a idade de Lúcia, bem como a preocupação de se romper o pacto do silêncio – que esta nova relação – terapeuta-cliente – não fosse reprodução das marcas do silêncio dos vínculos familiares incestuosos.

O clima mais forte que advinha de toda esta estória – era a situação atual – o sofrimento de Lúcia porque o Juiz não iria deixar que ela cuidasse de seu filho.

A proposta de atendimento do caso para o CNRVV é familiar. Todos nessa família precisam lidar com a realidade do incesto. Todavia,

em função das reações emocionais de Lúcia, pela situação do pós-parto, da amamentação, da separação do bebê, e, principalmente devido a sua pouca idade, o CNRVV agilizou o processo de atendimento para que Lúcia já fosse atendida individualmente, enquanto as etapas de triagem, diagnóstico, inclusive da outra irmã que também foi vítima de abuso por parte do pai, pudessem ir acontecendo paralelamente.

A proposta desse relato é apresentar como a situação de abuso incestuoso pôde ser analisada dentro dessa família – partindo-se principalmente das reações da vítima em questão – de Lúcia – como foi Lúcia reagindo a tudo isso?

Nota-se que Lúcia apresentou um contato formal com a terapeuta, apenas um leve esboço de sorriso ao cumprimentar, quando chega; não mostra muito suas emoções (só quando se pergunta diretamente, o que sentiu?). Observava atentamente todo o desenrolar da entrevista (quando vinha com sua mãe) e, nas sessões individuais revelou respostas lacônicas, evasivas, sem muito envolvimento.

A fim de que suas sessões pudessem levar a um maior envolvimento, que pudessem levar a um clima de maior revelação dos fatos, optou-se pela aplicação de desenhos nessa fase.

### **Desenho livre**

Lúcia desenha uma menina com um bebê nos braços. Retrata nesse desenho o seu desejo, seu anseio inconsciente mais forte – estar com o filho nos braços. De forma muito lacônica respondia com monossílabos às perguntas feitas. Chamava a atenção o seu controle emocional – percebia-se um brilho diferente nos olhos, mas não mostrou nenhuma lágrima, enquanto realizava a tarefa. A sessão foi toda ocupada por seu desenho, realizava tudo com muita concentração e envolvimento. A terapeuta elogiou o seu desempenho.

### **Desenho da família**

Ao pedido de desenhar uma família, Lúcia trouxe, de pronto, a sua. Desenhou com muita calma todos os irmãos, dizendo o nome de cada um.

A si própria desenha-se com o filho nos braços - novamente Lúcia denota sua fantasia, seu desejo inconsciente – e, pelo desenho estava podendo falar disso, já que verbalmente não estava conseguindo. Pelo desenho podia expressar esse desejo de estar com o filho nos braços, junto a toda sua família – fato esse que nem chegou a ser possível – nenhum dos irmãos conheceu a criança; somente sua mãe. Foi feito um assinalamento sobre isso. Ao que Lúcia ouviu atentamente, e balançou a cabeça concordando afirmativamente.

Nesta prova, a consigna dada é – “desenhe uma família” – justamente tem a ver com a proposta de se analisar se o cliente em questão traz a família que internalizou para si, ou, se traz a sua família verdadeira – como vem sentindo, elaborando a percepção dessa família –

está num plano muito imaginário, do desejo, ou num plano mais real – a realidade já está sendo considerada? Notou-se, porém, que nenhum comentário foi feito sobre a figura do pai – a sua ausência.

### **Desenho da família verdadeira**

Na sessão seguinte, foi-lhe explicado que o pedido para realizar o desenho daquele dia seria diferente, que ela desenhasse a família como está hoje, a família verdadeira. Como, de fato, estavam as pessoas naquela família? Lúcia passou a desenhar a todos com o mesmo “capricho” e detalhamento do outro dia. Ao final, fez-se um comentário sobre a diferença que havia nos dois desenhos - no primeiro, uma paisagem com sol aberto, pássaros, árvore com frutos, flor, a presença do bebê – no segundo desenho, um céu com nuvens mais escuras encobrindo parte do sol, menos pássaros voando, sem flores e frutos, e, com a ausência do bebê na cena familiar. Foi feito um outro assinalamento no qual o terapeuta compartilhava com Lúcia sobre aquilo que deduzia ser possível dizer naquele momento – quanta dificuldade, quanto sofrimento acontecia, de verdade na vida da gente – que, às vezes a gente não queria ver, não queria aceitar essas situações difíceis – terapeuta perguntou, em seguida, se havia sido difícil desenhar a família sem o bebê. Lúcia respondeu; sim... (Obs.: a figura do pai, de novo não aparece, nem é citada).

### **Desenho da casa**

Neste desenho, Lúcia - tentando racionalizar suas emoções – desenhou primeiro sua casa verdadeira. Desenhou todos os cômodos, distribuiu as pessoas nas diferentes camas. Observou-se que existe uma cama grande de casal - que é dividida por sua mãe, Lúcia e Fátima (as duas que foram abusadas incestuosamente); num beliche dividem a cama de cima os dois meninos mais novos que ela; na cama de baixo, dividem a cama a mais velha de 13 e a mais nova de 3 anos; o irmão de 17 anos dorme num outro cômodo, como se fosse um sótão, construído só com o espaço para ter uma cama. Além disso, desenhou o banheiro, a sala, a cozinha e contou da rotina de sair cedo e só voltar para casa após as 17h.

### **Desenho da casa que gostaria de ter**

Como o seu desenho anterior foi baseado na realidade, sem revelar suas fantasias, desejos – notou-se que Lúcia começava a estabelecer no vínculo com a terapeuta um certo jogo, muito característico dos vínculos terapêuticos – o jogo do esconde-esconde. Por sinal, este é um jogo revelador do processo terapêutico instaurado – o cliente, deliberadamente, passa a se proteger para não revelar seus sentimentos, seus desejos, pois nesse momento ele ainda testa a vinculação estabelecida – posso confiar nessa pessoa? No momento em que o terapeuta lhe explica que a terapia era um espaço seu, que ali era o

lugar para falar de todas suas tristezas ou não, das alegrias, dos sonhos e da realidade também, o vínculo terapêutico ganha força. Sendo assim, hoje a proposta seria para imaginar, para sonhar com a casa que gostaria de ter – Lúcia percebeu que poderia criar, poderia deixar aflorar seus sentimentos, e, rapidamente passou a desenhar a casa dos seus sonhos.

Desenhou cada dupla de irmãos num quarto, deixando o mais velho sozinho. Assim, fez uma casa de dois andares, onde, os dois irmãos menores continuavam juntos, cada um em uma cama; as duas irmãs (de 13 e 10 anos) juntas em outro quarto; desenhou a si própria dividindo o quarto com a irmã caçula, e, num quarto sozinha, sua mãe.

Perguntei-lhe se estava bom assim ou se queria fazer alguma modificação no desenho. Lúcia disse que queria trazer, como era um sonho, o bebê para essa casa nova. Disse-lhe que podia fazer como quisesse e perguntei-lhe – aonde você quer colocá-lo? Lúcia: no quarto da minha mãe.

Esse desenho confirma-nos que as vítimas de abuso incestuoso estabelecem um vínculo de dependência emocional com o abusador e com outro progenitor não abusador.

Como toda família incestuosa, esta também não colocou limites, regras de funcionamento, de auto-regulação, de convivência (aliás, revelam até uma certa promiscuidade) – nesse sentido é que toda esta trama não foi questionada por esta mãe, em nenhum momento: como aconteceu o desenvolvimento físico-emocional dessas filhas? Como poderiam ficar todos dormindo dessa forma, sem nenhuma privacidade? Não questionou, nem se reportou em nenhum momento se sua filha, logo que o abuso começou, se Lúcia se aproximou para lhe revelar, para dizer alguma coisa? Vem a perceber a situação só após 4 meses de gravidez, quando o aborto legal já não era mais possível? E os sentimentos das filhas? Esta mãe só foca o sofrimento da filha quando o bebê não vai para casa com ela?

A não-responsabilização do outro cônjuge, daquele que não comete o abuso sexual, provavelmente será trazido à terapia por esta filha, que vai questionar a não-proteção, a demora para perceber a situação. Enquanto isso, o “inimigo” está sempre fora – é o juiz - quem causa o sofrimento. A figura do pai é constantemente poupada.

Comenta-se que Lúcia tem também um vínculo de dependência emocional com essa mãe pelo fato de, na fantasia, Lúcia querer deixar o bebê para sua mãe cuidar. É como se tivesse que “presentear a mãe com o fruto do incesto”. Talvez Lúcia tenha captado uma grande mobilização da mãe para ficar com esse bebê. Se se desse o caso de Lúcia querer ter um filho para se sentir preenchida, para complementar seus sentimentos, sua maternidade, pensamos que, na fantasia, colocaria o bebê consigo própria, para, neste contexto de fantasia, cuidar dele, amamentar, etc. Todavia, Lúcia não está vivendo este momento, porque este não é o seu desejo. E até agora realizou o desejo do outro, do seu pai (e, nos

perguntamos se, indiretamente, não terá realizado o desejo da sua mãe também). Assim, revelou, na fantasia, que não daria conta de assumir o bebê sozinha, e, então, é como se ele fosse das duas, dela e de sua mãe.

### *Evolução das sessões*

O atendimento familiar foi marcado, outros membros da família estão passando por diagnóstico (mãe e Fátima).

Após a fase da realização dos desenhos, Lúcia iniciou uma outra etapa, uma outra fase do processo perapêutico. Aceitou trabalhar num contexto mais amplo. Nas sessões seguintes a metodologia do psicodrama foi utilizada.

Aproveitando, como *aquecimento inespecífico* o desenho da casa, pedi-lhe que dispusesse na sala, com as almofadas, a casa em que moravam, como se apresentava hoje. No *aquecimento específico* pedi-lhe que escolhesse um momento que mais gostasse de estar na sua casa e ela escolheu a hora em que assistem TV. Todos os irmãos juntos (menos os dois maiores que estão trabalhando). Perguntei-lhe quem comanda a escolha dos programas de televisão e Lúcia disse que era ela e Fátima. Na fase da *dramatização*, pedi-lhe que tomasse seu lugar na cena e, como *Diretor de cena*- terapeuta fiz entrevistas ao seu personagem: T: Que programas mais gosta de assistir?/Lúcia: As novelas do SBT/ T: Qual é a cena?/ Lúcia: A que uma mulher sai de sua casa, voando, e chega no quarto de um homem para matá-lo – porque ele tinha abusado e matado sua filha.(sic). Passou-se aos *comentários*, nos quais Lúcia confirmou que pode mostrar como se sentia em relação ao abuso perpetrado por seu pai – que esperava ter sido mais protegida por sua mãe, mais defendida por ela. Daí a necessidade de mostrar isso.

### *Conclusões*

Trata-se de um caso de abuso sexual incestuoso, sendo o abusador o pai biológico – o abuso concretizou-se pela conjunção carnal, tendo acontecido várias vezes – segundo dados da informante (mãe), sempre que pai e filha estavam sozinhos na casa. O pai também manteve relações sexuais com a irmã Fátima.

A figura da mãe foi vista como ausente, negligente, sem capacidade de perceber o clima emocional ou mesmo fatos que ocorreram a sua volta. O que se passa com esta mãe? Poder-se-ia falar de um tipo de convivência ou de um déficit na capacidade perceptual, bem como de certa dificuldade para compreensão dos fatos? Daí a necessidade de se avaliá-la psicologicamente.

Como já foi dito, as entrevistas iniciais em conjunto – mãe e filha – objetivaram quebrar o pacto do silêncio gerado pelo abuso sexual intrafamiliar e facilitar a confiança com o terapeuta.

O recurso aos desenhos foi um procedimento muito rico, considerando a dificuldade de comunicação verbal da vítima. Objetivaram também fortalecer a relação de confiança que estava se instalando entre

cliente e terapeuta. Evidenciaram uma característica comum no atendimento de crianças/adolescentes – estabelece-se continuamente um ir e vir da realidade e fantasia e vice-versa.

A evolução das sessões, após os desenhos, falam de uma cliente mais segura, confiante, participante. Todavia, como a revelação da cena do abuso ainda não havia acontecido, optou-se em propor técnicas de ação, com a utilização de jogos dramáticos, através de situações do seu dia a dia.

Com a utilização de técnicas dramáticas, do jogo de cena, o abuso incestuoso aparece quase que de imediato, no plano fantasioso, da estória. Todavia, nota-se em muitas situações de abuso continuado que a vítima está para falar a qualquer momento, só não o fez antes porque não se sente totalmente confiante. Assim, traz a vivência, fala pela primeira vez da figura de um homem abusador – mas, na cena, a protagonista principal é a figura da mãe – que vive o papel da “justiceira voadora”. É como se ela esperasse que sua mãe, que não a defendeu, ainda pudesse fazê-lo, esperando que esta possa, na fantasia, fazer justiça com as próprias mãos. Surge uma figura feminina toda poderosa que vai atrás do homem que destruiu sua filha – pois a situação de abuso incestuoso tem, para a vítima, a mesma sensação de morte, de interrupção abrupta da sua infância. Outro fator a ser destacado. Lúcia está se acercando do tema para trazer em sessões próximas, quem sabe, a revelação do abuso – ainda não consegue falar do pai abusador. Este não apareceu em nenhum desenho, nem as suas atitudes, suas estratégias de abuso, seu afastamento, sua prisão, não surgiram, não puderam ser comunicadas ainda.

Todos esses aspectos trazem à tona, para futuras sessões, a necessidade de se trabalhar o relacionamento com sua mãe, o aspecto simbiótico desse vínculo, as ambivalências que ele contém. Da mesma forma, anuncia-se que as questões ligadas à figura do abusador, a sua revolta em relação a ele, as reações de agressividade, as ambivalências de sentimentos e da mesma forma em relação aos irmãos. São todos estes temas que poderão surgir num futuro próximo.

### **Referências Bibliográficas**

- Azevedo, M. A. & Guerra, V. (1998). **Com Licença, Vamos À Luta**. S.Paulo: Lactri/Ipusp.
- Bustos, D.M. (1979). **Peligro...amor a la vista**. Buenos Aires: Lugar.
- Castelo de Almeida, W. (1988). **Formas de Encontro**. S. Paulo: Ágora.
- ECA - **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Condeca/SP/Imprensa Oficial/1999, p.25 e 43.
- Fávero, M. (2003). **Sexualidade infantil e abusos sexuais de menores**. Lisboa: Climepsi.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. **Child Abuse and Neglect**, 17, 409 – 417.

- Fonseca, J.S. (1980). **Psicodrama da Loucura**. S.Paulo: Ágora.
- Furniss, T. (1993). **Abuso sexual de crianças – uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gonçalves, C.S., Wolff, J.R. & Almeida, W.C. (1988). **Lições de psicodrama: Introdução ao Pensamento Moreniano**. S.Paulo: Ágora.
- López, F. & Del Campo, A. (1997). **Prevención de Abusos Sexuales a Menores**. Madrid: Amarú.
- Moreno, J. L. (1975). **Psicodrama**, S. Paulo: Cultrix.
- Moreno, J. L. (1974). **Psicoterapia de Grupo e Psicodrama**. São Paulo: Mestre Jou.
- Perazzo, S. (1987). **Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim**. S.Paulo: Francisco Alves.
- Projeto Rede Criança Conquistando a Cidadania/CNRVV/1995, p. 2
- Rocheblave-Spenlé, A.M. (1962). **La Notion de Role en Psychologie Sociale**. Paris: PUF
- Saffioti, H. (2004). **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Sanderson, C. (2005). **Abuso Sexual em crianças. Fortalecendo Pais e Professores na Prevenção do Abuso Sexual**. S. Paulo: Mbooks.
- Satir, V. (1980). **Terapia do Grupo Familiar**. S.Paulo: Francisco Alves.



## Avaliação de Agressores Sexuais Adolescentes

*Assessment of Adolescent Sexual Offenders*

Rute Agulhas<sup>12</sup>  
Marisalva Fávero<sup>13</sup>

### Resumo

As agressões sexuais perpetradas por adolescentes constituem uma realidade sobre a qual existe ainda um conhecimento muito escasso. Com especificidades que os distinguem dos agressores sexuais adultos, estes jovens apresentam características individuais, familiares e sociais que requerem uma intervenção legal e terapêutica que permita uma responsabilização pelos seus comportamentos, a par de um processo de intervenção que envolva os diversos sistemas onde estão inseridos. Neste artigo iremos refletir sobre esta problemática, nomeadamente, sobre quem são estes jovens, que tipos de agressões cometem, quais são os contextos da agressão, quais são as características das suas vítimas e como devem ser avaliados.

**Palavras-chave:** Agressores sexuais adolescentes; Avaliação; Abuso sexual; Perfil psicológico e social.

### Abstract

Sexual assaults committed by adolescents are a reality about which there is still a very scarce knowledge. With special features that distinguish them from adult sex offenders, these young people have individual characteristics, family and social problems that require legal and therapeutic intervention to enable accountability for their actions, along with an intervention process that involves various systems in which they participate. In this study we will reflect on this issue, particularly, on those who are these young perpetrators, what kinds of aggressions they committed, context of aggression, who are their victims and how they should be assessed.

**Keywords:** Adolescent sexual offenders; Assessment; Child sexual abuse; Psychological and social profile.

### Introdução

O estudo dos agressores sexuais adolescentes tem vindo a intensificar-se nos últimos vinte anos (Calley, 2007a; Gerhold, Browne, & Beckett, 2007) sendo que, até então, a maior parte destes jovens não era responsabilizada pelos seus comportamentos, acreditando-se que estes

---

<sup>12</sup> Psicóloga, Terapeuta Familiar. Psicóloga consultora na Delegação Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. Professora assistente convidada no ISCTE-IUL.

<sup>13</sup> Psicóloga e sexóloga, Psicodramatista, Professora Universitária no Instituto Superior da Maia; Investigadora na UNIDEP/Porto e CINEICC/Coimbra/Portugal

seriam meramente exploratórios e acabariam por esbater-se e extinguir-se na idade adulta (Gerhold *et al.*, 2007; Morenz & Becker, 1995). De forma progressiva, a literatura tem vindo a suscitar um debate entre a banalização destes comportamentos na adolescência e a pertinência em efetuar uma intervenção específica junto destes jovens, considerando-se estes comportamentos como uma etapa na aquisição de modelos de interesse sexual desviante, tal como os que são encontrados nos agressores sexuais adultos (McKibben & Jacob, 1993).

A ideia de que estes comportamentos abusivos na adolescência são meramente exploratórios assume-se como pouco plausível, na medida em que estes jovens evidenciam frequentemente fantasias e/ou experiências sexuais de natureza não desviante prévias aos cenários masturbatórios com fantasias desviantes (McKibben & Jacob, 1993), que precedem os comportamentos abusivos.

Os estudos retrospectivos (*e.g.*, Tingle, Barnard, Robbins, & Newman, 1986) efetuados com agressores sexuais adultos têm também contribuído para uma melhor compreensão das questões relativas aos agressores sexuais adolescentes, na medida em que muitos destes adultos (cerca de 60%, de acordo com uma revisão de literatura efetuada por McKibben & Jacob, 1993; entre 50 a 80%, de acordo com Abel, Osborn, & Twigg, 1993) terão iniciado a sua carreira criminal na adolescência, permanecendo anos sem ser responsabilizados (Fanniff & Becker, 2006).

No entanto, nem todos os adolescentes que cometeram agressões sexuais mantêm este comportamento na vida adulta, o que remete para a importância em efetuar um diagnóstico diferencial e uma avaliação do risco de reincidência nestes jovens (Gerhold *et al.*, 2007). Por outro lado, e atendendo ao fato dos estudos realizados com agressores sexuais adultos indicarem que a agressão sexual tende a aumentar de frequência e gravidade ao longo do tempo (Varker, Devilly, Ward, & Beech, 2008), conclui-se que a deteção precoce e a intervenção especializada junto destes agressores são objetivos a atingir urgentemente.

#### A dimensão do problema

O conhecimento atual indica que a prevalência da agressão sexual cometida por adolescentes é elevada (*e.g.*, Letourneau & Borduin, 2008), apesar das estatísticas disponíveis não refletirem ainda a verdadeira extensão do problema, acreditando-se que um número significativo destes casos permanece por identificar (Gerhold *et al.*, 2007). Considera-se que esta situação poderá relacionar-se com a dificuldade das famílias em denunciar estes comportamentos por não os percecionarem como abusivos, devido à idade dos jovens, e também pelo fato destes manterem, na maioria das situações, uma relação de proximidade com as suas vítimas (Varker, Devilly, Ward & Beech, 2008; Worling, 1995).

É estimado que os agressores adolescentes sejam responsáveis por aproximadamente um terço de todos os casos de abuso sexual infantil (e.g., Calley, 2007a; Federal Bureau of Investigation, 2006, *as cited in* Caldwell & Dickinson, 2009; Les Centres Jeunesse de Montréal, 1998; Morenz & Becker, 1995; Varker *et al.*, 2008). Em Portugal, e de acordo com o Relatório Anual de Segurança Interna (2009), o número de crimes sexuais participados aos Órgãos de Polícia Criminal aumentou 12.90% em relação ao ano anterior, o que se traduz em 2363 participações. Em relação às características das vítimas, os dados disponíveis referem que a maioria (82,71%) é do sexo feminino e tem uma idade inferior a 16 anos (62,26%). Quando são analisadas as características dos autores destes crimes, apenas é referido que 94,87% são do sexo masculino (o que está de acordo com a literatura; ver Morenz & Becker, 1995) e, na sua maioria (61,23%), têm uma idade superior a 21 anos. Não é referida a percentagem de autores com idade inferior a 16 anos, nem com idade compreendida entre os 16 e 21 anos. Assim, considera-se significativa a percentagem de autores de crimes sexuais com idade inferior a 21 anos (38,77%), mas não são explicitadas no referido documento quais as características individuais, familiares ou sociais destes agressores.

Este vazio no conhecimento existente relativamente a quem são estes jovens em Portugal que cometem crimes de natureza sexual espelha um pouco a literatura, sendo que a maior parte da investigação sobre agressores sexuais foca-se nos adultos. Importa, então, estudar as diferenças entre agressores sexuais adultos e agressores sexuais adolescentes no que respeita às suas características e necessidades (Boyd, Hagan, & Cho, 2000), o que permitirá identificar estratégias de avaliação e de intervenção específicas para os diferentes grupos (Fanniff & Becker, 2006).

### **Compreensão da problemática**

No que respeita à idade de início, cerca de metade dos violadores adultos e abusadores sexuais de crianças condenados cometeram a sua primeira agressão entre os oito e os 18 anos de idade, situando-se a idade média nos 16 anos (Boyd *et al.*, 2000). De acordo com diversos autores (e.g., Boyd *et al.*, 2000; Gerdes, Gourley, & Cash, 1995), a idade de início dos comportamentos sexualmente abusivos relaciona-se com a reincidência, sendo que quanto mais novo é o agressor, maior a probabilidade deste tipo de comportamentos persistir no tempo.

As características da vítima, como a idade, sexo, nível de coerção e relação com o agressor, revelam-se dimensões igualmente importantes que podem relacionar-se com aspectos específicos da agressão sexual e a sua reincidência. Relativamente à idade da vítima, a maioria dos agressores sexuais adolescentes tende a escolher crianças mais novas, exceto em situações de agressão sexual sem contacto físico (e.g., exibicionismo, telefonemas obscenos, voyeirismo), onde as vítimas

tendem a ser da mesma idade ou mais velhas do que o agressor (Boyd *et al.*, 2000). Os agressores sexuais adolescentes tendem ainda a escolher vítimas do género feminino (Boyd *et al.*, 2000).

A progressão de comportamentos não violentos (*e.g.*, exibicionismo) para outros de natureza mais violenta é frequente, podendo também co-existir comportamentos que envolvam contacto físico com outros que não envolvem (Boyd *et al.*, 2000; McKibben & Jacob, 1993). Quando a vítima é uma criança, a penetração é menos provável de ocorrer (Boyd *et al.*, 2000).

McDermott e Hindelang (1981, *as cited in* Boyd *et al.*, 2000) compararam o nível de coerção usado por agressores sexuais adolescentes e agressores sexuais adultos, com vítimas de idade igual ou superior a 12 anos, concluindo que, nas violações cometidas por adolescentes, é menos provável o uso de arma ou de agressão que cause dano físico à vítima (ver também Morenz & Becker, 1995).

No que respeita à relação mantida com a vítima, na maior parte das situações esta é conhecida do adolescente, exceto quando a vítima é adulta e também nas agressões que não envolvem contacto físico (Boyd *et al.*, 2000).

#### Características individuais, familiares e sociais

Os conhecimentos sobre a etiologia do desenvolvimento sexual desviante são ainda limitados, apesar de encontramos na literatura sobre agressores sexuais adultos diversos modelos teóricos explicativos, numa perspectiva biológica, psicanalítica, comportamental ou social (Les Centres Jeunesse de Montréal, 1998). Relativamente aos adolescentes, a investigação indica múltiplas características destes jovens e dos diversos sistemas sociais onde estão inseridos (família, pares, escola) que se relacionam com a agressão sexual (Letourneau & Borduin, 2008), nomeadamente, aspectos relativos à disfunção familiar, saúde mental e ao consumo de substâncias (Calley, 2007b). Numa perspectiva de risco mais generalizado, destacam-se os aspectos relativos à delinquência, afeto (os agressores sexuais parecem particularmente vulneráveis no plano afetivo, experienciando emoções negativas e não adaptativas; Les Centres Jeunesse de Montréal, 1998) e desenvolvimento sexual (Calley, 2007b).

No que respeita às dinâmicas familiares, numerosos estudos remetem para o fato dos agressores sexuais adolescentes estarem inseridos em famílias caracterizadas por padrões disfuncionais de relacionamento (Boyd *et al.*, 2000; McKibben & Jacob, 1993; Morenz & Becker, 1995; Varker *et al.*, 2008; Worling, 1995), a par de um baixo estatuto sócio-económico (Boyd *et al.*, 2000), défice ao nível das competências parentais e violência intrafamiliar (Boyd *et al.*, 2000; Varker *et al.*, 2008). Os resultados de uma investigação conduzida por Hsu e Starzynski (1990) indicam também um ambiente familiar envolvendo consumo de substâncias (ver também Letourneau & Borduin, 2008),

antecedentes criminais e depressão em pelo menos um dos progenitores, a par de situações de maus-tratos, negligência e institucionalização dos menores.

Quando comparados com agressores sexuais extrafamiliares, os agressores sexuais adolescentes intrafamiliares referem mais punição e rejeição parental, mais conflitos entre os pais e menor satisfação ao nível das suas relações familiares (Worling, 1995).

Estes jovens evidenciam também maiores dificuldades no relacionamento com pares (Boyd *et al.*, 2000) e no desempenho académico (Morenz & Becker, 1995; Varker *et al.*, 2008), isolamento social (Boyd *et al.*, 2000; Calley, 2007b; McKibben & Jacob, 1993; Varker *et al.*, 2008), imaturidade social e sexual (McKibben & Jacob, 1993) e comportamentos violentos precoces (*e.g.*, Boyd *et al.*, 2000). Os adolescentes que abusam de crianças mais novas manifestam ainda dificuldade em estabelecer relações de intimidade com os seus pares (Boyd *et al.*, 2000), com idealização do mundo da infância, característica também encontrada nos agressores sexuais adultos (McKibben & Jacob, 1993).

Ao nível cognitivo, evidenciam crenças que racionalizam ou minimizam o sofrimento provocado pela agressão física e sexual nas vítimas (Varker *et al.*, 2008). Por exemplo, podem não considerar as suas agressões como causadoras de dano, acreditando que as vítimas participaram voluntariamente (Morenz & Becker, 1995; Varker *et al.*, 2008), que mereceram a agressão ou ainda que gostaram da experiência (Craissati, 1998; Varker *et al.*, 2008).

De acordo com a literatura, os agressores sexuais adolescentes exibem também, na sua maioria, elevados níveis de stress e dificuldades em recorrer a estratégias de *coping* adequadas (Pagé, Tourigny, & Renaud, 2009), utilizando mais frequentemente estratégias negativas como forma de resolver os problemas.

No que respeita ao consumo de substâncias, estima-se que cerca de 50% dos agressores sexuais adolescentes apresentem uma história de consumos (Calley, 2007b), pelo que esta deve ser conceptualizada como uma problemática em co-morbilidade com as agressões sexuais, que requer também uma intervenção específica.

Existe pouca evidência de que a maioria destes jovens tenha uma história de abuso sexual, encontrando-se uma prevalência de auto-relatos de vivências abusivas que varia entre 20 a 50%, semelhante àquela encontrada em agressores não sexuais (Letourneau & Borduin, 2008).

### **Empatia e agressão sexual**

O défice ao nível da capacidade empática surge como um dos principais aspectos que caracteriza os agressores sexuais, pelo que o desenvolvimento desta competência é assumido como um dos principais objectivos terapêuticos na maioria dos programas de intervenção

(Craissati, 1998; Eys, 1997; Hunter, Figueredo, Becker, & Malamuth, 2007; Varker *et al.*, 2008). A empatia é um constructo multidimensional que inclui aspectos cognitivos e emocionais, relacionando-se os primeiros com a capacidade para processar informação e tomar decisões críticas e os últimos com a empatia experiencial, em que se geram no observador emoções similares às da vítima (Hunter *et al.*, 2007). Os défices de empatia podem ser divididos em défices-traço e défices-estado (Eisenberg, 2000). Enquanto traço, assume-se que a empatia é uma componente da personalidade do indivíduo, relativamente constante na sua expressão ao longo do tempo e das situações. Enquanto estado, a empatia pode ser fortalecida ou diminuída numa dada circunstância devido a diversas variáveis, incluindo o humor, necessidades e estímulos específicos (Hunter *et al.*, 2007; Varker *et al.*, 2008). A investigação sugere ainda que a empatia pode ser específica de acordo com determinadas situações ou pessoas (Hunter *et al.*, 2007), o que significa que um indivíduo geralmente empático na maioria das situações pode não o ser perante determinadas pessoas ou numa circunstância em particular.

Nos agressores sexuais adultos, os défices de empatia têm sido conceptualizados de três formas: um défice de empatia em geral; um défice de empatia face às vítimas em geral; e um défice de empatia em relação à vítima específica do seu comportamento abusivo (Varker *et al.*, 2008). A empatia em geral foi conceptualizada por Davis (1996) como um conjunto de constructos relacionados com a resposta de um indivíduo às experiências de outro indivíduo, envolvendo respostas emocionais e cognitivas (Varker *et al.*, 2008). Os défices na empatia face às vítimas em geral são considerados défices em relação a uma categoria específica de potenciais vítimas (*e.g.*, mulheres ou crianças), enquanto os défices de empatia em relação a uma vítima específica envolvem os défices face à vítima específica do seu comportamento abusivo (Varker *et al.*, 2008). A maioria dos estudos sugere que os agressores sexuais adultos apresentam um défice empático em relação às vítimas em geral ou à vítima do seu comportamento abusivo (Hunter *et al.*, 2007), acreditando-se que a supressão empática pode relacionar-se com distorções cognitivas que justificam o comportamento sexualmente abusivo em determinadas circunstâncias.

Poucos estudos têm sido desenvolvidos no sentido de avaliar a existência e natureza destes mesmos défices nos agressores sexuais adolescentes (Barbaree & Marshall, 2006). O conhecimento existente propõe que esta população apresenta tipicamente um défice ao nível da empatia em geral (Hunter *et al.*, 2007; Varker *et al.*, 2008), relacionado com a existência de circunstâncias indutoras de stress e com a falta de suporte social (Varker *et al.*, 2008), tornando mais difícil para estes jovens o estabelecimento de relações de intimidade com os seus pares. Outros autores (*e.g.*, Lindsey, Carlozzi, & Eells, 2001) sugerem que os défices sejam, acima de tudo, na dimensão emocional da empatia,

aumentando também o risco de envolvimento em comportamentos delinquentes não sexuais.

### **Processo de Avaliação**

A avaliação dos agressores sexuais revela-se um processo complexo e moroso, transversal ao longo do tempo e das várias fases pelas quais estes podem passar, nomeadamente, durante o processo de intervenção terapêutica (Craissati, 1998). Procurar compreender a etiologia do comportamento agressivo, tendo em conta a baixa fidelidade que os auto-relatos podem apresentar, torna o processo de avaliação numa tarefa que requer ao técnico conhecimentos teóricos específicos, treino, experiência e supervisão (Craissati, 1998).

Uma avaliação compreensiva destes adolescentes permite uma melhor compreensão dos múltiplos fatores de risco e de proteção que podem estar presentes, para além de aumentar a probabilidade de identificação de outros fatores, em co-morbilidade, a ter em conta no processo de intervenção (Calley, 2007b). Esta avaliação compreensiva inclui, habitualmente, (a) uma análise do comportamento agressivo numa perspectiva multi-fatorial, (b) a avaliação do risco estimado de futuras agressões e (c) recomendações para a gestão do risco, com a eventual definição de um plano terapêutico (Craissati, 1998; Fanniff & Becker, 2006; Morenz & Becker, 1995).

De um modo geral, os agressores sexuais tendem a apresentar-se de uma forma positiva e socialmente desejável, minimizando a extensão e gravidade dos seus comportamentos agressivos e dissimulando as suas fragilidades. Como forma de tentar ultrapassar estas dificuldades, sugere-se o envolvimento de diversas fontes de informação no processo de avaliação (Craissati, 1998).

No que respeita à metodologia, três grandes métodos de avaliação têm sido utilizados: (a) avaliação psicométrica e projetiva; (b) avaliação objetiva, de natureza fisiológica, desenvolvida para avaliar o interesse sexual desviante; e (c) avaliação do risco, envolvendo instrumentos preenchidos pelos técnicos, baseados nas entrevistas de avaliação e em informação colateral (Campbell, 1993; Fanniff & Becker, 2006).

A avaliação psicométrica e projetiva (*e.g.*, avaliação cognitiva, de sintomatologia, de personalidade) é muito frequente neste contexto de avaliação, podendo ainda cruzar-se alguma informação obtida através do adolescente com outra referida por diversas fontes de informação (*e.g.*, escola e família) (Fonseca & Simões, 2004). A utilização destes instrumentos deve, no entanto, ter em conta eventuais constrangimentos que decorrem do fato do sujeito poder responder de acordo com a desejabilidade social, dissimulando as suas dificuldades, ou, pelo contrário, simulando a existência de patologia (Craissati, 1998), o que poderá comprometer a validade das suas respostas (Fonseca & Simões, 2004).

A avaliação objetiva mais utilizada é a pletismografia do pênis ('Penile Plathysmograph' – PPG), uma técnica laboratorial que permite avaliar as preferências e os interesses sexuais do agressor a partir da medição da tumescência do pênis em resposta a uma variedade de estímulos, visuais e auditivos, desviantes e não desviantes (Craissati, 1998; Morenz & Becker, 1995; Proulx, 1993). Os dados obtidos com esta técnica permitem quantificar o interesse sexual em três dimensões: idade, sexo e comportamento (Proulx, 1993). A necessidade em recorrer a uma técnica de natureza mais objetiva justifica-se face às estratégias típicas de dissimulação, negação e minimização utilizadas pelos agressores, que diminuem a validade dos seus relatos e comprometem o processo de avaliação (Proulx, 1993). Os estudos com esta técnica têm sido efetuados, acima de tudo, com agressores sexuais adultos, surgindo algumas críticas relacionadas com a validade dos estímulos utilizados, o impacto da ansiedade e/ou da abstinência sexual prolongada na cativação sexual, bem como as tentativas de, intencionalmente, reprimir essa mesma cativação e controlar a ereção do pênis (Craissati, 1998). Por outro lado, e apesar de um interesse sexual desviante ser considerado de forma consistente como um fator de risco para a reincidência em agressores sexuais adolescentes e adultos (Fanniff & Becker, 2006), a avaliação do interesse sexual não permite determinar, por si só, em que medida o sujeito irá, ou não, agir de acordo com esse mesmo interesse (Craissati, 1998).

As entrevistas são, então, consideradas como o cerne do processo de avaliação, sendo que devem envolver a recolha de três tipos de informação, complementares entre si (Aubut, 1993a; Craissati, 1998): 1) informação factual relativa aos comportamentos agressivos e à história de vida do jovem; 2) informação qualitativa, relativa à percepção que o agressor tem sobre os fatos; e 3) a forma como o técnico percebe o agressor durante o processo de avaliação (e.g., nível de ativação, capacidade de ressonância afetiva).

No que respeita à percepção que o agressor tem sobre os fatos, destaca-se a avaliação do nível de negação, sendo que esta se constitui como o principal obstáculo a um processo de intervenção terapêutica (Craissati, 1998; Morenz & Becker, 1995). A investigação (Aubut, 1993a; Craissati, 1998) refere três componentes-chave a ter em conta na avaliação da negação: comportamento, responsabilidade e gravidade. De acordo com Salter (1988), a negação pode ser dividida em: (a) negação dos comportamentos; (b) negação da fantasia e planeamento; (c) negação da gravidade do comportamento, do dano para a vítima e da necessidade de tratamento; (d) negação da responsabilidade pelo comportamento (atribuição a fatores externos); e (e) total admissão com responsabilidade e culpa. Assim, para esta autora, o agressor que genuinamente não nega será aquele que admite a extensão do seu interesse sexual desviante; tem uma versão que coincide com a da

vítima; consegue descrever pensamentos e fantasias prévias, a planificação das agressões e a sedução da vítima; consegue identificar potenciais fatores precipitantes da recaída; sente-se culpado pelo seu comportamento e reconhece o dano causado. A este nível de reconhecimento está associado um prognóstico mais positivo (Aubut, 1993a).

### **Avaliação do risco de reincidência**

Estimar ou prever o risco da reincidência sexual é um dos principais objetivos quando se avaliam agressores sexuais, sendo que o conceito de *risco* remete para a possibilidade ou probabilidade de algo adverso poder acontecer, enquanto o conceito de *recidiva* remete para a repetição da agressão (Aubut, 1993b). As recidivas são habitualmente avaliadas com base nas re-condenações do sujeito, o que pode ser considerada uma forma de medida bastante questionável, na medida em que a agressão sexual é um fenómeno de difícil identificação por parte de terceiros (Gerhold *et al.*, 2007), podendo não ser detectada. No entanto esta é, frequentemente, a única forma de medida disponível (Gerhold *et al.*, 2007). Os estudos sobre as recidivas variam também muito ao nível dos períodos de tempo que decorrem entre a avaliação e o seguimento dos agressores, sendo a média encontrada na literatura de cerca de seis anos (Gerhold *et al.*, 2007). À medida que o tempo de *follow-up* aumenta, a taxa de recidiva também tende a aumentar (Gerhold *et al.*, 2007).

É imperativo que os técnicos que avaliam o risco de agressão sexual em adolescentes tenham em atenção as inúmeras mudanças envolvidas nesta fase do desenvolvimento. Assim, recomenda-se que os jovens sejam reavaliados, no mínimo, a cada seis meses (Calley, 2007b).

As variáveis preditoras da reincidência sexual são habitualmente distinguidas de acordo com fatores de risco considerados estáticos ou dinâmicos (Calley, 2007b; Craissati, 1998; Gerhold *et al.*, 2007). Enquanto as variáveis estáticas representam fatos históricos que não são passíveis de ser alterados (*e.g.*, história pessoal e familiar, história sexual, características da agressão), as variáveis dinâmicas relacionam-se com aspectos do funcionamento do sujeito mais passíveis de sofrerem mudanças, podendo envolver aspectos cognitivos, emocionais, motivacionais ou comportamentais (Gerhold *et al.*, 2007).

Relativamente às variáveis estáticas, o fator mais significativamente correlacionado com a recidiva (sexual e/ou não sexual) em adolescentes é a história de agressões prévias (*e.g.*, Gerhold *et al.*, 2007). Para a reincidência em geral, o começo precoce de uma perturbação do comportamento e os traços psicopáticos surgem fortemente associados com agressões subsequentes, quer em adolescentes, quer em adultos (Gerhold *et al.*, 2007). Ao estudar a reincidência em adolescentes, importa analisar a distinção efetuada por Moffitt (1993) entre delinquentes persistentes ao longo da vida ('life-

course persistent offenders') e delinquentes limitados à adolescência ('adolescence limited offenders'), sendo que os primeiros evidenciam diversas características, nomeadamente, perturbação de comportamento na infância, dificuldades escolares, consumo de substâncias, elevada impulsividade, emocionalidade negativa e comportamentos em busca de emoções fortes (Gerhold *et al.*, 2007). Algumas destas características estão presentes nos agressores sexuais adolescentes, apesar da maioria dos estudos (Gerhold *et al.*, 2007) sugerir que os traços psicopáticos, o estilo de vida anti-social e a perturbação de comportamento de início precoce sejam variáveis preditoras, acima de tudo, da recidiva ao nível das agressões não sexuais (Moffitt, 1993; Saltaris, 2002).

Também Caldwell (2002) refere que a criminalidade prévia é um forte fator preditor das recidivas, embora não específico da recidiva sexual. No entanto, considera que as agressões prévias associadas a um comportamento anti-social ou impulsivo, a um grupo de pares com comportamentos delinquentes e ao isolamento social podem aumentar o risco de reincidência sexual.

Dois outros fatores de risco referidos de forma consistente na literatura (Gerhold *et al.*, 2007) relacionam-se com o número de vítimas e a natureza da relação entre o agressor e a vítima. Os agressores que reincidem têm geralmente um elevado número de vítimas, pelo que a existência de múltiplas vítimas tem sido considerada como um fator de risco para a reincidência sexual em adolescentes e adultos (Gerhold *et al.*, 2007).

A escolha de uma vítima estranha tem sido referida nos estudos com agressores adultos como estando relacionada de uma forma consistente com o risco de recidiva (Gerhold *et al.*, 2007). Nos agressores adolescentes, a escolha de uma vítima estranha é também relativamente rara, sendo que os adolescentes conhecem, geralmente, a(s) sua(s) vítima(s) (Barbaree, Marshall, & Hudson, 1993). No entanto, importa aqui fazer uma distinção relativamente ao tipo de agressão sexual, uma vez que, para os adolescentes exibicionistas (menos estudados), a escolha de vítimas estranhas pode ser mais frequente (Gerhold *et al.*, 2007). Os exibicionistas apresentam, assim, uma taxa mais elevada de reincidência, a par dos agressores sexuais que agridem vítimas extra-familiares, femininas e masculinas, quando comparados com agressores sexuais intrafamiliares (Boyd *et al.*, 2000).

As variáveis dinâmicas mais referidas na literatura relacionam-se com a preferência sexual por crianças (Worling, 2001), padrões de relacionamento interpessoal (Craissati, 1998; Gerhold *et al.*, 2007), consumo de substâncias (Calley, 2007b; Craissati, 1998), distorções cognitivas, empatia (Calley, 2007a), remorsos, motivação para a mudança e suporte social (Gerhold *et al.*, 2007). A baixa auto-estima tem sido também relacionada com a reincidência, mas ao nível de agressões não sexuais (Worling & Curwen, 2000). É reconhecida a necessidade de serem

desenvolvidos e testados instrumentos de medida para avaliação destas variáveis, bem como mais investigação sobre o impacto que estas podem ter ao nível da reincidência sexual (Gerhold *et al.*, 2007).

Na perspectiva de uma avaliação compreensiva do risco, têm vindo a ser desenvolvidas diversas escalas multidimensionais que permitem uma avaliação do risco de recidiva (Caldwell & Dickinson, 2009; Calley, 2007b). Apesar da necessidade de desenvolver mais investigação nesta área, destacam-se três escalas que apresentam adequadas propriedades psicométricas (Calley, 2007b): (a) o 'Youth Level of Service/Case Management Inventory' (YLS/CMI; Hoge & Andrews, 1994), que avalia fatores de risco individuais e necessidades de reabilitação; (b) o 'Juvenile Sex Offender Assessment Protocol – II' (JSOAP-II; Prentky & Righthand, 2003), que avalia informação relativa a fatores de risco estáticos (ativação sexual e comportamento anti-social/impulsivo) e dinâmicos (intervenção e estabilidade/ajustamento na comunidade); e (c) a 'Estimate of Risk of Adolescent Sex Offense Recidivism (ERASOR; Worling & Curwen, 2001), que avalia diversos fatores de risco categorizados em cinco domínios: interesse sexual, atitudes e comportamento; agressões sexuais prévias; funcionamento psicossocial; funcionamento familiar e tratamento.

### **Considerações finais**

As agressões sexuais são também cometidas por adolescentes e não podem ser entendidas enquanto meros comportamentos exploratórios típicos desta fase de desenvolvimento. Uma mudança na forma de perceber estas situações afigura-se como imprescindível para que estes comportamentos possam ser detectados precocemente e sinalizados às entidades competentes, permitindo, depois, uma avaliação compreensiva de cada jovem em concreto, nomeadamente, no que respeita ao seu funcionamento individual, familiar e social.

Uma avaliação compreensiva do risco de reincidência, recorrendo a múltiplas fontes de informação, revela-se fundamental para que possam ser delineadas estratégias de intervenção adequadas a cada caso, sendo que a intervenção legal, por si só, assume-se como manifestamente insuficiente na prevenção de novas agressões.

### **Referências bibliográficas**

- Abel, G., Osborn, C., & Twigg, D. (1993). Sexual assault through the life span: adult offenders with juvenile histories. In H. Barbaree, W. Marshall, & S. Hudson (Eds.). **The juvenile sexual offender** (pp. 104-117). New York: Guilford.
- Aubut, J. (1993a). L'évaluation clinique. In J. Aubut et coll. (Eds.). **Les agresseurs sexuels – théorie, évaluation et traitement**. (pp. 79-88). Montréal: Les Éditions de la Chenelière.

- Aubut, J. (1993b). Le prévention de la récidive: une approche bio-psychosociale. In J. Aubut et coll. (Eds.). **Les agresseurs sexuels – théorie, évaluation et traitement.** (pp. 146-153). Montréal: Les Éditions de la Chenelière.
- Barbaree, H., Marshall, W., & Hudson, S. (1993). **The juvenile sex offender.** New York: Guilford Press.
- Barbaree, H., & Marshall, W. (2006). An introduction to the juvenile sex offender: terms, concepts, and definitions. In H. E. Barbaree & W. L. Marshall (Eds.) **The juvenile sex offender** (pp. 1-18). New York: Guilford Press.
- Boyd, N., Hagan, M., & Cho, M. (2000). Characteristics of adolescent sex offenders: a review of the research. **Aggression and Violent Behavior**, 5 (2), 137-146.
- Caldwell, M. (2002). What do we know about juvenile sexual reoffense risk. **Child Maltreatment**, 3 (4), 291-302.
- Caldwell, M. & Dickinson, C. (2009). Sex offender registration and recidivism risk in juvenile sexual offenders. **Behavioral Sciences and the Law**, 27, 941-956.
- Calley, N. (2007a). Promoting an outcomes-based treatment milieu for juvenile sexual offenders: a guided approach to assessment. **Journal of Mental Health Counseling**, 29 (2), 121-143.
- Calley, N. (2007b). The use of an integrated array of assessment instruments in the treatment of the juvenile male sex offenders. **Journal for Juvenile Justice Services**, 21 (1&2), 31-42.
- Campbell, M. (1993). L'évaluation psychométrique et projective. In J. Aubut et coll. (Eds.). **Les agresseurs sexuels – théorie, évaluation et traitement.** (pp. 107-115). Montréal: Les Éditions de la Chenelière.
- Craissati, J. (1998). **Child sexual abusers.** UK: Psychology Press.
- Davis, M. (1996). **Empathy: a social psychological approach.** Boulder, CO: Westview.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. **Annual Review of Psychology**, 51, 665-697.
- Eys, P. (1997). Group treatment for prepubescent boys with sexually aggressive behavior: clinical considerations and proposed treatment techniques. **Cognitive and Behavioural Practice**, 4, 349-382.
- Fanniff, A. & Becker, J. (2006). Specialized assessment and treatment of adolescent sex offenders. **Aggression and Violent Behavior**, 11, 265-282.
- Fonseca, A. & Simões, M. (2004). Comportamento anti-social: técnicas e instrumentos de avaliação. In A. Fonseca (Ed.). **Comportamento anti-social e crime – da infância à idade adulta.** Coimbra: Almedina.

- Gerdes, K., Gourley, M., & Cash, M. (1995). Assessing juvenile sex offenders to determine adequate levels of supervision. Child Abuse & Neglect, 19 (8), 953-961.
- Gerhold, C., Browne, K., & Beckett, R. (2007). Predicting recidivism in adolescent sexual offenders. Agression and Violent Behavior, 12, 427-438.
- Hsu, L., & Starzynski, J. (1990). Adolescent rapists and adolescent child sexual assaulters. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 34, 23-31.
- Hunter, J., Figueredo, A., Becker, J., & Malamuth, N. (2007). Non-sexual delinquency in juvenile sexual offenders: the mediating and moderating influences of emotional empathy. Journal of Family Violence, 22, 43-54.
- Lei Tutelar Educativa. Retrieved from [http://www.pgdlisboa.pt/pgdl/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=542&tabela=leis&nversao=](http://www.pgdlisboa.pt/pgdl/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=542&tabela=leis&nversao=)
- Les Centres Jeunesse de Montréal (1998). Guide d'appropriation de l'approche milieu: adolescence-familles. Montréal.
- Letourneau, E. & Borduin, C. (2008). The effective treatment of juveniles who sexually offend: an ethical imperative. Ethics & Behavior, 18 (2-3), 286-306.
- Lindsey, R., Carlozzi, A., & Eells, G. (2001). Differences in the dispositional empathy of juvenile sex offenders, non-sex-offending delinquent juveniles, and nondelinquent juveniles. Journal of Interpersonal Violence, 16 (6), 510-522.
- McKibben, A. & Jacob, M. (1993). Les Adolescents. In J. Aubut et coll. (Eds.). Les agresseurs sexuels – théorie, évaluation et traitement. (pp. 267-279). Montréal: Les Éditions de la Chenelière.
- Moffitt, T. (1993). Adolescent limited and life-course persistent antisocial behavior, a developmental taxonomy. Psychological Review, 100 (4), 674-701.
- Morenz, B. & Becker, J. (1995). The treatment of youthful sexual offenders. Applied & Preventive Psychology, 4, 247-256.
- Pagé, C., Tourigny, M., & Renaud, P. A comparative analysis of youth sex offenders and non-offender peers: is there a difference in their coping strategies? Sexologies (2009), doi: 10.1016/j.sexol.2009.11.002.
- Proulx, J. (1993). L'évaluation des préférences sexuelles. In J. Aubut et al. (Eds.). Les agresseurs sexuels – théorie, évaluation et traitement. (pp. 98-106). Montréal: Les Éditions de la Chenelière.
- Relatório Anual de Segurança Interna. Retrieved from <http://www.mai.gov.pt/data/documentos/Relatorios%20Seguranc>

a%20Interna/RASI%202009%20%20PCM%2025MAR.%20(Versao%20definitiva).pdf

- Saltaris, C. (2002). Psychopathy in juvenile offenders. Can temperament and attachment be considered as robust developmental precursors? **Clinical Psychological Review**, 22, 729-752.
- Salter, A. (1988). **Treating child sex offenders and victims – a practical guide**. California: Sage.
- Tingle, D., Barnard, G., Robbins, L., & Newman, G. (1986). Childhood and adolescent characteristics of pedophiles and rapists. **International Journal of Law and Psychiatry**, 9 (1), 103-116.
- Varker, T., Devilly, G., Ward, T., & Beech, A (2008). Empathy and adolescent sexual offenders: a review of the literature. **Agression and Violent Behavior**, 13, 251-260.
- Worling, J. (1995). Adolescent sibling-incest offenders: differences in family and individual functioning when compared to adolescent nonsibling sex offenders. **Child Abuse & Neglect**, 19 (5), 633-643.
- Worling, J. (2001). Personality-based typology of adolescent sexual offenders: differences in recidivism rates, victim-selection characteristics, and personal victimization histories. **Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment**, 13 (3), 149-166.
- Worling, J. & Curwen, T. (2000). Adolescent sexual offender recidivism: success of specialized treatment and implications for risk prediction. **Child Abuse & Neglect**, 24 (7), 965-982.

## **A PREVENÇÃO DO ABUSO SEXUAL A MENORES** ***Child sexual abuse prevention***

Amaia del Campo<sup>14</sup>  
Marisalva Fávero<sup>15</sup>

### **Resumo**

Neste artigo sobre a prevenção dos abusos sexuais a menores iremos apresentar uma reflexão sobre os tipos de prevenção, como estes devem ser operacionalizados, e sobre o papel dos pais, dos professores e da comunidade na prevenção dos abusos sexuais. À partir da revisão da literatura sobre os programas de prevenção da vitimação sexual de menores, oferecemos um contributo pessoal, uma análise reflexiva sobre os diversos protagonistas e sobre como devem interatuar.

**Palavras-chaves:** Abusos sexuais, prevenção, pais, educadores, professores, comunidade.

### **Abstract**

In this paper on the prevention of child sexual abuse we will present a reflection on the types of prevention, as these should be operationalized, and the role of the parents, teachers and the community in prevention of child sexual abuse. From the literature review of child sexual victimization prevention programs, we offer a personal contribution, a reflective analysis on the different actors and how they should interact.

**Keywords:** Child sexual abuse; prevention; parents, teachers, community.

### **Introdução**

Apesar de os estudos indicarem uma percentagem de crianças vítimas de abuso sexual que não apresentam sintomas (entre 21 e 49%), há um conjunto de sintomas físicos, psicológicos e/ou comportamentais associados à experiência de vitimização sexual na infância ou adolescência (López, Carpintero, Hernández, Martín, & Fuertes, 1995).

Por outro lado, os estudos de epidemiologia indicam percentagens importantes de vítimas. As estatísticas internacionais situam a prevalência entre os 6 e os 30%, valores que dependem, entre outras coisas, do conceito de abuso sexual utilizado e da metodologia adotada (Pereda & Forns, 2007; Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009). Em Portugal os estudos indicaram 6,7% (9,9% mulheres e 3,7% homens) no estudo

---

<sup>14</sup> Universidade de Salamanca/Espanha

<sup>15</sup> Instituto Superior da Maia; UNIDEP; CINEICC/Porto/Portugal

de Fávero (2003), 2,6% no de Figueiredo, Bifulco, Paiva, Maia, Fernandes & Matos (2004) e 6,1% no de Loureiro (2008).

Tendo em conta as consequências físicas, psicológicas e sociais, a elevada percentagem de crianças e adolescentes que são vítimas de abusos sexuais, o fenómeno de segredo que o caracteriza e o fato dos/as menores poderem ser vítimas, agressores/as ou potenciais testemunhas e/ou confidentes de outros/as menores vítimas, a prevenção ganha uma dimensão crucial na agenda da educação. Por um lado, urge formar os/as professores/as, trabalhar as suas atitudes e dar-lhes instrumentos para reagir adequadamente face às situações de abusos sexuais. Por outro, devido ao carácter social e transversal do abuso sexual a menores, a prevenção deste tipo de maltrato sobre crianças e adolescentes deve ser incorporada na formação básica dos/as profissionais que trabalham nos domínios pediátricos, para que possam detectar e enfrentar assertivamente as situações de suspeitas e confirmações de abusos sexuais, no exercício da sua profissão (Sousa & Fávero, 2009; Teixeira & Fávero, 2011).

Verifica-se uma tendência à realização de programas de prevenção dirigida à sociedade em geral e, portanto, descentralizada da criança, mas também se constata que esta pretensão é ainda uma realidade demasiado teórica. É praticamente inexistente, ou pelo menos não divulgada, em Portugal, a inclusão de grupos de profissionais ou de pais nos programas de educação sexual, e muito menos em programas, especificamente, de prevenção das agressões sexuais a menores. Por conseguinte, as escassas abordagens deste tema com crianças e adolescentes são feitas diretamente com esta população e quase sempre em sessões específicas sobre o tema e descontextualizadas da sexualidade.

No entanto, sabemos, através de estudos recentes (Hicks & Tite, 1998; Sousa & Fávero, 2009; Teixeira & Fávero, 2011), que os/as profissionais/as que trabalham nos universos infantis, admitem não obter, na sua formação de base, conhecimentos suficientes para abordar a problemática dos abusos sexuais com as crianças e com as suas famílias, justificando ser este um dos motivos pelo qual não a abordam nas suas ações de educação para a saúde. Tão pouco, consideram-se capazes de enfrentar adequadamente uma sinalização de abusos sexual. É ainda mais preocupante que os/as professores/as sintam este desconforto, alegando estas mesmas razões - falta de formação adequada - pois estes têm um papel fundamental na sinalização de abusos sexuais, podendo mesmo, juntamente com outros/as profissionais da escola, serem os únicos agentes de sinalização destes casos (Feng & Wang, 2010; Kenny, 2004; Walsh, Bridgstock, Farrell, Rassafiani, & Schweitzer, 2008; Walsh, Goebbels & Nicholson, 2012; Walsh, Rassafiani, Mathews, Farrell & Butler, 2010).

O receio das consequências de uma denúncia, a recusa em aceitar que os/as seus/suas alunos/as estejam a ser vítimas de abuso, a falta de

conhecimentos sobre as entidades a quem devem denunciar, a falta de conhecimento sobre as características dos abusos sexuais, são algumas das razões apontadas por estes/as profissionais para não denunciarem os abusos sexuais (Beck, Ogloff & Corbishley, 1994; Goebbels, Nicholson, Walsh, & De Vries, 2008; Hinson & Fossey, 2000; Kenny, 2004).

Por outro lado, se não se demitem da sua obrigação de sinalizar e denunciar estas situações de abusos, os/as professores estarão, por si só, a fazer prevenção primária e secundária, pois a sua intervenção evitará a repetição e perpetuação dos abusos (Kenny, 2004). A repetição do abuso sexual é apontada na literatura sobre as consequências dos abusos sexuais como um dos fatores que mais agrava a experiência abusiva (Fávero, 2003).

### **Tipos de prevenção do abuso sexual infantil e estratégias utilizadas**

Atualmente, em alguns países, a prevenção do abuso sexual a menores apresenta uma ampla variedade de serviços de intervenção comunitária, que podem ser categorizados de acordo com seu nível de atuação. Assim, podemos falar de três níveis de prevenção, em função dos objetivos destes serviços e das estratégias utilizadas para a sua realização: prevenção primária, secundária e terciária. Passamos a assinalar algumas das estratégias preventivas utilizadas nos três níveis de intervenção.

A prevenção primária dirige-se à população geral e pretende produzir mudanças numa determinada problemática social, fundamentalmente, através da educação. Portanto, a prevenção primária do abuso sexual infantil refere-se a uma série de serviços dirigidos à audiência geral, com objetivo de parar ou diminuir o surgimento de novos casos de abuso (Pietrzak, Ramler, Renner, Ford, & Gilbert, 1990; Vreeman & Carroll, 2007). Entre as intervenções mais utilizadas em prevenção primária destacam-se os programas de prevenção aplicados nas escolas, as campanhas informativas, os cursos de formação para pais, etc.

Os programas de prevenção secundária dirigem-se a determinados grupos que foram identificados como "de alto risco de sofrer um abuso sexual". O seu objetivo é detetar precocemente a existência do abuso, para que a sua magnitude possa ser limitada através da intervenção (Miller-Perrin & Wurtele, 1988; O'Donohue, Geer, & Elliott, 1992; Weisz, Sandler, Durlak, & Anton, 2005). Existem basicamente dois tipos de serviços de prevenção secundária que podem detetar a existência deste tipo de abusos: programas de visitas a domicílio e serviços de saúde mental.

Por último, os programas de prevenção terciária oferecem diversos serviços a vítimas, famílias e agressores/as, com o objetivo de minimizar os efeitos negativos do abuso sexual, e prevenir a sua repetição. Os serviços de prevenção terciária do abuso sexual, mais , são os

tratamentos terapêuticos de vítimas, famílias e agressores/as. Ainda assim, com o objetivo de evitar a repetição dos abusos, praticamente, todos os países recorrem à prisão do/a agressor/a. Finalmente, na atualidade, a maioria dos países ocidentais conta também com serviços de apoio através das linhas telefônicas de ajuda. Alguns autores consideram que a denominação prevenção terciária destes serviços é inadequada, posto que o seu objetivo é, fundamentalmente, tratamento e não a prevenção (Cowen, 1983; O'Donohue, Geer & Elliott, 1992).

### **Importância da prevenção primária**

Inúmeros são os motivos que determinam a necessidade de se começar a actuar na problemática do abuso sexual através de estratégias de prevenção primária. A seguir apontamos alguns dos que, no nosso entender, justificam, mais claramente, este tipo de intervenções.

Em primeiro lugar, a elevada prevalência de abusos sexuais a menores, demonstrada por praticamente todas as investigações realizadas evidencia, firmemente, a necessidade de realizar intervenções preventivas que permitam reduzir este risco. Até agora, as condenações dos agressores, utilizadas, na maioria dos países, como único meio de prevenção, não têm demonstrado serem eficazes nem para a sua reabilitação, posto que a maioria dos agressores ex-reclusos é reincidente, nem tão pouco parecem servir como exemplo de castigo para outros possíveis agressores (Dolan, 2009; Prescott & Rockoff, 2008).

Em segundo lugar, a prevenção primária tem o potencial de evitar, quer para os/as menores, as suas famílias e inclusive os/as agressores/as, os nocivos efeitos associados ao abuso sexual. A intervenção orientada para o tratamento do abuso sexual infantil uma vez ocorrido, quer dizer, a assistência médica e psicológica do/a menor e o tratamento específico da família e do/a agressor/a, pode resultar muito dispendiosa e com resultados de questionada eficácia, especialmente no caso dos/as agressores/as (Wurtele, & Kenny, 2010).

Além disso, tendo em conta que a grande maioria dos casos de abuso sexual passa despercebida, dado que muitos/as menores não revelam a vitimização sofrida e, quando o fazem, as famílias tendem a mostrarem-se reticentes a procurar apoio terapêutico, a terapia tradicional só poderá ser capaz de descobrir uma pequena percentagem destes/as menores que sofreram abuso. Por conseguinte, neste caso, como na maioria das problemáticas sociais, a prevenção primária é mais económica e efetiva que o tratamento, tanto para a vítima como para o/a agressor/a e a sociedade em geral.

Na atualidade, a experiência de anos de trabalho com as vítimas permite sugerir que muitos/as menores poderiam ter evitado a sua vitimização se tivessem adquirido algumas informações básicas sobre os abusos sexuais, como por exemplo, conhecimentos sobre o que é

impróprio no contato com adultos ou o seu direito a negar certos pedidos dos adultos (Finkelhor, 2007; Finkelhor & Daro, 1997).

Ainda assim, a prevenção primária do abuso sexual mostra-se conveniente dado que, normalmente, os conteúdos desenvolvidos nos programas de prevenção podem ter um impacto positivo noutros problemas associados ao abuso sexual, como por exemplo, a violência intrafamiliar, o maltrato infantil, a qualidade de vida familiar, a comunicação entre pais/mães e filhos/as, etc. (López & Del Campo, 2006; Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor, & Schellinger, 2011; O'Donohue, Geer, & Elliott, 1992).

Por último, a prevenção primária deste tipo de riscos torna-se necessária para cumprir com o dever de proteção dos adultos para com as crianças, assim como para garantir o cumprimento de um dos seus direitos fundamentais: estarem protegidos dos maus tratos e do abuso sexual (López, 1995).

### **Características dos programas de prevenção do abuso sexual infantil e contexto de intervenção**

A extensa literatura científica sobre este tema, confirma que os programas de prevenção do abuso sexual têm-se desenvolvido com grande rapidez e têm sido aplicados com bastante êxito, especialmente em alguns países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Nova Zelândia, (Finkelhor & Daro, 1997; O'Donohue, Geer, & Elliott, 1992; Tutty, 1997).

No que respeita ao âmbito de aplicação, as estratégias de prevenção mais utilizadas pelos países cientes dos problemas de abuso sexual e da importância da prevenção primária, têm sido os programas de prevenção do abuso sexual a menores aplicados em escolas (Topping & Barron, 2009). Várias são as razões que têm incentivado os especialistas em prevenção a realizar as intervenções no âmbito escolar. Em primeiro lugar, deve ter-se em conta que a escola é um lugar privilegiado, no qual se pode trabalhar tanto com as crianças, como com as pessoas que mais relação têm com elas, (eg. pais e professores), sem implicar grandes custos económicos. Além disso, a escola oferece espaço e tempo adequados para a aplicação deste tipo de programas, permitindo o trabalho nas aulas com grupos relativamente reduzidos, dentro do horário escolar. Por outra parte, a escola é um meio familiar e não ameaçador para a criança, que permite tratar o tema de forma natural, como mais um conteúdo educativo, e obter uma maior colaboração dos/as menores no desenvolvimento das diferentes actividades dirigidas à prevenção do abuso. Além disso, dado que praticamente todos os/as menores se encontram escolarizados, a prevenção realizada no sistema escolar parece ser a forma mais eficaz de se conseguir a generalização das aplicações.

Até agora, os programas de prevenção do abuso sexual têm sido dirigidos de forma quase exclusiva aos rapazes e raparigas. A maior parte

destes programas ensina os/as menores a auto-protegerem-se do abuso, e baseiam-se na expectativa de que eles e elas possam ser capazes de evitar a sua vitimização, sem necessidade de realizar outro tipo de intervenções noutros setores da população. Sem dúvida, esta ideia responsabiliza os/as menores, que participaram nos programas, pela sua própria segurança. Além disso, é necessário ter em conta que as intervenções focalizadas nas crianças podem causar-lhes sentimentos de frustração, no caso de não poderem evitar o abuso, apesar das instruções recebidas. Para evitar isto, é importante que as campanhas de prevenção sejam dirigidas à sociedade em geral, especialmente aos/às principais educadores/as dos rapazes e raparigas, que são os/as pais/mães e os/as professores/as (Finkelhor, 2009).

Por outro lado, o abuso sexual é um fenómeno complexo que pode estar associado a vários fatores, distribuídos em três níveis distintos: individual, familiar e sociocultural. Parece existir certas características individuais da própria vítima e/ou do agressor/a, assim como determinados fatores familiares e socioculturais que incrementam o risco de vitimização sexual, especialmente quando se encontram combinados (Arreola, Neilands & Díaz, 2009). Por isso, e atendendo a este modelo multicausal, as intervenções preventivas deveriam ser dirigidas a cada um destes níveis: social, familiar e individual, incluindo, neste último, não só possíveis vítimas, mas também potenciais agressores, através de serviços coordenados, globais e contínuos.

Lamentavelmente, a maioria dos programas de prevenção do abuso sexual infantil tem-se focalizado exclusivamente nos abusos e, em inúmeras ocasiões, têm evitado fazer qualquer referência à sexualidade (Krivacska, 1990; 1992). Ainda que pareça paradoxal falar de abuso sexual sem mencionar a sexualidade, muitos são os programas que o fazem. Possivelmente, para salvaguardar a dificuldade que implicaria a implementação dos mesmos se aparecessem vinculados a um tema que ainda hoje produz reticências para os progenitores e os/as professores/as em alguns países como Estados Unidos, onde, precisamente, o desenvolvimento e a aplicação destes programas têm tido maior intensidade.

Alguns autores criticam os programas que ignoram a sexualidade nos seus conteúdos, perguntando-se até que ponto os/as menores podem compreender, desta forma, o que realmente é um abuso sexual. Assinalam, por outro lado, a contradição implícita em programas que encorajam os/as menores a contar aos adultos os abusos sofridos, quando muitas carecem do vocabulário e de experiência de abordar estes temas, ou são os próprios adultos os que evitam tratar de temas sexuais com os/as menores (Finkelhor, 1990).

Da nossa parte, defendemos que este tipo de intervenções preventivas devem realizar-se dentro de um contexto mais amplo, como é a educação sexual ou a educação para a saúde. É importante que a

primeira informação que os jovens recebam sobre a sexualidade não seja sobre os abusos sexuais, ou seja, a parte mais negativa da sexualidade. Consideramos necessário que os/as menores recebam previamente uma educação afectivo sexual, que ofereça uma visão positiva da sexualidade em geral, para passar, mais tarde, a compreender os diferentes riscos associados a ela (López, 1995). Desta forma, evitaremos vários efeitos adversos que poderiam resultar da aplicação de programas de prevenção dos abusos de forma isolada. Entre eles, que os menores possam adquirir uma percepção da sexualidade como algo negativo, posto que se a única informação que recebem é referente ao risco de abuso sexual, o qual devem tentar evitar, facilmente associarão sexualidade a perigo. Por outro lado, este tipo de informação descontextualizada pode levar as crianças a sentirem-se culpadas pelas suas experiências e jogos sexuais realizados com outros/as menores, podendo levá-los/as a reprimir futuras experiências inerentes ao desenvolvimento evolutivo normal dos rapazes e raparigas. Por último, se nos programas de prevenção se ensina unicamente que o abuso sexual pode incluir carícias por todo o corpo ou se fala de sensações que nos fazem sentir bem ou mal, evitando fazer referências diretas à sexualidade, corre-se o risco de provocar medo dos adultos ou rejeição das suas manifestações normais de afeto.

Ainda assim, como assinalam alguns autores (López, 1995; O'Donohue, Geer, & Elliott, 1992), praticamente todos os programas de prevenção focalizam a sua atenção nos rapazes e raparigas como possíveis vítimas, sem ter em conta que, especialmente os rapazes adolescentes, podem ser, por sua vez, potenciais agressores. Este aspecto deve ser tido em consideração na elaboração de programas de prevenção, posto que um número importante de agressões sexuais ocorre entre iguais (Serafim, Saff, Rigonatti, Casoy, & Barros, 2009). Por exemplo, no estudo de Groth, Hobson e Gary (1982) realizado com agressores sexuais, 50% destes afirmava ter cometido a sua primeira agressão sexual antes dos 16 anos de idade. Além disso, alguns estudos revelam existir um aumento alarmante de menores que abusam de outros rapazes e raparigas (Ryan & Richard, 2009). Pithers, Gray, Busconi e Houchens (1998) estimam que nos últimos 10 anos houve um aumento de 300% de denúncias de abusos sexuais cometidos por agressores menores de 14 anos.

A maior parte dos programas está a ser aplicado a alunos/as da escola primária, mas só uma pequena parte das intervenções preventivas se realizam nos primeiros anos da escola primária e são escassos os programas realizados com pré escolares. Lamentavelmente, os abusos sexuais podem ocorrer a rapazes e raparigas de todas as idades e um dos grupos mais vulneráveis entre a população de menores são precisamente os pré-escolares. Por conseguinte, os treinos em prevenção, em geral, estão a ser aplicados com crianças de idades mais velhas do que as recomendadas pelos especialistas desta área.

### **O papel dos pais na prevenção do abuso sexual**

No que toca às intervenções preventivas realizadas exclusivamente com menores, defendemos a implicação dos pais e mães na prevenção do abuso sexual infantil, baseando-nos em vários supostos (López & Del Campo, 1997a, 1997b, 1997c; Chen, & Chen, 2005; Wurtele, 2007).

Em primeiro lugar, se os/as pais/mães colaborarem na educação de seus filhos/as acerca da prevenção do abuso sexual, será mais provável que estes/as recebam a informação repetidas vezes, de fontes nas quais confiam plenamente, aumentando a eficácia dos programas. Por outra parte, os debates prévios com os/as pais/mães sobre o tema do abuso sexual, podem fazer com que seja mais simples para o/a menor a revelação de abuso, quando este ocorre. Além disso, é necessário que os/as pais/mães recebam informações verdadeiras, para acabar com o desconhecimento e as crenças errôneas que mantêm em torno ao tema do abuso sexual.

Com vistas à prevenção secundária, os/as pais/mães e educadores/as que participem em programas de prevenção podem aprender a identificar os sinais de abuso sexual nos/as menores, diminuindo, com isto, a possibilidade de repetição do abuso.

Ao mesmo tempo, tendo em conta que a maneira como o meio reage ao abuso é fundamental para a vítima enfrentar os possíveis efeitos traumáticos, os programas de prevenção podem ensinar os pais e mães a agirem de forma adequada ante um possível caso de abuso, oferecendo a ajuda necessária para reduzir os efeitos negativos.

Por último, a participação dos pais e mães nos programas de prevenção pode evitar que estes sejam futuros agressores, ou no caso de já terem cometido os abusos, pode ajudá-los a reconhecerem o seu problema e a procurarem ajuda para si e para as vítimas.

Embora as vantagens da participação dos pais nos esforços de prevenção deste risco sejam inúmeras, na realidade, são poucos os progenitores que discutem com os seus filhos/as estes temas.

Apesar das flutuações nas percentagens verificadas nos estudos científicos, menos da metade dos pais analisados falaram sobre os abusos sexuais com os/as seus/suas filhos/as nos estudos de Finkelhor (1984), Rheingold, Campbell, Self-Brown, de Arellano, Resnick e Kilpatrick (2007), Thomas, Flaherty e Binns (2004).

Finkelhor (1984) verificou que, de uma amostra de 521 pais, somente 29% tinham falado com os/as filhos/as sobre este tema. Além disso, neste grupo de pais, a maioria não mencionou alguns aspectos de especial relevância para a sua prevenção.

Vários são os motivos que fazem com que os pais se mostrem reticentes na hora de falar com os/as filhos/as sobre os abusos sexuais a menores. Finkelhor (1984), Porch e Petretic-Jackson (1986), Wurtele,

Kvaternick e Franklin (1992) descobriram nos seus estudos que muitos pais acreditavam que não houvesse necessidade de discutir com os/as seus/suas filhos/as estes temas ou pensavam que os filhos e filhas eram demasiado jovens para receber este tipo de informação. Outros não pensavam que os seus filhos/as realmente pudessem encontrar-se em situação de risco de sofrer um abuso sexual, porque acreditavam que estavam bem protegidos por eles, ou porque consideravam-nos capazes de evitar a sua vitimização. Por outra parte, os pais, muitas vezes, têm dificuldade em falar com seus filhos/as sobre a sexualidade em geral. Ou porque acreditam não ter conhecimentos, vocabulário e prática, ou devido às fortes emoções e sentimentos provocados pelos temas sexuais ou porque estão inseguros sobre seus próprios valores no que diz respeito a estes temas. Por último, muitos pais temem que tais discussões possam causar medos desnecessários e ansiedades aos/às menores, ou afetar de forma negativa as manifestações normais de afeto entre adultos e crianças.

Os escassos estudos sobre as atitudes dos pais face à prevenção do abuso sexual mostram que a maioria dos pais e mães confirma o seu interesse por este tema e consideram que eles mesmos devem ser os educadores primários na transmissão de conhecimentos relativos ao abuso sexual (Calvert & Munsie-Benson, 1999; Elrod & Rubin, 1993; Pullins & Jones, 2006; Wurtele, Kvaternick & Franklin (1992).

Em geral, os pais e as mães manifestam o seu desejo de participar no trabalho de prevenção de abuso sexual, através da sua própria formação e da colaboração com a escola na instrução deste tema. Portanto, os programas de prevenção escolar devem ter em conta os pais como um recurso fundamental, realizando intervenções que permitam o seu envolvimento.

De nossa parte (López & Del Campo, 1997<sup>a</sup>, 1999), consideramos que os objetivos das estratégias preventivas realizadas com pais são as seguintes:

- Que os pais e mães tomem consciência de que o seu papel protetor inclui também a prevenção do abuso sexual.
- Aumentar os seus conhecimentos acerca dos abusos sexuais.
- Tentar criar um ambiente de comunicação confiada na família, para que se os filhos e filhas tiverem este problema, o comuniquem.
- Fornecer alguns critérios para a identificação dos casos de abuso sexual.
- Aprender a reagir com eficácia e a procurar ajuda nestes casos.
- Evitar que eles próprios sejam os agressores ou, em caso de o serem, saberem procurar ajuda.
- Dar apoio explícito ao programa que está a ser realizado na escola.
- Realizar tarefas, propostas pelo programa de educação realizado na escola, em colaboração com os/as seus/suas filhos/as.
- Partilhar com outros pais as suas preocupações e encontrar em comum a forma de resolvê-las.

Praticamente todos os pais e mães conversam com os/as seus/suas filhos/as sobre diferentes riscos desde muito cedo, oferecendo-lhes diversas informações para evitar situações perigosas. Por exemplo, qual é o/a pai/mãe que não informou os/as seus/suas filhos/as sobre a necessidade de olhar para ambos os lados da rua antes de a atravessar, esperar que o semáforo esteja verde, etc.? Do mesmo modo, diante do temor de um possível sequestro, a maioria dos progenitores instrui os/as menores sobre as normas básicas de segurança pessoal: “nunca debes entrar no carro de um desconhecido”, “nunca debes aceitar prendas de um desconhecido”, etc. No entanto, como vimos anteriormente, são raros os pais que falam com os/as seus/suas filhos/as sobre o risco do abuso sexual, apesar da probabilidade de um/a menor sofrer um abuso sexual ser muito superior a ter um acidente de trânsito ou de ser sequestrado. Por conseguinte, é necessário que os pais conheçam a frequência real deste tipo de risco e tomem consciência de que são fundamentais na prevenção deste tipo de abuso.

Os pais e mães, em geral, manifestam um grande desconhecimento acerca do abuso sexual infantil e apresentam numerosas crenças erradas, fruto, em parte, do silêncio que sempre envolveu este tema e, por outra, da inadequada informação oferecida, em muitos casos, através dos meios de comunicação. Portanto, é necessário que os programas de prevenção transmitam aos pais e mães informações sobre a realidade do abuso sexual infantil: definição, tipos de abusos, frequência, tipos de agressores, efeitos, fatores de risco, etc.

Além disso, os pais provavelmente falarão mais frequentemente com os/as seus/suas filhos/as sobre a prevenção do abuso sexual se possuírem os conhecimentos necessários e se perceberem a si mesmos como capazes de transmitir esta informação. Alguns estudos avaliaram a eficácia dos pais e mães como educadores/as na prevenção do abuso sexual, e concluíram que estes/as podem ser instrutores/as eficazes quando possuem os conhecimentos e habilidades necessárias para tratar este tema com os/as seus/suas filhos/as (Wurtele, Currier, Gillispie & Franklin, 1991; Wurtele, Gillispie, Currier & Franklin, 1992; Wurtele, Kast, & Melzer, 1992).

Finalmente, será muito mais provável que os menores vítimas de abuso sexual revelem o abuso sexual sofrido, se previamente discutiram estes temas com os/as seus pais/mães.

Os pais e as mães são as pessoas que melhor conhecem os/as filhos/as e, por isso, ocupam uma posição privilegiada na sinalização de possíveis casos de vitimação. São muitos/as os/as menores vítimas que mantêm o segredo, pelo que um dos objetivos dos programas de prevenção dirigidos a pais deve ser a transmissão de alguns critérios básicos de identificação de sintomas associados ao abuso sexual infantil (Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

Ainda assim, é necessário que os programas de prevenção ensinem os pais e as mães a reagirem adequadamente ante a revelação do abuso por parte do/a menor. Vários estudos demonstraram que o grau de apoio que as vítimas recebem dos familiares ou outras pessoas após a revelação tem um papel central nos possíveis efeitos do abuso (Mian, Marton & Lebaron, 1996; Ray & Jackson, 1997; Whiffen, Judd, & Aube, 1999). Por conseguinte, os pais devem conhecer algumas estratégias de atuação que lhes permitam lidar adequadamente com a situação pós revelação e oferecer a ajuda necessária às/aos seus/suas filhos/as.

Os programas de prevenção devem oferecer, além disso, informações sobre os recursos sociais de apoio às vítimas e às suas famílias com os quais pode contar na comunidade. Algumas referências básicas que podem ser incluídas são: serviços de apoio às crianças e adolescentes, associações de assistência a vítimas, linhas de apoio à criança maltratada, Polícia de Segurança Pública da área de residência dos menores, tribunal de família e menores, CPCJ, etc.

Finalmente, baseando-nos nos resultados de algumas investigações que demonstram um significativo aumento na eficácia dos programas, quando os pais colaboram com os educadores na transmissão de conhecimentos (Briggs & Hawkins, 1994; Finkelhor, Asdigian & Dziuba-Leaterman, 1995), consideramos conveniente que os programas de prevenção contemplem tarefas que os/as menores possam realizar juntamente com os pais e mães em casa, por exemplo, procurar informação sobre locais de interesse e números de telefone dos diferentes recursos comunitários, etc. (López & Del Campo, 1997a; 1999).

### **O papel dos educadores nos programas de prevenção**

Os/As professores/as, juntamente com os/as pais/mães, são os principais educadores das crianças; portanto, é necessário que ambos colaborem nos programas de prevenção do abuso sexual. É fundamental que as informações oferecidas por pais/mães e professores/as possam ser contrastadas pelos/as menores sem que se contradigam nem os/as confundam.

Tradicionalmente, têm-se considerado os/as profissionais da educação como as pessoas mais adequadas para transmitir informação sobre o abuso sexual e para treinar os/as menores em habilidades de prevenção, tendo em conta a sua experiência e habilidade na área educativa, assim como o seu prolongado contato com os/as alunos/as. Sem dúvida, dada a carência de conhecimentos que os professores/as apresentam sobre esta problemática, faz-se necessário formá-los na prevenção do abuso sexual (López & Del Campo, 2006; Feng & Wang, 2010; Kenny, 2004; Randolph & Gold, 1994; Walsh, et al., 2008; Walsh, et al., 2010; Wurtele & Schmitt, 1992). Os/As educadores/as devem receber previamente informação sobre o conceito de abuso sexual, tipos

de abuso, frequência, efeitos, indicadores, características do/a agressor/a e estratégias utilizadas, processo a seguir, etc.

É importante que os/as educadores/as, que geralmente conhecem bem os/as seus/suas alunos/as, e podem observar frequentemente o seu comportamento, conheçam alguns dos fatores de risco mais claramente associados ao abuso sexual, assim como, determinados indicadores da existência de abusos, e que, normalmente, passam despercebidos (Goebbels, Nicholson, Walsh, & De Vries, 2008). Este desconhecimento por parte dos/as professores/as ficou claro no nosso estudo (López & Del Campo, 2006) onde 95% dos/as educadores/as manifestaram sentirem-se muito pouco capacitados para detectar possíveis vítimas de abuso sexual nas suas aulas.

Por outra parte, dado que os/as educadores/as, muitas vezes, se convertem em pessoas de confiança para os/as alunos/as, é muito provável que algumas das revelações de abuso realizadas pelos menores lhes sejam dirigidas. Por conseguinte, é fundamental que estejam preparados/as para receber este tipo de confidências e saibam atuar de forma eficaz perante estes casos. Não obstante, em geral, os professores sem formação específica sobre o abuso sexual manifestam muitas dificuldades para abordar as revelações de abusos. Por exemplo, no nosso estudo (López & Del Campo, 2006) os profissionais da educação avaliados manifestaram um profundo desconhecimento sobre os procedimentos a seguir em casos de suspeita de abuso sexual. Por outro lado, em geral, estes/as profissionais, frequentemente, temem as consequências da revelação e denúncia. Os/As educadores/as, em geral, preferem optar por intervenções informais em situações de abuso, considerando que, em muitos casos, este tipo de atuações podem ser mais eficazes que as denúncias ou a intervenção de serviços de proteção da infância. Estes resultados revelam a necessidade de implicar os/as educadores/as na prevenção deste risco; é fundamental que os/as professores/as conheçam as diferentes estratégias de atuação adequada ante a revelação ou a suspeita de um abuso sexual, assim como os recursos sociais de apoio para estes casos.

Finalmente, os/as educadores/as encarregados da aplicação dos programas de prevenção não só devem ter conhecimentos básicos sobre o abuso sexual, como devem saber transmitir estes conhecimentos aos menores de forma adequada e desenvolver-lhes habilidades para a proteção, comunicação e que lhes permitam enfrentar possíveis abusos sexuais. A instrução dos/as educadores/as na prevenção do abuso sexual não tem porque requerer grandes custos nem esforços. Pode-se facilitar a tarefa de formação dos/as professores/as na aplicação dos programas de prevenção do abuso sexual através de breves workshops de formação e/ou manuais com instruções básicas para apresentação dos programas (López & Del Campo, 1997a, 1997b, 1997c), materiais audiovisuais, etc.

### **Política preventiva comunitária**

Educadores/as, médicos/as, assistentes sociais, profissionais de saúde mental, polícias, advogados/as, juizes/as, fiscalistas e os/as demais profissionais que trabalham com a infância, são peças importantes a ter em consideração na prevenção do abuso sexual a menores. A melhoria do sentido de competência, dos conhecimentos e das habilidades destes profissionais, deve ser um objetivo prioritário na prevenção do abuso sexual, tendo em conta, segundo demonstram algumas investigações, as limitações que apresentam neste campo (Davey & Hill, 1999; Gore-Felton, Arnow, Koopman, Thorensen & Spiegel, 1999; Socolar, 1996). Por isto, como assinala López (1995), é necessário que este tema comece a integrar o currículo universitário e se realizem cursos de formação para profissionais que trabalham com menores.

Por outra parte, dada a descoordenação existente na atualidade entre os diversos serviços implicados na deteção, tratamento e intervenção em casos de abuso sexual, existe também uma necessidade de que as diferentes instituições relacionadas com este tema combinem os seus esforços.

Finalmente, seria também importante implicar toda a sociedade na prevenção deste risco, mediante a transmissão de informações básicas sobre o abuso sexual dirigidas a toda a população, através de campanhas (in)formativas. Algumas investigações demonstram que a maioria das pessoas afirma ter obtido a maior parte da informação sobre os abusos sexuais através de diferentes meios de comunicação (Elrod & Rubin, 1993; López et al., 1995; Rheingold, Campbell, Self-Brown, de Arellano, & Resnick, 2007). Portanto, não se pode esquecer que os meios de comunicação, com o seu grande potencial de audiência podem ser recursos fundamentais, sempre que se utilizem de maneira apropriada.

### **Referências Bibliográficas**

- Arreola, S. G, Neilands, T. B., Díaz, R. (2009). Childhood Sexual Abuse and the Sociocultural Context of Sexual Risk Among Adult Latino Gay and Bisexual Men. **American Journal of Public Health**, 99, 432-438.
- Beck, K., Ogloff, J., & Corbishley, A. (1994). Knowledge, Compliance, and Attitudes of Teachers toward Mandatory Child Abuse Reporting in British Columbia. **Canadian Journal of Education**, 19 (1), 15-28.
- Briggs, F., & Hawkins, M. F. (1994). Follow-up Data on the Effectiveness of New Zealand's National School Based Child Protection Program. **Child Abuse and Neglect**, 18 (8), 635-643. doi:10.1016/0145-2134(94)90013-2
- Calvert, J. F. & Munsie-Benson, M. (1999). Public Opinion and Knowledge About Childhood Sexual Abuse in a Rural Community. **Child Abuse and Neglect**, 23 (7), 671- 682. doi: 10.1023/A:1010356528082

- Chen, J. Q., & Chen, D. G. (2005). Awareness of Child Sexual Abuse Prevention Education Among Parents of Grade 3 Elementary School Pupils in Fuxin City, China. **Health Education Research: Theory & Practice**, 20 (5), 540-547. doi: 10.1093/her/cyh012
- Cowen, E. L. (1983). Primary Prevention in Mental Health: Past, Present and Future. em Felner, R., Moritsugu, L., & Farber, S. (Eds.), **Preventive Psychology: Theory, Research and Practice** (pp.11-25). New York: Pergamon.
- Davey, R. I. & Hill, J. (1999). The Variability of Practice in Interviews Used by Professionals to Investigate Child Sexual Abuse. **Child Abuse and Neglect**, 23 (6), 571-578. doi: 10.1016/S0145-2134(99)00030-7
- Dolan, M. (2009). Recent Advances in Therapy for Sexual Offenders. **F1000 Medicine Report**, 9, 1-4. doi: 10.3410/M1-45.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. **Child Development**, 82 (1), 474-501. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x.
- Elrod, J. M., & Rubin, G. H. (1993). Parental Involvement in Sexual Abuse Prevention Education. **Child Abuse and Neglect**, 17 (4), 527-538. doi: 10.1016/0145-2134(93)90027-3
- Fávero, M. (2003). **Sexualidade Infantil e Abusos Sexuais a Menores**. Lisboa: Climepsi.
- Feng, J., & Wang, C. (2010). Kindergarten Teachers' Experience with Reporting Child Abuse in Taiwan. **Child Abuse & Neglect**, 34 (2), 124-128. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.05.007
- Figueiredo, B., Bifulco, A., Paiva, C., Maia, A., Fernandes, E., & Matos, R. (2004). History of Childhood Abuse in Portuguese Parents. **Child Abuse & Neglect**, 28 (6), 669-682. doi:10.1016/j.chiabu.2003.11.021
- Finkelhor, D. (1984). **Child Sexual Abuse**. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1990). New Ideas for Child Sexual Abuse Prevention. In Oates, R. K. (Ed.), **Understanding and Managing Child Sexual Abuse** (pp. 385-396). Australia: Harcourt Brace Jovanovich Group.
- Finkelhor, D. (2007). Prevention of Sexual Abuse Through Educational Programs Directed Toward Children. *Pediatrics*, 120 (3), 640-645. doi:10.1542/peds.2007-0754
- Finkelhor, D. (2009). The Prevention of Childhood Sexual Abuse. **The Future of Children**, 19(2), 169-194.
- Finkelhor, D. & Daro, D. (1997). Prevention of Child Sexual Abuse. In M. E. Helfer, R.S. Kempe & R. D. Krugman, (Eds.), **The Battered Child** (pp. 615-626). Chicago, IL: The University of Chicago Press.

- Finkelhor, D., Asdigian, N., & Dziuba-Leaterman, J. (1995). Victimization Prevention Programs for Children: A follow-up. **American Journal of Public Health**, 85 (12), 1684-1689. doi: [ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.85.12.1684](http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.85.12.1684)
- Goebbels, A. F., Nicholson, J. M., Walsh, K. & De Vries, H. (2008). Teachers' Reporting of Suspected Child Abuse and Neglect: Behaviour and Determinants. **Health Education Research**, 23 (6), 941-9511. doi: 10.1093/her/cyn030
- Gore-Felton, C., Arnow, B., Koopman, C., Thorensen, C., & Spiegel, D. (1999). Psychologist' Beliefs About the Prevalence of Childhood Sexual Abuse: The Influence of Sexual Abuse History, Gender, and Theoretical Orientation. **Child Abuse and Neglect**, 23 (8), 803-811. doi: 10.1016/S0145-2134(99)00051-4
- Groth, N. A., Hobson, W. F., & Gary, T. S. (1982). The Child Molester: Clinical Observations. **Journal of Social Work and Human Sexuality**, 1 (1-2), 129-144. doi: 10.1300/J291v01n01\_08
- Hicks, C., & Tite, R. (1998). Professionals' Attitudes About Victims of Child Sexual Abuse: Implications for Collaborative Child Protection Teams. **Child and Family Social Work**, 3 (1), 37-48. doi: 10.1046/j.1365-2206.1998.00063.x
- Hinson, J., & Fossey, R. (2000). Child Abuse: What Teachers in the '90s Know, Think, and Do. **Journal of Education for Students Placed at Risk**, 5 (3), 251-266. doi: 10.1207/S15327671ESPR0503\_4
- Kenny, M. C. (2004). Teachers' Attitudes Toward and Knowledge of Child Maltreatment. **Child Abuse & Neglect**, 28 (12), 1311-1319. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.06.010
- Krivacska, J. J. (1990). **Designing Child Sexual Abuse Prevention Programs**. Illinois: Charles, C. Thomas Publisher.
- López, F. (1995). **Prevención dos Abusos sexuales de Menores y Educación Sexual**. Salamanca: Amarú.
- López, F. & Del Campo, A. (1997a). **Prevención de Abusos Sexuales a Menores. Guía para Padres y Madres**. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Amarú Ediciones.
- López, F. & Del Campo, A. (1997b). **Prevención de Abusos Sexuales a Menores. Guía para Educadores**. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Amarú Ediciones.
- López, F. & Del Campo, A. (1997c). **Prevención de Abusos Sexuales a Menores. Unidad Didáctica para Educación Secundaria**. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Amarú Ediciones.
- López, F. & Del Campo, A. (1999). **Prevención de Abusos Sexuales a Menores. Guía para Educadores y Padres**. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, FAPMI y Amarú Ediciones.

- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J., & Fuertes, A. (1995). Prevalencia y Consecuencias del Abuso Sexual al Menor en España. **Child Abuse and Neglect**, 19 (9), 1039-1050. doi: 10.1016/0145-2134(95)00066-H
- Loureiro, T. (2008). **Impacto do Abuso Sexual na Infância na Vivência da Sexualidade na Idade Adulta**. Dissertação de Mestrado (não publicada), Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Miller-Perrin, C. L., & Wurtele, S. K. (1988). The Child Sexual Abuse Prevention Movement: A Critical Analysis of Primary and Secondary Approaches. **Clinical Psychology Review**, 8 (3), 313-329. doi: 10.1016/0272-7358(88)90094-3
- O'Donohue, W., Geer, J. H., & Elliott, A. (1992). The Primary Prevention of Child Sexual Abuse. In W. O'Donohue & J. Geer (Eds.). **The Sexual Abuse of Children. Clinical Issues**, Vol.1, (pp. 476-517). New Jersey: Laurence Erlbaum.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The Prevalence of Child Sexual Abuse in Community and Student Samples: A Meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, 29 (4), 328-338. doi: 10.1016/j.cpr.2009.02.007
- Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y Características del Abuso Sexual Infantil en Estudiantes Universitarios Españoles. **Child Abuse and Neglect**, 31 (4), 417-426. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.08.010
- Pietrzak, J., Ramler, M., Renner, T., Ford, L., & Gilbert, N. (1990). **Practical Program Evaluation: Examples from Child Sexual Abuse Prevention**. Newbury Park: Sage Publications.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998). Caregivers of Children with Sexual Behaviour Problems: Psychological and Familial Functioning. **Child Abuse and Neglect**, 22 (2), 129-141. doi: 10.1016/S0145-2134(97)00123-3
- Porch, T. L., & Petretic-Jackson, P. A. (1986). **Child Sexual Assault Prevention: Evaluating Parent Education Workshops**. Paper presented at the Convenção da American Psychological Association, Washington, D. C.
- Pullins, L., & Jones J. (2006). Parental Knowledge of Child Sexual Abuse Symptoms. **Journal of Child Sexual Abuse**, 15 (4), 1-18. doi: 10.1300/J070v15n04\_01
- Randolph, M. K., & Gold, C. A. (1994). Child Sexual Abuse Prevention: Evaluation of a Teacher Training Program. **School Psychology Review**, 23 (3), 485-495. doi: 10.1016/0145-2134(88)90072-5
- Ray, K. C., & Jackson, J. L. (1997). Family Environment and Childhood Sexual Victimization: A Test of the Buffering Hypothesis. **Journal of Interpersonal Violence**, 12 (1), 3-17.

- Ryan, C. W. & Richard, C. W (2009). A Profile of Pedophilia: Definition, Characteristics of Offenders, Recidivism, Treatment Outcomes, and Forensic Issues **The Journal Of Life Long Learning In Psychiatry**, 7 (4),
- Rheingold, A., Campbell, C., Self-Brown, S., de Arellano, M., Resnick, H., & Kilpatrick D. (2007). Prevention of Child Sexual Abuse: Evaluation of a Community Media Campaign. **Child Maltreatment**, 12 (4), 352-363. doi: 10.1177/1077559507305994
- Serafim, A. S., Saff, F., Rigonatti, S., Casoy, I., & Barros, D. M. (2009). Perfil Psicológico e Comportamental de Agressores Sexuais de Crianças. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 36 (3),105-11. doi: 10.1590/S0101-60832009000300004
- Socular, R. (1996). Physician Knowledge of Child Sexual Abuse. **Child Abuse and Neglect**, 20 (8), 783-790. doi: 10.1016/0145-2134(96)00065-8
- Sousa, L., & Fávero, M. F. (2009). **Child Sexual Abuse: Nurse Attitudes**. Poster apresentado no 19th WAS World Congress for Sexual Health, Gotemburg.
- Teixeira, R., & Fávero, M. F. (2011). **As Atitudes dos Técnicos de Saúde Mental Face aos Abusos Sexuais**. Dissertação de Mestrado (não publicada), ISMAI, Maia.
- Thomas, D., Flaherty, E., & Binns. H. (2004). Parent Expectations and Comfort with Discussion of Normal Childhood Sexuality and Sexual Abuse Prevention During Office Visits. **Ambulatory Pediatrics**, 4 (3), 232-236. doi: 10.1367/A03-117R1.1
- Topping, K. J., & Barron, I. G. (2009). School-Based Child Sexual Abuse Prevention Programs: a Review of Effectiveness. **Review of Educational Research**, 79, 431-463. doi:10.3102/0034654308325582
- Tutty, L. M. (1997). Child Sexual Abuse Prevention Programs: Evaluating Who do You Tell. **Child Abuse and Neglect**, 21 (9), 869-881. doi: 10.1016/S0145-2134(97)00048-3
- Vreeman, R. C., & Carroll, A. (2007). A Systematic Review of School-Based Interventions to Prevent Bullying. **Archives of Pediatric Adolescent Medicine**, 161 (1), 78-88. doi:10.1001/archpedi.161.1.78
- Walsh, K., Goebbels, A., & Nicholson, J. (2012). Teachers' Detecting and Reporting Child Abuse and Neglect: Research into the Determinants of Complex Professional Behaviour. in J. A. O'Dea (Ed.). **Current Issues and Controversies in School and Community Health, Sport and Physical Education**(141-156 pp.). Hauppauge, N.Y.: Nova Science Publishers.
- Walsh, K., Bridgstock, R., Farrell, A., Rassafiani, M., & Schweitzer, R. (2008). Case, Teacher and School Characteristics Influencing Teachers' Detection and Reporting of Child Physical Abuse and

- Neglect: Results from an Australian Survey. **Child Abuse & Neglect**, 32 (10), 983-93. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.03.002
- Walsh, K., Rassafiani, M., Mathews B., Farrell, A., & Butler, D. (2010). Teachers' Attitudes Toward Reporting Child Sexual Abuse: Problems With Existing Research Leading to New Scale Development. **Journal of Child Sex Abuse**, 19 (3), 310-36. doi: 10.1080/10538711003781392
- Weisz, J. R., Sandler, I., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and Protecting Youth Mental Health Through Evidence-Based Prevention and Treatment. **American Psychology**, 60 (6), 628-648. doi: 10.1037/0003-066X.60.6.628
- Whiffen, V. E., & Clark, S. E. (1997). Does Victimization Account for Sex Differences in Depressive Symptoms? **British Journal of Clinical Psychology**, 36 (2), 185-193. doi: 10.1111/j.2044-8260.1997.tb01406.x
- Whiffen, V. E., Judd, M. E., & Aube, J. A. (1999). Intimate Relationships Moderate the Association Between Childhood Sexual Abuse and Depression. **Journal of Interpersonal Violence**, 14 (9), 940-954. doi: 10.1177/088626099014009002
- Wright, M. O., Crawford, E., & Sebastian, K. (2007). Positive Resolution of Childhood Sexual Abuse Experiences: The Role of Coping, Benefit-Finding and Meaning-Making. **Journal of Family Violence**, 22 (7), 597-608. doi: 10.1007/s10896-007-9111-1
- Prescott, J. J., & Rockoff, J. (2008). **Do Sex Offender Registration And Notification Laws Affect Criminal Behavior?** Ann Arbor, MI: University of Michigan Law School.
- Wurtele, S. K. (2007). **The Body Safety Training Program: A Personal Safety Program for Parents to Teach their Children**. S.K. Wurtele: Colorado Springs, CO.
- Wurtele, S. K., & Kenny, M. C. (2010). Partnering with parents to prevent childhood sexual abuse. **Child Abuse Review**, 19, 130-152. doi:10.1002/car.1112
- Wurtele, S. K., & Miller-Perrin, C. L. (1992). **Preventing Child Sexual Abuse: Sharing the Responsibility**. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Wurtele, S. K., & Schmitt, A. (1992). Child Care Workers' Knowledge About Reporting Suspected Child Sexual Abuse. **Child Abuse and Neglect**, 16 (3), 385-390. doi: 10.1016/0145-2134(92)90047-U
- Wurtele, S. K., Currier, L. L., Gillispie, E. I., & Frankliln, C. F. (1991). The Efficacy of a Parent-Implemented Program for Teaching Preschoolers Personal Safety Skills. **Behavior Therapy**, 22 (1), 69-83. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80245-X
- Wurtele, S. K., Gillispie, E. I., Currier, L. L., & Franklin, C. F. (1992). A Comparisons of Teachers vs. Parents as Instructor of a Personal

- Safety Program for Preschoolers. **Child Abuse and Neglect**, 16 (1), 127-137. doi: 10.1016/0145-2134(92)90013-H
- Wurtele, S. K., Kast, L. C., & Melzer, A. N. (1992). Sexual Abuse Prevention Education for Young Children: A Comparison of Teachers and Parents as Instructors. **Child Abuse and Neglect**, 16 (6), 865-876. doi: 10.1016/0145-2134(92)90088-9
- Wurtele, S. K., Kvaternick, M., & Frankiln, C. F. (1992). Sexual Abuse Prevention for Preschoolers: A Survey of Parents' Behaviours, Attitudes and Beliefs. **Journal of Child Sexual Abuse**, 16 (1), 113-128. doi: 10.1300/J070v01n01\_08

# Associação Brasileira de Editores Científicos

