

**ANÁLISE DO ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS E JOVENS
NO CONTEXTO INTRA E EXTRA-FAMILIAR**

Dissertação de Mestrado a apresentar à Universidade do Porto no âmbito do
Mestrado em Ciências Forenses

Francisco José Monteiro de Paiva Taveira

Orientador: Professora Doutora Teresa Maria Salgado de Magalhães

Porto - 2007

Se te sentes só,
Num mundo de estranhos,
E anseias por alguém
Que ainda não conheces...

Se as nuvens onde voas,
Num céu azul de esperança,
Em cinzento se tornam
E te sentes cair...

Se sentes,
Mesmo assim,
Que queres abrir as asas
E recuperar o voo que, para ti, é tudo...

Richard Bach

Desde que me conheço, que me lembro de ti
Com os meus olhos sempre te conheci
Com o meu coração te amei
Na alma te sinto

Uma flor com as suas pétalas, perfeita é
Uma família inteira está,
A perda, completa não fica
O perfume, a fragrância, a lembrança

Perene, intemporal, a lembrança e o amor
Na alma te sinto
Comigo te trago
Contigo espero de novo andar

Das lembranças, ficou o perfume
Do amor, sinto a fragrância
A saudade, tenha na alma
No coração partido, te sinto

Tu, sem explicação foste
Tua companheira, ficou
Que saudade que eu sinto
Meu olhar Nela repousa

Com saudades do meu Pai...

“ Se me amas, de verdade, não chores por mim”

Santo Agostinho

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho resulta enriquecida pelo incentivo, partilha de experiências e de vivências, e pela disponibilidade de cooperação de todos os que nos rodeiam e em especial, dos que nele tomam parte activa, de forma directa ou indirecta, em vários e diversos campos, possibilitando as condições necessárias à sua conclusão.

Assim, gostaríamos de expressar o nosso agradecimento e manifestar a nossa gratidão a todo os que contribuíram para a execução deste trabalho, tanto na parte inicial de recolha de dados, como depois no seu tratamento

À Professora Doutora Teresa Magalhães, orientadora desta dissertação, apresentamos o nosso profundo reconhecimento e agradecimento pela amizade, motivação, orientação e permanente disponibilidade manifestada para orientar este trabalho, bem como os meios técnicos que facultou e os vastos conhecimentos que amável e dedicadamente nos foi transmitindo, tendo o seu exemplo, a sua crítica oportuna e construtiva, constituído um grande incentivo no desenrolar deste trabalho.

Agradecemos ainda,

À Mestre Eduarda Matos, todo tempo dispendido nas explicações teóricas e práticas do mundo da estatística, reconhecendo a disponibilidade sempre manifestada durante este período.

À Mestre Catarina Ribeiro, pelas longas conversas e pela motivação e animo sempre transmitido.

Ao Professor Doutor Agostinho Santos, não só pela constante preocupação, bem pelas palavras amigas e sábios conselhos, nos momentos mais difíceis deste percurso.

Ao Mestre Diogo Pinto da Costa, pela ajuda concedida na matéria de índole jurídica.

Aos colegas do internato, pelas palavras de incentivo, pelo apoio e ajuda prestados neste período, particularmente na fase inicial e final deste projecto.

Ao Eng. João Neta e à Sílvia Ribeiro, por todo o apoio prestado na identificação dos relatórios médico-legais.

Ao Instituto Nacional de Medicina Legal - Delegação do Porto, por nos ter sido autorizada a colheita dos dados aqui analisados.

À minha Mãe e irmãos, pela sua constante preocupação e carinho...

À Salomé e aos nossos filhos, Miguel e Luísa, por toda a compreensão, paciência e encorajamento...

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUÇÃO	7
1. Análise histórica	9
2. Conceito de abuso sexual e breves considerações legais	24
3. Epidemiologia dos abusos sexuais	28
4. Consequências dos abusos sexuais	35
II. OBJECTIVOS	41
III. MATERIAL E MÉTODOS	46
1. Material	47
2. Métodos	47
2.1. Colheita de dados	47
2.2. Análise estatística	49
IV. RESULTADOS	50
1. Caracterização das vítimas	51
2. Caracterização dos abusadores	56
3. Caracterização dos abusos	61
4. Resultados da perícia médico-legal	66
4.1. Intervalo de tempo entre o abuso e o exame médico-legal	66
4.2. Lesões e sequelas	67
4.3. Exames de Genética e Biologia Forense	70

4.4. Exames de Psicologia Forense	71
4.5. Compatibilidade entre a informação e os resultados periciais	72
V. DISCUSSÃO	73
1. O peso da relação vítima/abusador	74
1.1. Níveis de vitimação e circunstâncias da descoberta	74
1.2. Tipos abusos e de abusadores	77
1.3. Factores de risco	85
2. Consequências dos abusos na perspectiva médico-legal	88
3. A perícia forense	94
3.1. Colheita de informação	95
3.2. Exame físico e exames complementares de diagnóstico	100
VI. SUMÁRIO E CONCLUSÕES	104
SUMMARY AND CONCLUSIONS	
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
VIII. ANEXO	128

I. INTRODUÇÃO

O abuso sexual da criança ou jovem é entendido, actualmente, como uma das maiores ameaças ao seu bem-estar e segurança. Prevenir e tratar esta situação não é tarefa fácil, requerendo um grande esforço e um trabalho coordenado da administração pública, dos profissionais e da sociedade em geral.

Definir *abuso sexual* implica que sejam tidos em conta uma série de aspectos à luz dos quais o conceito terá de ser analisado. Tratam-se de aspectos relacionados com a sua amplitude e restrição, com a contraposição entre possíveis modelos culturais, com o grau de intencionalidade por parte de quem os pratica, com o tipo de aplicação que o conceito irá ter (legal, social, clínica, etc.), com a percepção da vítima e do abusador relativamente ao facto abusivo, com a disciplina e âmbito em que se vai aplicar a definição e com o estudo do desenvolvimento da criança.

No entanto, é fundamental uma harmonização deste conceito entre os diversos profissionais que intervêm nesta área, devendo a sua definição ser completa e objectiva, fazendo referência aos sujeitos produtor e receptor, objectivando as manifestações e consequências, e reflectindo uma conduta.

Estas situações incluem formas activas e passivas, físicas e emocionais, no entanto, em termos práticos, é por vezes difícil de as distinguir de maneira tão clara e, em certos casos, não é mesmo possível coexistirem separadamente.

A circunstância de existirem crianças vítimas de abusos sexuais é algo que choca as pessoas, despertando-lhes fortes emoções de revolta, raiva e incompreensão. Considera-se que se trata de um problema aberrante e antinatural, pelo que o facto de existirem, na actualidade, tantos destes casos, é interpretado como a expressão da degradação da nossa sociedade. A sua manifestação acontece tanto no espaço extra como no intra-familiar.

O abuso sexual é um problema mais comum do que se pensa e de difícil diagnóstico, constituindo, muitas vezes, uma tipologia de maus-tratos na qual a incidência de factores sócio-culturais é especialmente intensa e explica as grandes contradições sociais face ao mesmo (154). Por um lado, e por vezes, valorizam-se

como abuso sexual manifestações de mero desenvolvimento da sexualidade mas, por outro, existe um preocupante desconhecimento, falta de diagnóstico e, inclusive, negação da existência destes abusos, o que permite a sua perpetuação, sobretudo em relação ao género feminino (154).

Para além do que foi dito, estes abusos podem revestir características e consequências diferentes, conforme aconteçam de forma intra ou extra-familiar, circunstância que poderá justificar diferentes graus de dificuldades na detecção e diagnóstico destes casos e diferentes formas de intervenção junto das vítimas, dos abusadores e das suas famílias.

1. Análise histórica

A abordagem histórica da questão dos abusos sexuais em menores não se pode fazer de forma claramente diferenciada da questão dos maus tratos físicos e da negligência face aos mesmos, dado que a compreensão destas questões assenta na problemática dos Direitos da Criança.

É importante conhecer o contexto histórico deste fenómeno e compreender que muitos actos que hoje nos parecem brutais estavam completamente de acordo com as atitudes de determinadas épocas. Inclusive, algumas práticas, quer intra, quer extra-familiares, pareciam fortalecer a comunidade e eram reconhecidas pela filosofia daqueles tempos. Conhecer tais práticas e as ideias que as apoiavam e promoviam, pode contribuir para a melhor compreensão do fenómeno na actualidade.

A violência para com os menores manifesta-se de por formas muito diferentes, como o infanticídio ou o homicídio, os maus tratos físicos, os maus tratos emocionais, a negligência, o abandono, a exploração no trabalho e o abuso sexual, entre outros (104).

A maioria dos dados históricos informa-nos que o normal, no sentido de frequente, por parte de muitas culturas da antiguidade, era as crianças não serem bem tratadas (11). De Mause refere que quanto mais se retrocede no passado, mais

expostas encontramos as crianças à morte violenta, ao abandono, às agressões, ao terror e aos abusos sexuais, constituindo a história da infância um pesadelo do qual começamos a despertar pouco a pouco (41). Ao longo dos séculos a população infantil esteve envolvida em todo o tipo de maus tratos, por pais que se desfaziam dos filhos com facilidade, abandonando-os sem qualquer sentimento de culpa (65).

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

Até há três séculos atrás, a criança era tratada como um adulto em miniatura, sem necessidades específicas (41,42). DeMause considera a história da criança dividida em seis fases: *infanticídio* (Antiguidade até ao século III), *abandono* (séculos IV-XIII), *ambivalência* (séculos XIV-XVII), *intrusão* (século XVIII), *socialização* (século XIX e primeira metade do século XX) e *ajuda* (segunda metade do século XX) (41).

Em 1860, em França, começaram pela primeira vez as vozes de denúncia contra estes casos, mas foi necessário mais de um século para se reagir de forma adequada a este fenómeno. O reconhecimento dos direitos das crianças e as leis em seu favor surgiram, fundamentalmente, apenas no século XX (42), mas até aos anos 60 a comunidade científica não mostrou qualquer interesse sobre esta temática, evoluindo a sociedade no sentido do reconhecimento de que o tratamento das crianças deve reunir o mínimo de qualidades.

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

Paralelamente, produziram-se alterações importantes na forma de abordar os casos concretos de maus-tratos; a separação das vítimas do ambiente familiar e o seu ingresso em instituições e lares, bem como a penalização dos abusadores, caracterizaram a primeira época de intervenção (11). Nos últimos anos verificou-se, contudo, uma tendência para reduzir e limitar essas situações de separação familiar, havendo um grande empenho relativamente à reabilitação das famílias (35).

Visto apenas de uma perspectiva sanitária, poderia reconhecer-se na história dos maus tratos infantis, de acordo com Díaz Huertas, cinco períodos: *desconhecimento* (até 1946), *descrição de síndromas sem as identificar* (1946 até 1961), *identificação* (1962 até meados da década de 1970), *reconhecimento* (meados da década de 70 a meados da década de 1980) e *prevenção* (desde meados da década de 80) (42).

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

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

1.1. A Era pré-cristã

O infanticídio era uma prática habitual que perdurou até ao século IV d.C. e que se praticava tanto nos filhos legítimos como ilegítimos, com objectivos diversos.

As crenças religiosas na Índia, Egipto ou na China permitiam que os recém-nascidos pudessem ser sacrificados para que a sua morte desse sorte e permitisse

vencer as batalhas, para demonstrar a devoção dos pais aos deuses, gozando os pais do poder de dispor, assim, da vida de seus filhos¹.

Quando um rei suspeitava de um possível rival, o infanticídio era praticado na população de determinada idade².

Os estudiosos consentiam nestas práticas. Na Grécia, como nas outras grandes civilizações da antiguidade, o infanticídio era o meio para eliminar todos os recém-nascidos com defeitos físicos, sendo Platão partidário desta prática³ (102). Para além desta circunstância, era também costume, na Grécia, sacrificar o primogénito quando a vida do rei estava em perigo, conseguindo-se com esta imolação acalmar a fúria dos deuses (65). Aristóteles apoiava o aborto como uma necessidade para controlar a natalidade (65) e dizia: “*um filho e um escravo são propriedade dos pais e nada do que se faça com o que é nosso é injusto, não pode haver injustiça com a propriedade do próprio*” (133).

São numerosos os casos de assassínio de crianças nos mitos dos povos antigos. O infanticídio, era geralmente praticado com a espada, o fogo e, por vezes, o emparedamento (esta forma, visava dar prosperidade à cidade) (65).

Na Roma antiga os bebés não só eram sacrificados em altares dedicados exclusivamente a este fim, como também eram projectados contra as paredes ou abandonados nus à intempérie (65). O direito à vida era outorgado em ritual, habitualmente pelo pai, e os direitos de um pai de família sobre os seus filhos eram ilimitados: o recém-nascido era deixado a seus pé; se este o queria reconhecer, pegava-o nos seus braços, se se afastasse, a criança era levada para fora de casa e exposta na rua; se não morria de fome e de frio pertencia a quem a quisesse e tornar-se-ia seu escravo (133). Nas suas leis, Justiniano considerava que “*o poder legal que*

¹ Exemplos dessas práticas encontram-se no Antigo Testamento, relativamente à morte do primogénito como, por exemplo, no *Génesis* (22), quando Abraham sacrifica o seu filho Isaac a Yavé, ou no livro de *S. Mateus* (26), relativo à morte dos menores de dois anos ordenada por Herodes. Mas em alguns casos, raros, é feita referência a situações em que estas crianças são salvas; é o que aconteceu quando o anjo segura a mão de Abraão para evitar o sacrifício do seu filho que esperava numa pira a facada mortal, o caso de Saul que tentou sacrificar o seu filho Jonathan, tendo sido as tropas que o convenceram a poupar-lhe a vida, o episódio em que Moisés foi salvo da morte pela filha do Faraó (*Êxodo*), a reprovação de Yaveh ao sacrifício das crianças aos deuses (*Levítico, 18*), e a defesa de Jeremias das crianças, relativamente a estas situações (*Jeremias, 20*).

² Tal aconteceu relativamente ao faraó do tempo de Moisés, ao rei babilónico Nimrod que executou mais de setenta mil crianças do sexo masculino e a Herodes, no tempo de Jesus Cristo.

³ Segundo Licurgo (900 a.C.), em Esparta as crianças com malformações eram abandonadas ou atiradas do cimo do monte depois de submetidos ao juízo da Assembleia de Idosos.

temos sobre os nossos filhos é um atributo especial dos cidadãos romanos, porque nenhum outro homem tem o poder sobre os seus filhos que nós temos” (133).

Para lá destas, existiam outras práticas adversas às crianças como, por exemplo, não a defender de actividades ou brincadeiras perigosas ou impedir-lhes a utilização das extremidades mediante o uso de ligaduras que convertiam o seu corpo num todo rígido (esta prática durava por vezes horas e libertava o adulto do cuidado da criança) (133).

O abuso sexual estava presente como forma diferenciada.

Na Grécia e em Roma, era um facto aceite que os adultos usassem sexualmente crianças e jovens. Existiam casas de prostituição com crianças. Plutarco dizia que os jovens romanos livres usavam uma bola de ouro no pescoço para que os adultos soubessem com quem não era correcta a relação sexual quando havia um grupo de jovens despidos (133).

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

No Egipto, praticavam-se relações sexuais com as meninas de classes sociais altas, como prática religiosa, que continuava até ao aparecimento da menarca.

A venda de crianças a prostíbulos era prática frequente na Pérsia, China e Índia (133).

Em contraponto com estas situações de abuso, também existiam casos que revelavam uma certa preocupação ou protecção relativamente às crianças e jovens. Na Mesopotâmia, por exemplo, havia uma deusa protectora das crianças, e na cultura grega e romana estabeleceram-se instituições para os órfãos que defendiam um tratamento menos severo para as crianças (133).

1.2. A época posterior a Cristo

O aparecimento do cristianismo provocou uma mudança fundamental relativamente à atitude da sociedade para com as pessoas mais débeis, o que influenciou toda a história da infância, o reconhecimento dos seus direitos, bem como uma diminuição das taxas de infanticídio (a conversão do Imperador

Constantino, que ditou a primeira lei contra o infanticídio (133), provocou esta diminuição, não tanto por consideração pela crianças mas, sobretudo, pelo temor dos adultos ao castigo) (42).

No ano de 450 d.C. apareceram as primeiras leis de protecção à infância, modificando-se a autoridade absoluta do pai sobre seus filhos. Também em muitas sociedades se regularam as relações e o acesso sexual às crianças (126).

Durante a Idade Média não havia um lugar específico para a infância. Não se conheciam as suas particularidades nem o que implicavam as fases de crescimento, pelo que as crianças frequentavam os mesmos lugares que os adultos, quer no lazer, quer no trabalho.

Nesta época, em virtude das numerosas guerras e da precariedade económica, as crianças sofreram particularmente, sendo frequente o seu abandono (154).

Os maus tratos aconteciam, também, nas casas reais da época. Na classe social média-alta o contacto dos pais com os filhos era mínimo; o aleitamento e a educação eram entregues a pessoas fora da família (133).

Se havia sociedades europeias que consideravam como necessidades especiais da infância a educação e a protecção, outras comparavam a infância a um mal, a um estado vil e objecto. Por isso, para conseguir a sua correcção, aplicavam-se castigos humilhantes como forma de educação (133).

Tal como tinha acontecido com a civilização romana, a utilização de adolescentes em relações sexuais estava institucionalizada. As crianças eram usadas para entretenimento sexual de cuidadores e criados jovens, sendo estes considerados os principais responsáveis por estes abusos; no entanto, em determinados testemunhos pictóricos pode ver-se a mãe e o filho em posturas que são sinais iconográficos de amor sexual (133).

Nos grupos mais carenciados os infanticídios e abandonos aconteciam pelas dificuldades materiais. Na alta sociedade verificava-se mais o abandono emocional e uma demonstração concreta de que o pai era o dono da criança; não faltavam, no entanto, também os outros tipos de maltrato (133).

A documentação médica dos maus tratos infantis remonta ao século X, relativamente a uma monografia de Rhazes sobre as fracturas de “crianças

choronas”, onde pela primeira vez se afirma que estas podem ter causa intencional (154).

No período entre os séculos XIV e XVII as crianças deixaram de estar entregues a uma ama ou a uma instituição, para entrar na vida afectiva dos pais, aparecendo instituições com vista à sua protecção e educação. No século XVII diminuiu o infanticídio e a mortalidade infantil (também pela melhoria das condições higieno-sanitárias) (133).

Durante os séculos XVII e XVIII, a protecção da criança traduzia-se no internamento em instituições, apesar desse internamento obedecer mais aos interesses da comunidade que aos da criança, mas tal institucionalização era considerada como um mal menor em comparação com o infanticídio (133). Neste período a infância começou a ser considerada como um fase específica da vida, necessitando de atenções especiais. Em 1638, S. Vicente de Paulo criou o *Hôpital des Enfants Trouvés*, para acolher essas crianças. Este facto, que inicialmente se considerou positivo, resultou num fracasso e, no século XVIII, passou a considerar-se que o abandono em instituições constituía um infanticídio a longo prazo. Em Paris, entre 1771 e 1888, tinham morrido 80% das 31.000 crianças acolhidas nos hospícios; em Dublin, entre 1775 e 1796, só sobreviveram 45 das 10.000 que passaram pelas instituições (133).

Foi nessa altura que começou a despertar o actual sentimento pela infância. Mas tal sentimento só apareceu nas classes sociais mais elevadas, dado que os outros necessitavam de dedicar todo o tempo possível para a satisfação das suas necessidades materiais e não podiam perder tempo com os filhos (133).

No século XVII, Zacchias publicou a 3ª edição do seu livro “*Medico-Legal Debats*”, onde mencionava tratamentos incorrectos para a educação das crianças. Durante a segunda metade do século XVIII, J.J. Rosseau, autêntico precursor da psicologia infantil, via a criança com valor próprio e digna de ser considerada como um ser com múltiplas capacidades e do qual era necessário conhecer as necessidades (133). Ainda nesse século, o Papa Clemente XIV (1769-1774) proibiu a castração dos meninos para conservarem a voz infantil e cantarem na igreja (99).

No Renascimento foi recomendada a limitação ou moderação da prática do castigo físico, não se negando, contudo, a possibilidade da sua utilização (133).

O interesse pela protecção infantil aparece, definitivamente, no século XIX, em consequência da Revolução Industrial que trouxe consigo a exploração da criança pelo trabalho.

À medida que passavam os séculos a protecção dos menores aumentava. No século XIX há a destacar quatro aspectos importantes (133): a) o estudo científico dos casos de maus tratos; b) a criação dos primeiros hospitais infantis; c) a expansão do trabalho remunerado às crianças; d) a criação das primeiras sociedades dedicadas à prevenção da crueldade infligida às crianças. Os pais ou tutores tentavam mascarar as violências físicas quando levavam as crianças às consultas médicas e, graças a isso, os espancamentos foram estudados aprofundadamente. No entanto, ao aumentar este controlo social, começou a generalizar-se um costume muito antigo: o abandono (65). A Revolução Industrial deu lugar a uma severa educação das crianças da nova classe social, a burguesia, e a condições de vida infra-humanas para as crianças das classes sociais mais desfavorecidas (154).

Nos Estados Unidos da América as mudanças culturais e de sensibilidade levaram à criação do *Child Welfare Movement*. Em 1825 a *Sociedade Nova-iorquina para a Reforma dos Delinquentes Juvenis* fundou um refúgio, destinado a crianças vagabundas e, por vezes, a crianças abandonadas e maltratadas (154).

Em 1852, Toulmuche, médico legista francês, descreveu algumas lesões de maus tratos (133) e em 1860, Ambroise Tardieu, catedrático de medicina legal de Paris, fez a primeira grande descrição científica da síndrome da criança maltratada, no seu livro “*Étude médico-légale sur les sevices et mauvais traitements exercés sur les enfants*”, onde recolheu 32 casos de crianças maltratadas (18 das quais morreram), referindo as lesões sofridas e os seus problemas familiares, estabelecendo o contraste entre os dados clínicos e as justificações dadas pelos pais (151). O seu testemunho não foi atendido como merecia durante quase cem anos, mas conseguiu despertar a consciência social no seu país e, 29 anos depois da sua publicação, foi promulgada uma lei de protecção às crianças maltratadas. Em Paris e Londres, fundaram-se os primeiros hospitais pediátricos como um primeiro passo na luta contra os maus tratos institucionais (100).

Em 1874, na sequência do caso de Mary Ellen⁴ (96) (que por não ser considerado delito, foi submetido à Sociedade Protectora dos Animais [65]), fundou-se, em Nova York, a *Society for Prevention for Cruelty to Children*. Poucos anos depois, em 1884, criaram-se sociedades homólogas, anglo-saxónicas, como a *National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC)*, em Londres (11,133,154). Assim, foi-se aumentando a sensibilidade pública face às crianças, promulgando-se uma série de medidas legislativas com uma incidência cada vez maior sobre o assunto (65).

A exploração no trabalho, que existia já desde a mais remota antiguidade sofreu um novo impulso com a Revolução Industrial. Os salários insuficientes e a vontade dos empresários para aproveitar ao máximo os diferentes postos de trabalho tornaram necessário o emprego incontrolado de crianças. Tinham um contrato como aprendizes até aos vinte e um anos, trabalhando como escravos até essa altura e sendo depois “libertados” apenas com a sua roupa e muito pouco dinheiro. Trabalhavam catorze horas por dia sem excluir os horários nocturnos; o cansaço dificultava-lhes a alimentação, já que caíam no sono logo que regressavam a casa (133). As crianças tinham um baixo rendimento devido à sua desnutrição e, para que se esforçassem mais, davam-lhes bofetadas e murros de todo o género. Com o tempo, as minas foram trocadas por fábricas mas as condições continuaram a ser as mesmas, tornando-se as crianças uma mão-de-obra verdadeiramente barata, que entregava o seu escasso salário aos pais desempregados (65).

Durante os últimos anos do século XIX, ao aumentar a consciência paterna, as crianças eram levadas aos hospitais pelos próprios pais, que descreviam acidentes estranhos para poder explicar as múltiplas feridas e fracturas que marcavam o corpo dos filhos. Era difícil para os médicos acreditar nessas descrições; no entanto, as suspeitas começaram apenas a surgir quando a radiografia se tornou num método auxiliar de diagnóstico. Mesmo assim, as descobertas radiográficas dos sinais de maus tratos infantis foram esquecidas pela maioria dos médicos (65).

⁴ O primeiro caso documentado de crianças maltratadas, nos EUA, foi o de uma menina de quatro anos, de Nova York, filha ilegítima, que era espancada constantemente e negligenciada, passando quase todo o dia amarrada com correntes aos pés da cama. Uma trabalhadora de Caridade, recorreu à Sociedade Americana para Prevenção da Crueldade com os Animais, usando como argumento, no processo judicial, que a criança, pelo menos, merecia tanta protecção como um cão. Assim, em Setembro de 1874, se ganhou, pela primeira vez, um processo que representava o reconhecimento oficial do maltrato infantil.

A I Guerra Mundial, pelos seus efeitos sobre a população civil e a infância, teve uma influência decisiva nesta matéria. E. Jebb fundou em Genebra, em 1920, a *União Internacional de Socorros às Crianças* e dotou-a de uma carta de cinco princípios aprovados pela 5ª Assembleia da Sociedade das Nações (1924), conhecida pela *Carta dos Direitos das Crianças* ou *Declaração de Genebra* (133). Diferentes países reconheceram nas suas legislações esta Declaração.

Esta situação perdurou até 1929, quando, no XVI Congresso de Medicina Legal, em Paris, Parisot e Cussade publicaram um relatório sobre os espancamentos às crianças, que no entanto foi esquecido durante seis anos (65).

Em 1935, Snedecor, Knapp e Wilson divulgaram um trabalho no qual, depois de examinarem radiografias de recém-nascidos, salientaram o aumento dos volumes corticais e as fragmentações metafisárias, que julgaram traumáticas (65). Mas tiveram de passar mais quatro anos até que Ingraham, em 1936, afirmasse a origem traumática da maioria dos hematomas subdurais na criança amamentada, causados intencionalmente pelos pais (65). Mas a repugnância dos médicos em considerar a hipótese de brutalidades voluntárias era tal que, perante a negação familiar, esta possibilidade esteve longe de ser aceite pela opinião especializada (65).

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

Em 1946, Caffey publicou uma investigação sobre a inexplicável associação entre hematomas subdurais e alterações radiológicas anormais nos ossos longos, na qual se estudou uma síndrome que apresentava hematoma subdural e múltiplas fracturas ósseas, por vezes com lesões na epífise, existentes em seis bebés (24,154).

Os médicos legistas, pediatras e radiologistas começaram a estabelecer a possibilidade de diagnóstico dos maus tratos. Os radiologistas começaram a notar estes padrões nas suas radiografias, evidenciando lesões causadas em momentos diferentes, que não tinham sido tratadas antes e se encontravam em processo de cicatrização espontânea (65). Em 1951, o radiologista Silverman apresentou à *American Roentgen Ray Society* os casos de uns lactentes com lesões traumáticas e em 1953, Silverman fez a primeira demonstração clara da presença de maus tratos a

partir de estudos radiológicos (142), mas nesse mesmo ano, Astley discordou da hipótese das fracturas serem devidas ao mau trato familiar, indicando a existência de uma fragilidade óssea responsável por isso (65). Em 1955, começaram a valorizar-se os factores ambientais e familiares como condicionantes dos traumatismos no seio das famílias (133).

Em 1955, Wooley e Evans publicaram um trabalho em que insinuavam que a etiologia de algumas lesões traumáticas nas crianças era a violência dos pais ou dos seus cuidadores (169) e entre 1957 e 1965, Caffey publicou novos casos de maus tratos que corroboram a origem traumática dos mesmos (154).

Em relação ao abuso sexual, depois de séculos de silêncio por parte dos estudiosos e cientistas, foi Freud quem primeiro reconheceu estes abusos. Freud começou a desenvolver a sua teoria sobre a origem das neuroses ouvindo as mulheres falar pormenorizadamente acerca dos abusos sexuais de que tinham sido vítimas na infância por parte de seus pais; mas quando começou a ser criticado pelos colegas, resolveu o caso considerando que se tratavam de “fantasias”. Em 1950, Kinsey determinou que 20% de mulheres, aproximadamente, tinham sido vítimas deste abuso, mas não valorizou os seus efeitos (133).

Em 1959, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas aprovou a Declaração dos Direitos das Crianças. Nesse mesmo ano os pediatras Kempe e Silver chamaram a atenção para a negligência criminosa dos pais e para os graves maus tratos a que estavam a ser submetidos os filhos. Começaram nesta época a surgir trabalhos nesta área (133).

A Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de Novembro de 1959, aprovou a *Declaração dos Direitos da Criança*, o que constitui um avanço muito significativo na sua difusão, mas não vinculava os Estados.

Em 1960, Altman e Smith referiram-se pela primeira vez, à prevenção e controlo da criança espancada, considerando-os como um dos aspectos mais importantes da questão (65).

Em 1961 H. Kempe, da Universidade do Colorado, numa mesa-redonda da *Academia Americana de Pediatria* usou pela primeira vez a expressão *Battered Child* (65) e em 1962, H. Kempe, Silverman, Steele, Droegemuller e Silver publicaram um artigo sobre 320 casos de crianças maltratadas e designaram esta entidade clínica por

“síndrome da criança batida” (“*The battered child syndrome*”) (89). O impacto deste trabalho na imprensa, fez com que surgissem iniciativas legislativas a nível nacional que obrigavam à denuncia de qualquer suspeita de maus tratos infantis iniciando, quer a opinião pública, quer a comunidade técnico-científica, um processo rápido de sensibilização face a estes abusos. Num período de cinco anos, a totalidade dos Estados Unidos da América dispunha destas medidas (11,133). Na Europa produziu-se um fenómeno semelhante, sobretudo em Inglaterra, França, Alemanha e Países Nórdicos; em Espanha a questão começou a tomar forma a partir de 1980 (11); também em Portugal, só a partir da década de oitenta, surgiram estudos mais aprofundados sobre o tema, por influência do reconhecimento das Regras e Convenções internacionais sobre os direitos da criança.

Em 1963, Fontana introduziu a noção de criança maltratada, que é um conceito mais amplo que o de H. Kempe, pois este novo termo englobava todo o tipo de violência infligida à criança, sendo uma delas a emocional, a qual começou a ser considerada como uma agressão muito importante (65).

A partir de 1965, operou-se uma mudança na abordagem deste tema e os termos “síndrome da criança batida” e “síndrome da criança maltratada” surgiram na literatura sob a designação de *child abuse*. Esta nova terminologia de Kempe foi importante porque, como Fontana, inclui não só as crianças vítimas de maus tratos físicos, mas também aquelas vítimas de maus tratos emocionais, abandonadas, com défice nutricional ou sofrendo de abuso sexual (65).

Em 1969, Gil publicou um estudo interessante, no qual considerou que o mau trato infantil não só se circunscreve ao ambiente familiar, como também pode ser causado por determinadas instituições ou pela sociedade (65); este sociólogo, chamou a atenção para o papel da sociedade e das instituições na etiologia dos maus tratos. Na década de 70, verificou-se um grande impulso dos movimentos associativos profissionais, começando a funcionar em 1977 a *Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e Negligência na Criança* (ISPCAN), contando com a preciosa publicação oficial do *Child Abuse & Neglect*.

Em 1971, Lukianowicz analisou com mais pormenor a questão dos maus tratos psicológicos (133) e em 1972, Caffey (25) descreveu a “Shaken Baby Syndrome”, uma forma inusual de maltrato infantil, com especial repercussão

neurológica, caracterizada pela presença em lactentes, de hemorragias retinianas, subdurais e/ou subaracnoideias na ausência de trauma externo ou com sinais mínimos de maus tratos.

Ainda em 1972, Silverman propôs a utilização da expressão de *Síndrome de Tardieu* pois considerava que foi este quem, em 1860, pela primeira vez vislumbrou esta síndrome. Apesar disso, em França começou a usar-se a expressão *Syndrome de Tardieu-Silverman* ou *Syndrome de l'enfant battu*, enquanto nos países anglo-saxónicos a expressão era *Caffey Syndrome* ou *Kempe Syndrome* (65).

Depois de Kempe, e a partir da segunda metade dos anos 70, esta matéria beneficiou de uma segunda mobilização, sobretudo no que se refere à questão dos abusos sexuais, através dos movimentos de libertação feminina. As mulheres começaram a revelar as suas experiências relativamente aos abusos sexuais vividos na infância e que até aí tinham calado (23). O resultado foi o desenvolvimento do conhecimento sobre estas situações, a sua publicitação e as acções governamentais relativamente à questão dos abusos sexuais, sobretudo nos Estados Unidos da América (58).

Assim, a partir de Kempe e dos movimentos de libertação das mulheres, a sociedade começou a ouvir contar as experiências relativas aos abusos sexuais das crianças, adolescentes e adultos. Não era mais possível confundir estas histórias com “fantasias”.

Em 1985, Woolley e Evans referiram-se, pela primeira vez, à importância do meio em que a criança vive como causa das crises de violência, destacando também o facto de que quando estas crianças são afastadas dos pais, as lesões cicatrizam rapidamente, não voltando a surgir (65).

Nas décadas de 70 e de 80, realizaram-se numerosos estudos para quantificar a frequência, o tipo, os efeitos a curto e longo prazo, dos abusos sexuais. Neste sentido destacam-se as revisões de Brownw (1986) e Wyatt e Powell (1988) (133).

Assim, a pesquisa médica em termos de abusos sexuais tem ainda pouco tempo (90). As primeiras publicações começaram a aparecer em meados e fins dos

anos 70 (81,87). Em 1985, a *American Medical Association* lançou, formalmente, o assunto do abuso em menores (6). A partir daí numerosos artigos médicos nesta matéria começaram a surgir (14,157), merecendo destaque dois livros ilustrados, o de Chadewick e colaboradores (29) e o de Heger e Emans (75).

Nessa altura, a atenção dos cientistas começou a centrar-se nos seguintes assuntos sobre os abusos sexuais: a) técnicas de exame; b) diagnósticos diferenciais; c) doenças sexualmente transmissíveis; d) perturbações do comportamento; e) diagnóstico médico-legal; f) aspectos epidemiológicos.

Quanto às técnicas de exame, o papel do médico na entrevista começou por ser estudado, incluindo a valorização de determinadas evidências verbais em tribunal (116), bem como o uso de bonecas anatomicamente correctas (82,163) e o uso de desenhos pelas crianças (77,170). Relativamente aos aspectos técnicos do exame médico, tem havido estudos incluindo a colposcopia (1,168), as posições no exame (15,158) e o registo fotográfico (129). Iniciaram-se, também, algumas pesquisas relativamente às consequências emocionais do exame médico nas crianças (19,148).

A questão do diagnóstico diferencial, além dos aspectos genéricos (16,91) começou a ser estudada tendo em conta as variantes anatómicas normais (18,124), os traumas acidentais (21,53) e patológicos (74,84).

As doenças sexualmente transmissíveis, na sua relação com os abusos sexuais, começaram a ser consideradas no início dos anos 90 (9,94).

Quanto às perturbações do comportamento, o trabalho de Friedrick e colaboradores sobre o comportamento sexual normativo nas crianças lançou as bases da avaliação do comportamento sexualizado em crianças suspeitas (63). No entanto, apenas um pequeno número de trabalhos sobre as consequências no comportamento de menores sexualmente abusados foi nessa época publicado (46,171).

Relativamente aos aspectos médico-legais destacaram-se, nesta área, os trabalhos de Aiken (2), Annas (7,8), Hampton (73), Gabby (64), Ricci (130,131) e Smally (143).

Finalmente, quanto aos aspectos epidemiológicos, apenas um número reduzido de estudos focou o problema do abuso sexual no género masculino (39,146).

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

A *Convenção dos Direitos das Crianças*, das Nações Unidas, aprovada na Assembleia Geral de 20.11.89, tinha constituído um marco histórico, fazendo parte do Direito positivo dos países que a ratificaram. Em 1992, o Parlamento Europeu aprovou a *Carta Europeia dos Direitos das Crianças* (A 3-0172/92) que, além de estabelecer os direitos das crianças no países europeus, pedia aos estados membros, no seu ponto 6º, que nomeassem um defensor dos direitos das crianças.

A legislação portuguesa sobre esta matéria foi-se adaptando aos desenvolvimentos científicos e culturais e, em 1991, foram criadas as Comissões de Protecção de Menores. Em 1998 a Comissão Interministerial para o estudo da articulação entre os Ministérios da Justiça e da Solidariedade e Segurança Social, considerou como crianças em risco “*aquelas crianças sujeitas a maus tratos, a quem os pais não prestam os cuidados necessários ao seu desenvolvimento e aquelas que com o seu comportamento, ponham elas próprias em causa o seu crescimento.*” e em 1999 foi redigida a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, que apenas entraria em vigor em 2001.

Apesar de todos estes estudos, nas duas últimas décadas, continuam a existir muitas lacunas de conhecimento, o que compromete a prática clínica e médico-legal e, deste modo, o bem estar das crianças presumivelmente vítimas de abusos sexuais.

O conceito de maus tratos, que valorizava, essencialmente o aspecto físico, foi superado perante a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, que considerava o bem estar físico, psíquico e social e, não apenas, a ausência de doença, e pela consideração da criança como um ente bio-psico-social. Assim, os abusos em crianças e jovens adquiriram uma nova e ampla dimensão em que se incluíam formas activas e passivas, aspectos emocionais e físicos, contextos familiares e extra-

familiares, atendendo às suas necessidades físicas e psicológicas e à capacidade dos vários contextos de desenvolvimento, sem esquecer as suas possíveis sequelas ou repercussões (154).

2. Conceito de abuso sexual e breves considerações legais

A violência para com as crianças e jovens manifesta-se através de diversas formas, como maus tratos físicos (que, no limite, se traduzem pelo infanticídio ou homicídio), abuso emocional ou psicológico, abuso sexual, negligência, abandono, exploração pelo trabalho, exercício abusivo da autoridade e tráfico destas pessoas, entre outras formas de exploração (103).

De uma forma genérica, os maus tratos podem ser definidos como *qualquer forma de tratamento físico e(ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e(ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e(ou) poder. Podem manifestar-se por comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e(ou) afectos). Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam a vítima dos seus direitos e liberdades afectando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e(ou) dignidade* (103).

Estes conflitos podem observar-se em diferentes contextos, designadamente o familiar, o social e o institucional. Assim, as crianças e jovens podem ser maltratadas por um dos pais ou por ambos, por um cuidador, por um irmão ou outro familiar, por uma pessoa conhecida ou por um estranho. O abusador pode ser um adulto ou um jovem mais velho (103).

O conceito de abuso sexual, que importa definir como ponto de partida para a identificação de procedimentos e para efeitos de investigação, pode ter diferentes perspectivas conforme seja considerado à luz dos actuais conhecimentos técnico-científicos ou do Código Penal Português.

Em termos técnico-científicos considera-se que o abuso sexual se traduz pelo *envolvimento da criança ou jovem em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre aquele* (103). *Constitui uma prática que a criança ou jovem, dado o seu grau de desenvolvimento, não consegue compreender e para as quais não está preparada, às quais é incapaz de dar o seu consentimento informado e que violam a lei, os tabus sociais e as normas familiares* (103).

A noção de abuso, muito sobreponível à noção de maus tratos, não encontra, contudo, nos casos da prática sexual, uma estreita correspondência no Código Penal, considerando-se aqui o crime de abuso como relativo apenas a determinada faixa etária e independentemente da relação familiar ou não de quem o pratica.

Os crimes sexuais em menores aparecem no actual Código Penal previstos de forma autónoma (*Crimes contra a autodeterminação sexual*), traduzindo a necessidade de uma particular tutela e protecção no caso de pessoas que, presumivelmente, numa fase inicial do seu desenvolvimento, ainda não têm o discernimento necessário para, no que respeita ao sexo, se exprimirem com liberdade e autenticidade. Não existe no actual Código qualquer conceito de índole moral, estando em causa, unicamente, bens individuais.

No artigo 172º (*Abuso sexual de crianças*) protegem-se os menores de 14 anos (limite entendido entre a infância e adolescência) contra a prática acto sexual de relevo, de cópula, coito anal ou oral, de condutas censuráveis, obscenas ou pornográficas e da exposição e cedência de fotografias, filmes ou gravações pornográficas em que estes sejam usados.

No artigo 173º (*Abuso sexual de menores dependentes*) transpõem-se as tipicidades respeitantes às crianças, do artigo 172º, para os menores e dependentes (confiados à educação ou assistência de abusador) com idades entre os 14 e os 18 anos.

Os restantes artigos, ainda que dirigidos a pessoas de menor idade, não usam já o conceito de abuso sexual. São eles os artigos 174º a 176º.

O artigo 174º (*Actos sexuais com adolescentes*), relativo à cópula, coito anal ou oral com adolescentes, circunscreve os meios de sedução ao abuso da inexperiência, exigindo que a pessoa ofendida tenha entre 14 e 16 anos; elimina-se,

assim, o anterior conceito de *estupro*. A inexperiência não é, necessariamente, teórica mas relativa ao conhecimento prático das actividades sexuais, o que impede o adolescente de formular um juízo ético sobre essa actividade e suas consequências.

O artigo 175º (*Actos homossexuais com adolescentes*) refere-se aos actos homossexuais com menor entre 14 e 16 anos. Trata-se do único crime onde a homossexualidade é relevante para efeitos de incriminação de uma conduta, sem que haja, contudo, qualquer pretensão de criminalizar ou censurar a conduta homossexual; o objectivo é, mais uma vez, controlar os reflexos que certos tipos de experiências sexuais podem ter na orientação da sexualidade dos menores.

O artigo 176º (*Lenocínio e tráfico de menores*), relativo a menores até 16 anos, não obriga a que o agente actue profissionalmente ou com intenção lucrativa, como se exige relativamente ao crime geral de lenocínio, do artigo 170º. Nas suas 3 alíneas elabora o texto: Quem fomentar, favorecer ou facilitar o exercício da prostituição de menor entre 14 e 16 anos; Quem aliciar, transportar, proceder ao alojamento ou acolhimento de menor de 16 anos; se o agente usar de violência, ameaça grave, ardil, manobra fraudulenta, abuso de autoridade resultante de uma relação de dependência hierárquica, económica ou de trabalho, actuar profissionalmente ou com intenção lucrativa, ou se aproveitar de incapacidade psíquica da vítima, ou de qualquer outra situação de especial vulnerabilidade, ou se esta for menor de 14 anos

De acordo com o artigo 178º, o procedimento criminal pelos crimes previstos nos art. 163º a 165º, 167º, 168º e 171º a 175º depende de queixa, salvo nos seguintes casos, em que se reveste de natureza pública: quando de qualquer deles resultar suicídio ou a morte da vítima ou quando o crime for praticado contra menor de 14 anos e o agente tenha legitimidade para requerer procedimento criminal, por exercer sobre a vítima poder paternal, tutela ou curatela ou a tiver a seu cargo. É ainda público quando esteja enquadrado nos artigos 166º (abuso sexual de pessoa internada), 169º (tráfico de pessoas), 170º (lenocínio), 176º (lenocínio e tráfico de menores).

Nos crimes sexuais, quando estes forem praticados contra menor de 16 anos, pode o Ministério Público dar início ao processo se o interesse da vítima o impuser

(art. 178º nº4). Este “poder dever” que incumbe ao Ministério Público cessa se o representante legal desistir expressamente da queixa.

Parece subjacente a este entendimento sobre os casos revestindo natureza pública, o facto de, por um lado, a natureza individual dos bens jurídicos tutelados nos crimes em causa estar reforçada e, por outro, a “intervenção do direito penal” neste domínio poder ser mais prejudicial do que benéfica, quando contra a vontade da vítima e dos seus familiares.

Quem for condenado a estes crimes (art. 163º a 176º), atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, pode ser inibido do poder paternal, de tutela ou de curatela, por um período de 2 a 15 anos (art. 179º).

Importa referir, ainda, que as crianças e jovens podem também ser vítimas do crime de violação, previsto no artigo 164º do Código Penal, desde que a prática de acto sexual envolvendo cópula, coito anal ou coito oral, seja feita por meio de violência, ameaça grave, ou depois de para esse fim, a vítima ter sido tornada inconsciente ou posta na impossibilidade de resistir.

Sánchez (137) caracteriza da seguinte forma os diferentes tipos de abuso:

- a) condutas de não contacto: propostas de actividade sexual; exibicionismo.
- b) condutas de contacto: carícias acima da cintura; carícias abaixo da cintura; tentativa de coito anal; tentativa de coito vaginal; masturbação; coito oral; coito anal; coito vaginal.

No entanto, e atendendo ao artigo 172º do Código Penal, podemos considerar os seguintes tipos de abuso:

- a) a obrigação da criança tomar conhecimento e presenciar conversas ou escritos obscenos, espectáculos ou objectos pornográficos ou actos de carácter exibicionista;
- b) a utilização da criança em fotografias, filmes ou gravações pornográficos, ou em práticas sexuais de relevo (ex.: beijos na boca ou carícias nos seus órgãos genitais ou nas mamas, manipulação dos órgãos genitais do abusador, contacto entre os órgãos genitais de ambos);

c) a realização de coito (penetração oral, anal e(ou) vaginal).

Tais comportamentos deverão ser analisados tendo em conta a época e o contexto sócio-cultural e familiar em que têm lugar (103). Podem ser intra ou extra-familiares, admitindo-se como mais grave, pelo menos em termos psico-sociais, o primeiro caso, quer porque são mais frequentemente repetidos (e portanto prolongados no tempo), quer pela relação de proximidade entre a vítima e o abusador, ficando muitas vezes a segurança daquela e os seus vínculos afectivos postos em causa. Consideram-se intra-familiares os abusos perpetrados por parentes consanguíneos mas, também, parentes afins, sendo nestes caso frequentes as situações que acontecem com padrastos.

Atendendo ao exposto, nos casos intra-familiares estes abusos deverão configurar, simultaneamente, um crime de maus tratos e infracções das regras de segurança, previsto no artº 152º do Código Penal, tendo em conta a especial ligação, por parte do abusador, de responsabilidade sobre a vítima e o facto de que, para além de muitos deles cursarem associados a agressões físicas repetidas, todos são acompanhados, pelo menos, de abuso emocional.

3. Epidemiologia dos abusos sexuais

Segundo Kempe e seus colaboradores (88), o número de crianças maltratadas jamais será conhecido, devido a uma série de factores que Straus e Girodet (149) descrevem, entre os quais: a) a utilização, restrita ou ampla, feita pelos investigadores do conceito de maus tratos (a primeira abordando apenas o aspecto físico e a segunda o aspecto físico, o sexual, a negligência, o abandono, o abuso emocional e a exploração laboral); b) a visão social, dado que existem sociedades que fomentam uma série de actividades coercivas em determinadas instituições, como a escolar, em internamentos e em orfanatos; c) o grau de resistência de algumas estruturas de protecção ao menor para fornecer dados específicos.

De facto, a verdadeira magnitude da questão dos abusos sexuais não é conhecida porque as crianças são vítimas particularmente vulneráveis, facilmente

persuadidas a cooperar com os abusadores, tendo vergonha e medo de falar sobre isso com as outras pessoas.

Por outro lado, a exacta incidência e prevalência dos abusos sexuais na população em geral não é conhecida com rigor, dado que a maior parte dos abusos não é notificada ao tempo da ocorrência (61) e os conceitos de abuso sexual variam, ora apenas se referindo aqueles provocados por familiares, ora raramente incluindo os casos de pornografia e prostituição (69).

Assim, as dificuldades nestes estudos têm a ver com a definição dos conceitos em análise, com as diferentes tipologias incluídas em cada conceito e com a forma de apresentação destas tipologias, com a origem dos dados (se resultam de casos conhecidos por profissionais em contacto directo com crianças ou casos notificados por serviços de protecção infantil) ou, ainda, com o facto de certos casos serem alvo de várias notificações em momentos diferentes (11).

Muitos estudos têm demonstrado que a incidência conhecida destes casos corresponde, apenas, à ponta de um iceberg, em que apenas 1% a 10% dos incidentes são conhecidos (69).

Actualmente, o melhor mecanismo para estudar esta problemática é através de estudos prospectivos em adultos, em populações não clínicas, mas nestes estudos a metodologia da pesquisa, o tipo de populações estudadas, o número de questões e as definições de abuso sexual, têm levado a algumas diferenças entre os resultados (56).

Apesar das notícias de casos de abusos sexuais terem aumentado significativamente nos últimos anos, os resultados de estudos não clínicos não suportam a conclusão de que o número de casos de abuso sexual se tenha alterado dramaticamente (51).

Efectivamente, não existem evidências de que a prevalência do abuso sexual esteja a aumentar, se bem que esta possa ser maior em virtude de certos factores de risco como divórcios, pais adoptivos-padrastos e trabalho da mãe fora de casa, entre outros (51).

Concretamente em relação ao abuso sexual, são conhecidos os dados que de seguida se apresentam.

Em 1969, De Francis estimou que 3000 casos de abuso sexual ocorriam em Nova York durante o período de um ano, comprovando que 27% dos abusadores eram membros da própria família, que 11% eram amigos da família e que 27% eram estranhos (62).

Em 1972, a *Divisão Infantil da Sociedade Humana Americana* anunciou 5000 casos nos Estados Unidos da América, estimando que a sua incidência é pelo menos dez vezes superior (62).

Em 1974, Sgroi determinou que 8.8% de todos os tipos de maus tratos eram constituídos por abusos sexuais e que 80% foram cometidos pelos pais, tutores ou pessoas próximas, pela sua profissão, ao mundo infantil (117).

Em 1977, Giaretto calculou que o incesto nos Estados Unidos da América era de 200 a 5000 casos por cada milhão de habitantes (27). Mas em 1979 Sarafino determinou que neste país ocorreriam uns 336000 casos de abusos sexuais (85).

Russel (135) noutros estudos efectuados, também nos Estados Unidos, em 1984, encontrou 38% de vítimas aos 18 anos, sendo que este número aumentava para 54%, quando se incluíam abusos sem contacto físico. Um estudo nacional efectuado em 1985 pelo *Los Angeles Times*, via telefónica, em adultos, revelou 27% de mulheres e 16% de homens que sofreram abuso sexual até aos 18 anos (61,69). Noutro estudo similar, 32% de mulheres e 13% de homens revelaram história de abuso sexual de contacto (47).

Um estudo realizado em Inglaterra e Gales pela *National Society for the Prevention of Cruelty to Children*, em 1988, revelou que os casos de abusos sexuais, em 1986 e 1987, respectivamente, 31.5% e 38.6% dos casos de maus tratos assinalados (121). Mas em estudos efectuados nos Estados Unidos em 1989, as proporções de abusos sexuais são diferentes: 8% a 15.2% dos casos de maus tratos (11). A *American Human Association*, em 1987, estimou em 450000 por ano os casos de crianças e adolescentes sexualmente abusados (5).

Noutro estudo conduzido em 1988, na Catalunha, encontrou-se uma percentagem de 2.1% de abusos sexuais, relativamente aos casos de maus tratos (que representavam 4 por 1000 da população de menores de 16 anos) (79).

Russell efectuou também um estudo nos Estados Unidos da América encontrando 38% de mulheres que entrevistou (n=930), referindo pelo menos uma

experiência intra ou extra-familiar de abuso sexual antes dos 18 anos. Apenas 6% destes casos foram referidos às autoridades (136).

Em 1990 estimava-se que mais de 6600 crianças menores de 16 anos eram sexualmente abusadas cada ano em Inglaterra e Gales. Destas, 78% envolviam o género feminino e 22% o masculino (161). Nessa mesma altura, mais estudos realizados nos Estados Unidos revelaram que 27% das mulheres e 16% dos homens foram vítimas durante a sua infância de algum tipo de abuso sexual (61).

Um balanço de 19 investigações efectuadas no Canadá, Estados Unidos e Inglaterra nos anos 90, revelou que aproximadamente 20% de mulheres (com uma variabilidade entre 6% e 62%) diziam ter sido vítimas de abuso sexual na infância, antes de fazer 16 ou 17 anos (59).

Um estudo sobre 9000 crianças de 15 anos, na Finlândia, revelou 6 a 8% de meninas e 1 a 2% de meninos que tinham sofrido experiências qualificáveis como abuso sexual (138).

Em Espanha, uma investigação sobre prevalência encontrou 19% da população adulta com antecedentes de ter sofrido abusos sexuais na infância (15% homens e 22% mulheres) sendo as meninas entre os 11 e 12 anos a população de maior risco (98).

Noutro estudo em 50 Estados dos Estados Unidos, em 1995, conduzido pelo *National Committee for Prevention of Child Abuse*, foi determinado que existiam mais de 3 milhões de crianças vítimas de maus tratos, estimando-se em 11% os casos de abusos sexuais (119). A mesma estimativa manteve-se relativamente a 1996 (120). Outro estudo efectuado também nos Estados Unidos, revelou que em 1995 um milhão de crianças foi vítima de abuso sexual, por adultos ou por outras crianças, concluindo-se que estes números correspondem a 10 vezes mais o número de casos conhecidos para um período de tempo semelhante (156).

Outros estudos espanhóis, também relativos aos anos 90, revelaram que os abusos sexuais constituem 4% das situações de maus tratos (83).

No Canadá encontraram-se 22% de adultos que descreviam contactos sexuais não desejados em crianças e 39% de abusos sexuais sem contacto físico (69).

A partir daqui os números não têm variado significativamente.

Relativamente a Portugal, num estudo realizado pelo Centro de Estudos Judiciais, em 1988, num total de 209 crianças maltratadas e negligenciadas, em Lisboa, 8.1% eram vítimas de abuso sexual, sendo que destas, 41.2% não foram participadas às autoridades (4). Gallardo cita o jornal “Correio da Manhã”, na sua edição de 17.10.93, que informa que entre 1989 e 1992, o número de queixas entradas na Polícia Judiciária, relativas a abusos sexuais em menores de 12 anos foi de 157 casos (65).

De acordo com dados do Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC) (125), durante o ano de 1997 foram sinalizados 285 casos de violência contra a criança; destes, em 60% havia negligência, em 45% maus tratos psicológicos, em 22% maus tratos físicos e em 14% abusos sexuais. Relativamente a estes casos, cerca de 35% das crianças pertenciam à faixa etária entre os 7-12 anos, sendo este considerado o grupo de maior risco. É para notar que num trabalho anteriormente efectuado, relativamente a 1995, por um núcleo do PAFAC, no Hospital Maria Pia, se havia encontrado uma taxa de 6% de abusos sexuais nos casos de maus tratos estudados (66).

No caso dos abusos sexuais o grupo etário dos 7-18 é o de maior expressão e o sexo feminino é o mais afectado (125). Os principais apelantes neste tipo de maus tratos são os técnicos e os professores, sendo o abusador maioritariamente o pai, seguido do seu substituto (padrasto, companheiro da mãe, etc.) (125).

É no entanto de referir que na problemática dos maus tratos, os conceitos relativamente à sua tipologia são, por vezes, de difícil delimitação e um grande número dos maus tratos são cumulativos. Assim, ainda relativamente aos dados do PAFAC, constatamos que 19% dizem respeito a casos mistos (125).

Da consulta de dados do Instituto Nacional de Medicina Legal, verifica-se que em 2004 e 2005 foram observados, respectivamente, 1167 e 1345 casos de suposto abuso sexual, com a seguinte distribuição etária: 75% menores de 14 anos, 19.7% entre os 14 e os 16 anos e 5.3% entre os 17 e os 18 anos. A maior parte dos casos aconteceu no sul (44.8%), seguido do norte (29.9%). Note-se que o aumento verificado entre 2004 e 2005 não significa um real aumento do número de casos, podendo antes estar relacionado com o facto de em 2005 existirem mais Gabinetes

Médico-Legais instalados, do que em 2004, havendo, portanto, maior capacidade para receber estas vítimas.

Os dados da APAV referem, relativamente aos crimes perpetrados contra crianças entre 2002 e 2005, os seguintes números no que se refere a maus-tratos físicos: 312, 299, 257 e 201, respectivamente. Quanto aos crimes sexuais, indicam os seguintes números: 81, 76, 58 e 51 (12).

Segundo fontes do Ministério da Justiça (86), a maior parte dos crimes contra menores são as ofensas à integridade física, seguidas dos abusos sexuais (Fig. 1). O facto dos diversos crimes contra menores revelar tendência crescente nos últimos anos (Fig. 1), poderá estar relacionado com a sua denúncia mais sistemática e não, necessariamente, com o real aumento do número de casos.

Figura 1. Principais crimes contra menores (GEP – MJ)

PRINCIPAIS CRIMES CONTRA MENORES					
Ofensa à Integridade física grave, agravada e qualificada					
	2000	2001	2002	2003	2004
Vítimas	381	511	467	655	646
Arguidos	406	550	522	768	734
Condenados	229	365	354	529	507
Absolvidos	177	185	168	239	227
Maus-tratos de menor ou pessoa indefesa					
	2000	2001	2002	2003	2004
Vítimas	101	104	110	158	118
Arguidos	101	106	113	170	124
Condenados	66	65	69	109	73
Absolvidos	35	41	44	61	51
Abuso sexual de crianças e menores dependentes					
	2000	2001	2002	2003	2004
Vítimas	156	158	168	190	217
Arguidos	156	161	165	195	211
Condenados	90	107	118	146	147
Absolvidos	66	54	47	49	64
Actos sexuais e homossexuais com adolescentes					
	2000	2001	2002	2003	2004
Vítimas	15	13	8	9	8
Arguidos	15	13	8	11	9
Condenados	7	5	5	6	3
Absolvidos	8	8	3	5	6

Fonte: GABINETE DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Como a maior parte dos casos não são denunciados no momento em que acontecem e o valor dos métodos de investigação é, por isso, limitado, é muito difícil conhecer a sua verdadeira frequência. Os estudos mais realistas baseiam-se em auto-

informações de adultos investigados relativamente às recordações dos acontecimentos da sua infância. Estes estudos fundamentam-se no pressuposto de que os abusos sexuais deixam uma marca indelével através dos anos, pelo que os investigadores aplicam questionários anónimos a amplas amostras de adultos, o que, em condições adequadas, constitui a melhor forma de conhecer a sua prevalência. Efectivamente, os estudos sobre a prevalência (casos de abusos sexuais que a população adulta reconhece ter sofrido) são mais representativos do que realmente ocorre, do que os dados sobre a incidência. Mas esta metodologia tem claras limitações, como a representatividade da amostra, a validade e fiabilidade dos instrumentos, a repercussão social das respostas e a interpretação das respostas, entre outros (137).

A incidência ou número de novos casos que ocorram durante um determinado período é muito variável de uns países para os outros e de uns períodos para os outros, dentro do mesmo país (137). Por outro lado, os dados sobre incidência são mais indicativos de como funcionam os profissionais e serviços sociais de um país que do número de casos reais que se verificaram.

Por outro lado, uma grande parte dos casos de abusos sexuais não são denunciados. Os profissionais (em países como os Estados Unidos) comunicam menos da metade dos casos que chegam ao seu conhecimento; e é possível que os hospitais tendam a denunciar só os casos em que houve dano físico, que os serviços sociais denunciem unicamente quando participam em alguma acção motivada expressamente por esta causa, e que a família só o faça quando o agressor for desconhecido (137). Quer isto dizer que há numerosos sistemas de ocultação que começam pela própria vítima e se estendem a toda a rede social que deveria fazer o possível para os conhecer e denunciar, o que, aliás, está legalmente suportado.

Nos Estados Unidos calcula-se que foram denunciados no ano de 1989, entre 360000 a 408000 casos de abusos de menores (137). Em Espanha, do total de delitos contra a liberdade sexual, segundo dados do Ministério do Interior, foram denunciados, em 1994, 1603 violações e 2615 casos de agressões sexuais de tipo diferente. Seguramente, haveria de se multiplicar estes números por cinco ou por dez para nos começarmos a aproximar mais um pouco do que realmente acontece (137).

Todos os autores estão de acordo em que os abusos sexuais são mais frequentes nas meninas, ainda que estudos recentes revelem que os rapazes sofrem mais abusos sexuais do que inicialmente indicavam os estudos (98).

Sánchez, em 1997, apresentou um estudo sobre a prevalência de abusos sexuais em diversos países da Europa e América (137), do qual resultou evidente que:

- a) a prevalência dos abusos sexuais é muito elevada nos países estudados, tendo em conta que estes estudos se consideram, no seu conjunto, bastante representativos. Quer isto dizer que estamos perante uma questão de grande dimensão social, dimensão esta que redobra o seu peso quando se conhecem todos os efeitos que têm sobre numerosos sujeitos;
- b) Os abusos sexuais são mais frequentes nas mulheres do que nos homens, mas em ambos os géneros é elevada a prevalência;
- c) Os resultados não são comparáveis nem generalizáveis de uns países para os outros. Desconhece-se se as diferenças encontradas se devem a factores metodológicos da investigação ou se são representativas da realidade de cada país.

4. Consequências dos abusos sexuais

Os efeitos dos abusos sexuais são muito variados dependendo do tipo de abuso (seu grau de intrusão física e psicológica, nível de violência e ameaças sofridas), da duração do abuso e sua frequência, do tipo de relação entre vítima e abusador, da idade a vítima, da sua personalidade e nível de desenvolvimento, e da reacção do meio envolvente (apoio familiar e ajuda profissional), entre outros.

No caso dos crimes sexuais, parecem ter consequências mais graves os que acontecem em idades jovens, de forma continuada, em que existe contacto genital, em que há ameaças, em que o abusador é o pai ou o padrasto e em que não há apoio familiar ou que implique o abandono da casa (122).

Podemos dizer que os indicadores ou sinais de alarme de abuso sexual constituem sinais e sintomas meramente indicativos da possibilidade de existência de

uma situação deste tipo, ou seja, da necessidade de um estudo mais aprofundado do caso. Assim, sempre que estiverem presentes, devem fazer suspeitar da existência de abusos ou de um contexto de risco para a criança ou jovem, apesar das manifestações desses abusos serem muito variadas. Correspondem, em geral, às consequências, a curto e médio prazo, dos diferentes tipos de abusos (103).

Segundo Sánchez (137), de todas as crianças e jovens que sofrem abusos sexuais, entre 60% e 80% são afectados, a curto prazo, em diferentes graus; entre 20% a 30% conseguem continuar a sua vida quotidiana sem mudanças significativas após o abuso; entre 17% e 40% manifestam sintomatologia importante e os restantes têm sintomas menores de um ou outro tipo. Assim, este autor considera como efeitos a curto prazo a vergonha, a sensação de culpa, o medo, o nojo, a desconfiança, a marginalidade, a hostilidade ou a agressividade (com o abusador e(ou) com a família), a ansiedade, ou o agrado ou satisfação.

Os efeitos a longo prazo são mais difíceis de estudar devido à influência de outra série de factores relacionados com os próprios abusos sexuais. A depressão na vida adulta é a patologia mais claramente relacionada com os abusos sexuais (137). Tal foi demonstrado tanto em amostras clínicas como em pessoas sem sintomas evidentes (137). As ideias de suicídio, as tentativas e os suicídios, também são mais prováveis (137). Os abusos sexuais provocam, ainda, sentimentos de estigmatização, isolamento, marginalidade e perdas que diminuem, frequentemente, a auto-estima de quem os sofre (137). Ansiedade, tensão e perturbações nos hábitos alimentares, estão também associados com grande frequência a este tipo de traumas infantis. As dificuldades de tipo relacional (em especial com os homens, os pais ou os próprios filhos) acompanham, também, esta sintomatologia. Nas relações interpessoais é frequente que a vítima sinta hostilidade contra as pessoas do mesmo género que o agressor (137).

Outra série de efeitos, estão relacionados com a sexualidade (podendo referir-se as dificuldades de relaxamento, anorgasmia, promiscuidade e exploração sexual, entre outras) (137). Tudo parece indicar que as vítimas de abusos sexuais durante a infância têm mais dificuldades sexuais e disfrutam menos com a actividade sexual (137).

Contudo, nenhuma lista de sinais e sintomas destes abusos poderá ser completa, devendo antes ser entendida como uma orientação para o diagnóstico destes casos.

A grande maioria dos sinais ou sintomas não são patognomónicos deste tipo de abuso dado que (103):

- a) os sinais, mas sobretudo os sintomas, variam conforme a gravidade do abuso, o género, a fase de desenvolvimento em que se encontra a criança ou jovem, a sua capacidade para reagir e a existência de estruturas de apoio no seu meio;
- b) podem existir situações de abuso em que não existem sinais ou sintomas evidentes e em que a criança ou jovem revele uma relação saudável com os adultos cuidadores, particularmente nos grupos etários mais baixos;
- c) podem existir sintomas sugestivos de abuso sem que estes se verifiquem, de facto

No entanto, alguns sinais são inequívocos, como a gravidez, a presença de esperma no corpo do menor e certos tipos de lesões ou doenças (designadamente doenças sexualmente transmissíveis), carecendo, sempre, de uma apreciação médica especializada para o respectivo diagnóstico e valorização (103).

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

Esses sinais de alarme ou indicadores podem surgir isolados ou em conjunto e aparecer subitamente ou de forma evolutiva, podendo até mesmo nem existir, mas todos os adultos que foram vítimas destas situações na infância, e que têm sido estudados, admitem ter experimentado, de forma mais ou menos intensa, alguns sintomas específicos (103).

Estes casos colocam grandes dificuldades de detecção e diagnóstico dado que (103):

- a) raras vezes resultam lesões físicas ou existem vestígios de outro tipo que constituam indicadores, porquanto:

- na maior parte dos casos com crianças pequenas não há penetração anal ou vaginal;
 - quando há penetração, a ejaculação dá-se, muitas vezes, fora das cavidades;
 - frequentemente, a criança e as roupas são lavadas;
 - geralmente, o período entre a ocorrência e o exame médico-legal é superior a 48 horas, o que torna difícil, se não impossível, os estudos para pesquisa de esperma;
- b) o tabu social implícito (vergonha, medo) dificulta o pedido de ajuda;
- c) os menores, sobretudo os de idade mais baixa, podem confundir a relação com uma manifestação afectiva “normal” ou podem estar submetidos à pressão do segredo imposto pelo abusador.

Magalhães refere os seguintes sinais destes abusos (103):

- a) leucorreia (corrimento) vaginal persistente ou recorrente;
- b) ruborização e(ou) inflamação dos órgãos genitais externos femininos (vulva) ou anal;
- c) lesões cutâneas: rubor, inflamação, ptéquias (pontuado hemorrágico) ou atrofia cutânea perineais e(ou) perianais; verrugas perianais e(ou) no intróito vaginal;
- d) lesões no pénis: edema ou erosões na pele balano-prepucial e na glândula, balanites, parafimoses;
- e) lacerações ou fissuras genitais ou anais, sangrantes ou cicatrizadas, designadamente na rafe posterior da vulva;
- f) rotura do hímen;
- g) hemorragia vaginal ou anal;
- h) laxidez anormal do esfíncter anal ou do hímen;
- i) equimoses e(ou) ptéquias na mucosa oral e(ou) lacerações do freio dos lábios;
- j) infecções urinárias de repetição;
- k) doença sexualmente transmissível (gonorreia, sífilis, SIDA, tricomoníase, etc.);

- l) presença de esperma no corpo ou na roupa do menor;
- m) presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou na roupa do menor;
- n) gravidez.

Descreve, ainda, como sintomas, a dor na região vaginal ou anal e o prurido vulvar, acrescentando ainda os seguintes, de acordo com o grupo etário do menor (103):

1. *nas crianças:*

- a) perturbações funcionais:
 - apetite: anorexia, bulimia;
 - sono: terrores nocturnos;
 - regulação de esfíncteres: incontinência para a urina ou fezes;
 - dores abdominais inexplicadas e recorrentes;
- b) obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;
- c) pobre relacionamento com as outras crianças;
- d) condutas sexualizadas:
 - interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais (traduzidos, por exemplo, pelo uso de linguagem específica e desapropriada para a idade);
 - masturbação compulsiva;
 - desenhos ou brincadeiras sexuais explícitas;
- e) comportamentos agressivos.

2. *nos jovens:*

- a) comportamentos aparentemente bizarros, como:
 - dormirem vestidas com roupa de dia;
 - urinarem de propósito a cama esperando que os lençóis molhados evitem que o abusador as toque;

- destruição ou ocultação de sinais de feminilidade que possam ser atractivos;
 - recusa para tomarem banho ou se despirem nos vestiários, não querendo fazer ginástica;
 - recusa em ir à escola ou em voltar da escola para casa;
- b) perturbações do foro sexual:
- comportamentos auto-eróticos extremos (ex.: masturbação em frente dos outros, interacção sexual com os companheiros, abuso sexual de crianças mais pequenas, condutas sedutoras com adultos)⁵;
 - repulsa em relação à sexualidade;
- c) comportamentos desviantes:
- abuso de álcool e drogas;
 - delinquência;
 - prostituição;
- d) outras perturbações:
- depressão;
 - auto-mutilação;
 - comportamento suicida;
 - fuga.

Serão os abusos intra-familiares que apresentam consequências psico-sociais mais graves, imediatas e a longo prazo, na sequência da importante quebra de confiança e perda de segurança em casa, o que constitui uma ameaça profunda para o desenvolvimento das crianças e jovens.

Importa, por isso, analisar com mais detalhe as diferenças entre abusos intra e extra-familiares, uma vez que diferentes tipos de consequências, sobretudo no que se refere à sua gravidade, podem estar associadas a estes diferentes abusos, podendo justificar metodologias específicas de abordagem e tratamento das vítimas.

⁵ Tratam-se de comportamentos aprendidos pelo que é importante não criticar ou acusar a criança ou jovem.

II. OBJETIVOS

A abordagem dos abusos sexuais a menores, no contexto da violência intra e extra-familiar, é tarefa difícil, quer pela baixa taxa de revelação destes casos, quer pelas dificuldades de recolha de informação útil, de diagnóstico e de acompanhamento dos mesmos.

Os estudos epidemiológicos existem em grande número mas não permitem caracterizar, em termos absolutos, esta problemática, muito ficando por se saber no que se refere à questão dos abusos intra-familiares, uma vez que são estes que se revestem de menor visibilidade.

A experiência e vários estudos têm demonstrado que existem diferenças importantes entre os abusos sexuais que acontecem nos contextos intra e extra-familiar. Estas diferenças estarão relacionadas com as características das vítimas e dos abusadores, com as circunstâncias das ocorrências, com o tipo, número e frequência dos abusos, e com as consequências imediatas, a médio e a longo prazo que deles resultam. Estes aspectos, poderão exigir por parte dos profissionais que intervêm nestes casos, diferentes estratégias de intervenção, quer no que respeita ao diagnóstico, quer no que respeita ao tratamento, encaminhamento e protecção das vítimas.

No entanto, estas diferenças que descrevemos entre os abusos sexuais, de acordo com o seu contexto, não são aceites por todos os investigadores. Efectivamente, vários autores consideram que estes actos de violência sobre menores têm uma maior incidência e gravidade quando perpetrados por pessoas fora do núcleo familiar, mas existem alguns dados e estudos que não têm a mesma leitura.

Por outro lado, vários dados epidemiológicos indicam que não existem características familiares e demográficas que permitam excluir o diagnóstico clínico de abuso sexual, assinalando a existência de diversos factores de risco, entre os quais têm sido indicados o facto de ser do género feminino, de ter baixa idade, de ter padrasto, de não viver com os pais biológicos, de ter mãe com problemas

psicológicos, ou presenciar conflitos familiares (57), todos eles particularmente relacionados com ocorrências no contexto familiar.

A denúncia destes actos de violência sob menores é envolvida por uma grande ambiguidade de sentimentos e emoções, que vão desde as preocupações com a vítima, à punição de um familiar (no caso de violência intra-familiar), aos preconceitos da própria sociedade em relação à família em causa (que fica, assim, estigmatizada), até à forma como a própria vítima encara e enfrenta a situação. Por isso, e como já se referiu relativamente aos níveis de vitimação, o fenómeno da ocultação é sobretudo marcado nas situações intra-familiares (115).

Não será pois de estranhar que um grande número dos estudos revele uma maior incidência do abuso extra-familiar relativamente ao intra-familiar, ainda que nem todos sejam concordantes com este facto. Um trabalho de revisão feito sobre dez estudos publicados aponta para uma variação da incidência de abuso sexual intra-familiar que pode ir desde os 10% até aos 50% (13,44).

Quanto às diferenças dos abusos nos dois contextos em análise, muitos consideram que existe um maior número de vítimas mais jovem e do género feminino no abuso intra-familiar e de vítimas do género masculino e mais velhas (a partir dos seis anos) no extra-familiar (38,118,145,159). Outros referem que o abuso sexual intra-familiar terá uma maior duração, uma maior frequência e uma maior gravidade (48,112,136), apesar de outros não encontrarem diferenças quanto à gravidade do abuso intra e extra-familiar (71). Também de acordo com alguns estudos, as sequelas, as incapacidades e os transtornos psico-afectivos serão tanto mais graves quanto maior for a duração do abuso (17,68), o que correlaciona então a gravidade com os abusos intra-familiares.

Por outro lado, sabemos que existem factores sócio-culturais que condicionam este tipo de comportamentos, pelo que os resultados de um estudo feito num determinado país pode não se aplicar à realidade portuguesa, sendo certo que, mesmo dentro do espaço português, poderão existir diferenças, por ventura significativas, entre diversas populações estudadas, desde logo no que se refere à

região geográfica, como possa ser o caso de eventuais diferenças entre o litoral e o interior do país.

Acresce que estudos recentes têm apontado a existência de factores genéticos que, correlacionados com o meio, podem levar à melhor compreensão desta problemática, parecendo evidente que a tendência para cometer determinados tipos de práticas violentas é maior em determinados grupos (164,110,28), existindo características que parecem mostrar uma maior resistência e uma melhor adaptação a esta situação traumática (33). Nesta perspectiva, os abusos intra-familiares merecerão uma particular atenção.

Outros estudos analisaram a maneira como a vítima lidou com a culpa e atribuição desta, existindo sequelas e diferentes resultados finais conforme a culpa fosse orientada para o agressor ou fixada na vítima (67,150).

Existem já estudos sobre amostras da população portuguesas que estabelecem alguma comparação entre os abusos sexuais intra e extra-familiares (105); limitam-se, no entanto, a comparar aspectos limitados e partem da análise de amostras reduzidas.

De acordo com o que foi dito, importará aprofundar a análise deste tema comparando os abusos sexuais intra e extra-familiares, nomeadamente no que se refere à caracterização das pessoas implicadas, ao tipo e circunstâncias dos abusos mas, particularmente, à gravidade das consequências físicas e psíquicas para a vítima.

Assim, o presente trabalho tem como objectivo geral constituir um contributo para uma melhor caracterização do abuso sexual de crianças e jovens, relativamente ao contexto intra ou extra-familiar em que este possa ocorrer, estudando e identificando possíveis diferenças entre estes abusos, tendo em vista promover a capacidade de detecção e diagnóstico dos mesmos, bem como o melhor encaminhamento, tratamento e protecção das vítimas envolvidas.

Os objectivos específicos são a determinação de eventuais diferenças entre certas características dos abusos sexuais intra e extra-familiares, designadamente:

- Idade, sexo das vítimas;
- Idade, sexo e antecedentes de comportamentos desviantes dos suspeitos abusadores;
- Relação abusador/vítima;
- Tipo de abuso;
- Duração do abuso;
- Grau de violência (física e emocional) que o mesmo envolve;
- Consequências médico-legais do abuso;
- Capacidade do exame pericial para diagnosticar o abuso.

III. MATERIAL E MÉTODOS

1. Material

A amostra estudada foi seleccionada a partir dos exames de natureza sexual efectuados no Serviço de Clínica Médico-Legal do Instituto de Medicina Legal do Porto / da Delegação do Porto do Instituto Nacional de Medicina Legal.

Foi analisado o período entre 1997 a 2004, por apenas a partir de 1997 existirem dados informatizados no que se referia à identificação do processo, da vítima e do âmbito do Direito em que o exame teve lugar. Foram identificados 1141 casos relativos a exames de natureza sexual.

A partir destes, consideraram-se como critérios de inclusão: exame de natureza sexual no âmbito do Direito Penal; vítima com idade compreendida entre os 0 aos 17 anos, inclusive.

Resultou assim uma amostra final de **764** casos, que foram estudados e que representam 67% do total dos casos de natureza sexual observados naquele período nos serviços médico-legais do Porto.

2. Métodos

2.1. Colheita dos dados

Efectuou-se um estudo retrospectivo com base na análise dos relatórios periciais dos exames de natureza sexual acima referidos.

Para efeitos do presente estudo, considerou-se abuso sexual intra-familiar, aquele que é praticado por alguém que vive normalmente na mesma casa da vítima, como por exemplo os pais, irmãos, ou outros parentes (padrasto, madrasta, tios, avós, primos, etc.). O abuso sexual extra-familiar foi considerado como aquele que envolve pessoas fora da família, como por exemplo os amigos, vizinhos, amas ou cuidadoras, professores ou desconhecidos.

Depois de sumária análise do conteúdo dos relatórios, foi elaborada uma ficha de colheita de dados. Submeteu-se esta ficha a um pré-teste, através da colheita de dados relativos a 30 casos, procedendo-se, nesta sequência, a alguns ajustes que se mostraram adequados. A maior parte destes ajustes tiveram a ver com um certo número de informações que não eram comuns a todos os relatórios, o que limitando a análise, decorre do facto de ter havido necessidade de recorrer a um estudo de natureza retrospectiva.

Os dados possíveis de obter foram então colhidos, na sua totalidade, para a ficha final que se apresenta no anexo 1.

Esta ficha permitiu caracterizar (por vezes ainda que sumariamente) as vítimas, os abusadores, os abusos (tipo e circunstâncias), e os resultados do exame pericial, procedendo-se à análise das eventuais diferenças entre o abuso sexual intra e extra-familiar relativamente aos seguintes aspectos:

1. Idade da vítima;
2. Sexo da vítima;
3. Sexo do suposto abusador;
4. Comportamentos desviantes do suposto abusador;
5. Tipo de relação entre o suposto abusador e a vítima: pai; mãe; padrasto; madrasta; avô; avó; tio; tia; irmão; irmã; primo; prima; companheiro da mãe; companheira do pai; vizinho(a); colega/amigo(a); professor(a); educador(a); ama; conhecido(a); desconhecido.
6. Tipo do último abuso sexual: obrigação de presenciar práticas sexuais; obrigação de manipular os órgãos sexuais do abusador; carícias com carácter sexual; manipulação dos órgãos genitais; tentativa de penetração oral, anal e/ou vaginal; penetração oral, anal e/ou vaginal.
7. Local do último abuso sexual: casa da vítima; casa do abusador; casa de ambos; escola; local de trabalho do abusador; carro; descampado; casa abandonada; outro.

8. Duração do processo abusivo: <1 semana; 1 a 2 semanas; 2 a 4 semanas; 4 semanas a 6 meses; 6 meses a 12 meses; 12 a 14 meses; 14 a 36 meses; > 36 meses.
9. Violência física associada ao último abuso sexual
10. Violência emocional associada ao último abuso sexual: insultos; humilhações; ameaças verbais; ameaças com armas, outras.
11. Tempo decorrido entre o último abuso e o exame médico-legal: <1 semana; 1 a 2 semanas; 2 a 4 semanas; 4 semanas a 6 meses; 6 meses a 12 meses; 12 a 14 meses; 14 a 36 meses; > 36 meses.
12. Evidências médico-legais do abuso sexual: vestígios físicos; vestígios biológicos.

Procedeu-se, posteriormente, à análise dos relatórios de Psicologia Forense relativamente aos casos em que este tipo de exame teve lugar (n=29).

Assinale-se que estes exames, feitos pelo Grupo de Estudo e Apoio à Vítima, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, apenas começaram a ser realizados regularmente a partir do ano 2002, pelo que a amostra é ainda pequena.

2.2. Análise estatística

Para a realização da base de dados foi utilizado o programa informático Excel 2003 e para o tratamento estatístico dos dados foi usado o SPSS 14 para Windows.

Utilizou-se o teste *Qui-quadrado* nas comparações de variáveis categóricas (para verificar a independência e não existência de relação entre as duas variáveis), e tabelas de contingência para estudar a relação entre duas variáveis categóricas. Quando a variável foi do tipo contínuo (como a idade), realizou-se o teste de *t student* (teste de comparação de duas médias).

Considerou-se um nível de significância de 5% para os dois tipos de variáveis.

V. RESULTADOS

Os dados serão apresentados relativamente à caracterização de cada aspecto referido no capítulo anterior, descrevendo-se os resultados de acordo com uma análise global da amostra, para de seguida os descrever na perspectiva dos casos extra-familiares, seguidos dos intra-familiares, concluindo-se com a análise comparativa entre os dois contextos para o aspecto em avaliação.

Da amostra de 764 casos, 65.1% (n=497) são extra-familiares e 34.9% (n=267) intra-familiares.

A distribuição anual dos casos revelou uma tendência para o seu aumento, verificando-se a seguinte evolução entre 1997 e 2004 no número de casos: 70, 73, 109, 97, 92, 95, 119, 109.

1. Caracterização das vítimas

Do total das vítimas estudadas, 639 (83.6%) eram do sexo feminino.

A distribuição por idades (à data do exame médico-legal) é a apresentada no gráfico 1, sendo a idade média de 11.0 anos (mín: 1.8; máx: 17.8; desvio padrão: 4.3). Na amostra estudada e feita a correlação entre a idade e sexo, através do teste de Mann-Whitney, verifica-se que os indivíduos do sexo masculino são mais novos, com uma mediana de 9.3 anos, sendo a mesma de 12.5 anos para o sexo feminino (Gráfico 2).

Relativamente à actividade desenvolvida, a maior parte das vítimas (n=591; 77.4%) eram estudantes, havendo apenas um pequeno número de casos (2.7%) em que estas já exerciam actividade profissional (Tabela 1). Em 19.5% dos casos não exerciam qualquer actividade, o que está relacionado, na maior parte, com a sua idade pré-escolar.

Gráfico 1. Distribuição da idade das vítimas em geral (n=764)

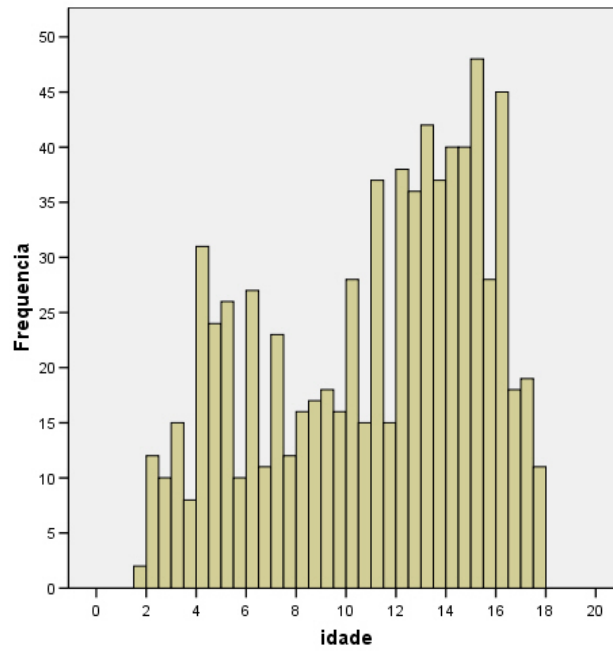


Gráfico 2. Distribuição das vítimas por sexo e idade (n=764)

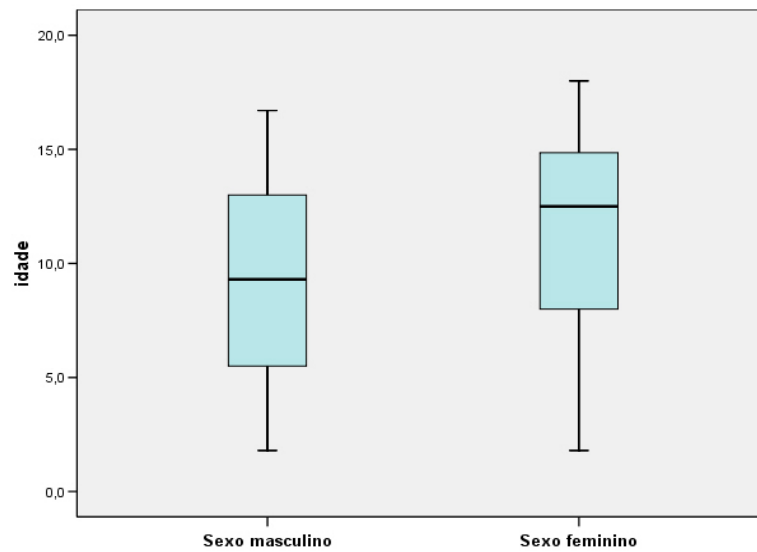


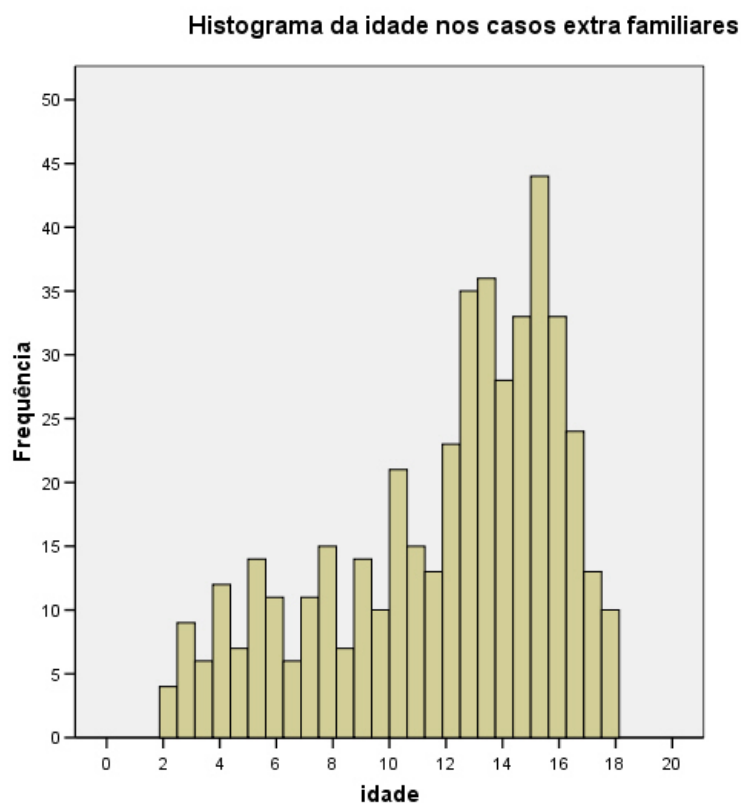
Tabela 1. Distribuição das vítimas em geral, segundo a actividade exercida (n=764)

	n	%
Nenhuma	147	19.3
Estudante	591	77.4
Trabalhadora	21	2.7
Sem informação	5	0.6

Dos 497 casos de abuso extra-familiar, a maior parte das vítimas é do sexo feminino (n=417; 84.7%). A distribuição por idades (à data do exame médico-legal) é a apresentada no gráfico 3, sendo a idade média de 11.7 anos (mín: 1.8; máx: 17.8; desvio padrão: 4.2).

A maioria é estudante (n=404; 81.2%), tal como na amostra geral (Tabela 2).

Gráfico 3. Distribuição das vítimas de abusos extra-familiares por idade (n=497)

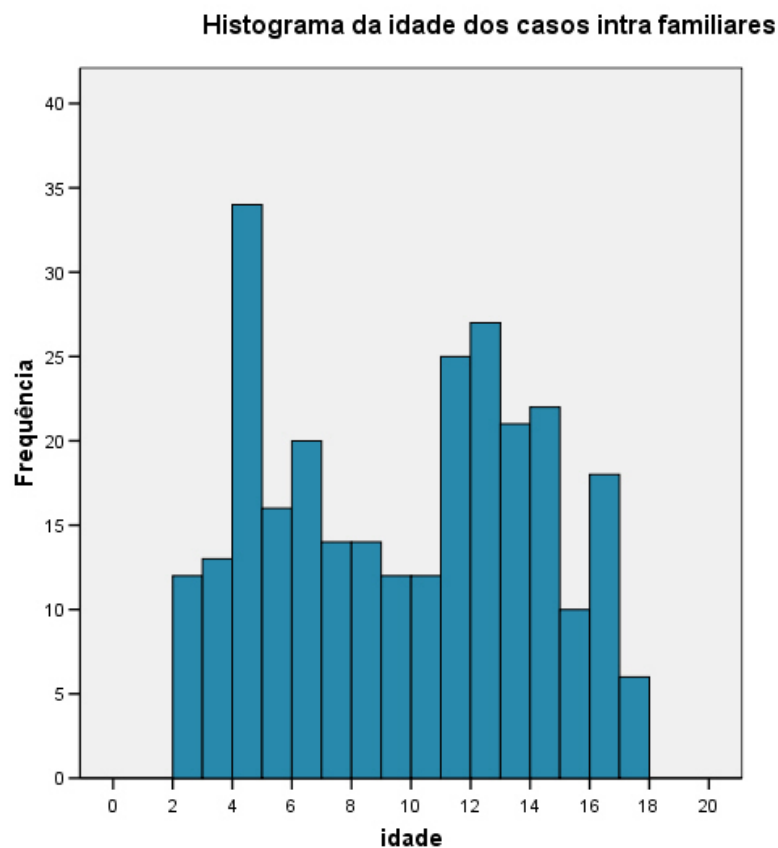


Quando às vítimas de abuso intra-familiar, dos 267 casos, a maior parte é do sexo feminino (n=222; 83.1%).

A distribuição por idades (à data do exame médico-legal) é a apresentada no gráfico 4, sendo a idade média de 9.59 anos (mín: 2.0; máx: 17.5; desvio padrão: 4.4).

A maioria é, também, estudante (n=187;70%) (Tabela 2).

Gráfico 4. Distribuição das vítimas de abusos intra-familiares por idade (n=267)



Da comparação entre os casos intra e extra-familiares constatamos que existem diferenças significativas ($p < 0.001$) no que se refere à idade (Gráfico 5) e à actividade desenvolvida (Gráfico 6), admitindo-se que a questão da actividade está correlacionada com a idade. Assim, as vítimas são mais novas nos casos intra-

familiares e, conseqüentemente, num maior número não exercem nem actividade escolar, nem profissional (Tabela 2).

Não se encontraram diferenças significativas no que se refere à distribuição por sexo (Tabela 2).

Gráfico 5. Distribuição das vítimas por idade, de acordo com o tipo de abuso (intra ou extra-familiar)

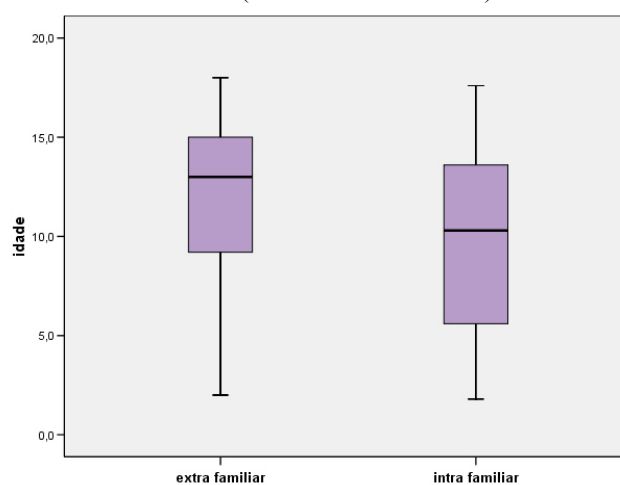


Gráfico 6. Distribuição das vítimas por actividade desenvolvida, de acordo com o tipo de abuso (intra ou extra-familiar)

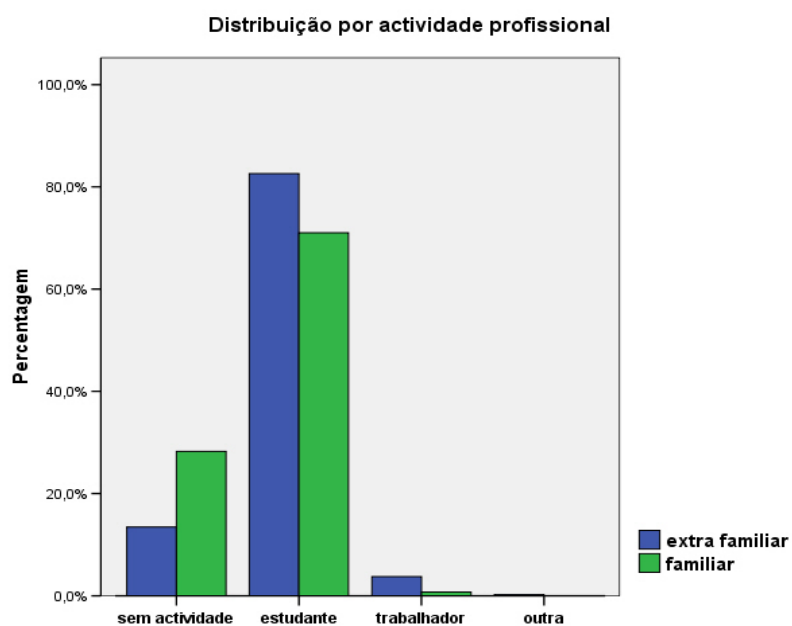


Tabela 2. Análise comparativa quanto às características das vítimas (casos intra e extra-familiares)

		Intra-familiar (n=267)	Extra-familiar (n=497)	p
Sexo	Feminino	222 (83%)	417 (84.7%)	0.79
	Masculino	45 (17%)	80 (15.3%)	
Idade (anos)	Média	9.59	11.7	<0.001
	Mínimo	2.0	1.8	
	Máximo	17.5	17.8	
	SD	4.4	4.2	
Actividade	Nenhuma	77 (28.8%)	70 (14%)	<0.001
	Estudante	187 (70%)	404 (81.2%)	
	Trabalhadora	2 (0.7%)	19 (3.8%)	
	Sem informação	1 (0.5%)	4 (1%)	

2. Caracterização dos abusadores

Com excepção de um abusador do sexo feminino, todos os outros são homens.

Dado que se trata de um trabalho retrospectivo, limitado aos dados existentes, e uma vez que os dados na maior parte dos relatórios não contemplam a caracterização completa do abusador, não nos foi possível estudar a idade do mesmo, tanto mais que em 34.7% se tratavam de abusadores desconhecidos.

Quanto aos antecedentes de comportamentos desviantes, é de notar que 44% dos casos não foi possível obter informação sobre este aspecto (n=335). No entanto, relativamente ao número de casos em que tal informação foi obtida (n=429), constata-se que foram referidos tais antecedentes em 287 casos (66.9%) (Tabela 3). Note-se, contudo, que a avaliação deste aspecto resulta da informação que é dada pela vítima ou pela pessoa que a acompanha, e que é transcrita para o relatório,

devendo por isso a sua valorização ser feita à luz da fiabilidade passível de ser atribuída a essa informação.

Tabela 3. Distribuição dos supostos abusadores em geral, por comportamentos desviantes prévios (n=762)

	n	%
Alcoolismo	11	1.4
Drogas de abuso	7	0.9
Abuso sexual	250	32.8
Delinquência	17	2.3
Nenhuma	142	18.6
Sem informação	335	44.0

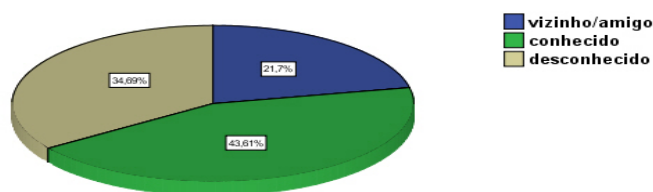
No caso dos abusos extra-familiares, o abusador era amigo ou vizinho da vítima em 107 casos (21.7%) e era conhecido em 217 (43.6%), o que significa que a vítima conhecia o abusador na maior parte dos casos (n=324; 65.2%), sendo uma pessoa desconhecida em 173 casos (34.7%) (Gráfico 7).

Em todos os casos o abusador era do sexo masculino.

Num grande número de situações (n=308; 62%) não foi possível obter informação sobre os seus antecedentes de comportamentos desviantes, o que estará relacionado com o número importante de pessoas desconhecidas ou pouco próximas. É contudo de assinalar que em 88 casos (17.7% dos casos extra-familiares) havia história de prática de abusos sexuais prévios (Tabela 4).

Gráfico 7. Distribuição dos supostos abusadores extra-familiares de acordo com a relação com a vítima (n=497)

Distribuição dos casos extra familiares



Relativamente aos abusos intra-familiares, com excepção de um caso, todos os abusadores eram do sexo masculino (99.6%).

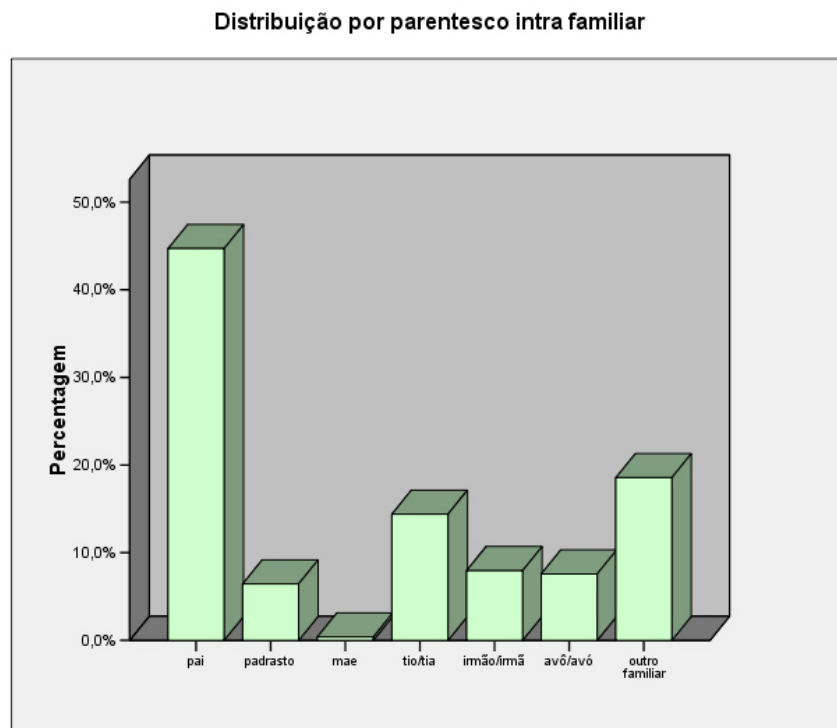
Mais uma vez, dado o tipo de dados contidos nos relatórios, não nos foi possível caracterizar o abusador quanto à sua idade.

O abusador era o pai ou padrasto da vítima em 119 (44.6%) e 17 (6.4%) casos, respectivamente; nos restantes, os familiares foram o tio (n=38; 14.2%), o irmão (n=21; 7.9%), o avô (n=20; 7.5%), ou outros como primos e cunhados (n=51; 19.1%); apenas num caso o abusador foi a mãe (0.4%), tratando-se, portanto, do único em que este era do sexo feminino (Gráfico 8).

Relativamente a este último caso, importa referir que a vítima era uma menina de 7 anos de idade, estudante do ensino básico. O abuso ocorreu em casa de ambas, consistindo em carícias dos órgãos genitais seguidas da introdução dos dedos na vagina, associadas a ameaças verbais; havia informação de abusos anteriores. A vítima só foi observada 48 horas depois do abuso mas apresentava vestígios físicos sugestivos do mesmo.

Apenas em 10.2% dos casos não foi possível obter informação sobre os antecedentes de comportamentos desviantes do suposto abusador, sendo de realçar que em 162 casos (61% dos casos intra-familiares) havia história de prática de outros abusos sexuais (Tabela 4).

Gráfico 8. Distribuição dos supostos abusadores intra-familiares de acordo com a relação com a vítima (n=267)



Fazendo-se uma análise comparativa dos casos, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao número de casos conhecidos sobre os antecedentes de comportamento desviante do abusador sendo, como era de esperar, este número muito superior nos casos extra-familiares para a ausência de informação e nos casos intra-familiares no que se refere aos antecedentes de abusos sexuais (Tabela 4, Gráfico 9). Assim, podemos perceber que existe uma muito maior tendência para a prática repetida destes abusos no contexto intra-familiar (Tabela 4).

Gráfico 9. Distribuição dos supostos abusadores por comportamentos desviantes prévios, de acordo com o tipo de abuso (intra ou extra-familiar)

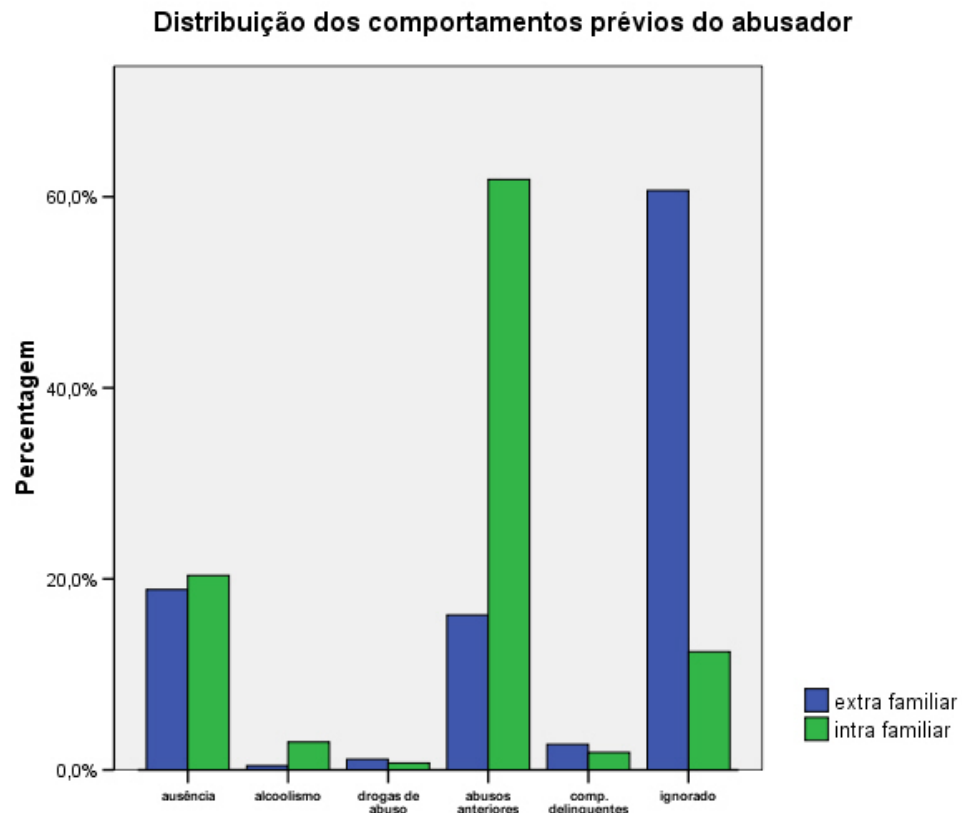


Tabela 4. Análise comparativa quanto às características dos abusadores (casos intra e extra-familiares)

		Intra-familiar (n=267)	Extra-familiar (n=497)	p
Sexo	Masculino	266 (99.6%)	497	0.35*
	Feminino	1 (0.4%)	-	
História de comportamentos desviantes	Alcoolismo	9 (3.4%)	2 (0.5%)	<0.001
	Drogas de abuso	2 (0.8%)	5 (1%)	
	Abuso sexual	162 (61%)	88 (17.7%)	
	Delinquência	6 (2.3%)	11 (2.2%)	
	Nenhuma	59 (22.3%)	83 (16.6%)	
	Sem informação	27 (10.2%)	308 (62%)	

* Fisher Exact Test

3. Caracterização dos abusos

Para a caracterização do abuso, dado que algumas práticas são múltiplas, considerou-se apenas o abuso fisicamente mais intrusivo.

Na generalidade dos casos as práticas mais descritas foram as carícias dos órgãos genitais (n=286; 37.5%), seguidas da penetração vaginal e/ou anal (n=242; 32.1%) e da tentativa de penetração vaginal (n=115; 15.2%) (Tabela 5). Em 42 casos (5.8%) a vítima negou o abuso, tendo havido exame apenas em virtude da suspeita levantada mas sem que fosse descrito o tipo concreto de prática suspeita. Da mesma forma, em 74 casos (9.8%), não foi descrito o tipo de prática suspeita, nem pela criança ou jovem, nem pela pessoa que a acompanhava (frequentemente a pessoa que havia feito a denúncia/queixa), havendo apenas uma suspeita genérica, na sequência da observação de perturbações do comportamento ou de determinado tipo de sintomatologia na criança.

Em 470 casos (61.5%) o abuso aconteceu na casa da vítima e/ou abusador (Tabela 6), havendo relato de violência física e de ameaças verbais em 282 (36.9%) e 162 (21.2%) casos, respectivamente (Tabela 7). Em 76 casos (9.9%) terá havido “consentimento” da vítima e em 116 (15.2%) não foi dada qualquer informação sobre este aspecto (Tabela 7).

Na maior parte dos abusos extra-familiares descritos terá havido penetração ou tentativa de penetração vaginal e/ou anal em 277 casos (55.7%), representando as tentativas 28.5% destes casos (Tabela 8, Gráfico 10).

Estes casos terão acontecido em 42.3% das situações (n=210) em casa da vítima e/ou abusador, apesar de se tratarem de abusos fora da família, verificando-se

23.1% (n=115) em local isolado (Tabela 9). Em 203 casos terá havido recurso à força/violência física (40.8%), podendo este número real ser superior, dado que em 74 casos não havia informação (Tabela 9).

Tabela 5. Distribuição dos diversos tipos de abusos (n=764)

	n	%
Carícias nos órgãos genitais	286	37.5
Penetração vaginal com pênis ou dedos	184	24.2
Tentativa de penetração vaginal com pênis	115	15.2
Penetração anal com pênis	44	5.8
Penetração vaginal e anal com pênis	14	1.8
Exibicionismo	5	0.1
Nega abuso	42	5.6
Sem informação	74	9.8

Tabela 6. Distribuição dos diversos tipos de abusos de acordo com o local da ocorrência (n=764)

	n	%
Casa da vítima e/ou abusador	470	61.5
Local isolado	118	15.4
Outro	176	23.1

Tabela 7. Distribuição dos diversos tipos de abusos de acordo com as circunstâncias da ocorrência (n=764)

	n	%
Ameaças verbais	162	21.2
Violência/força física	282	39.9
Aliciamento (dinheiro ou doces)	80	10.5
Ameaça com armas	48	6.3
“Consentimento” da vítima	76	9.9
Sem informação	116	15.2

Na maior parte dos casos intra-familiares foram descritas carícias nos órgãos genitais da vítima (n=148; 55.4%) (Gráfico 10), tendo as tentativas de penetração ou penetração vaginal e/ou anal acontecido em 30% dos casos (n=80) (Tabela 8, Gráfico 10).

A quase totalidade dos casos (97.4%) aconteceu, como era de esperar, na casa da vítima e/ou abusador, mediante ameaças verbais em 43.8% (n=117) tendo havido, contudo recurso à violência/força física em 29.6% dos casos (n=79), sendo que também aqui existe um número relevante de casos em que não há informação (n=42) (Tabela 9).

Foram encontradas diferenças significativas entre os abusos intra e extra-familiares no que se refere às práticas sexuais descritas, sendo muito mais frequentes as práticas fisicamente mais intrusivas (penetração ou tentativa de penetração vaginal e/ou anal) nos casos extra-familiares ($p<0.001$) (Tabela 8, Gráficos 10 e 11).

Também relativamente às circunstâncias do abuso se encontraram diferenças estatisticamente significativas ($p<0.001$) no que se refere ao local da ocorrência (nos casos intra-familiares mais frequentemente na casa de um ou de ambos) (Tabela 9, Gráfico 12). Da mesma forma se encontraram diferenças relativamente aos meios coercivos usados para a sua prática; as ameaças verbais revelaram-se mais frequentes nos casos intra-familiares, enquanto a força/violência física foi mais frequente nos extra-familiares; também o número de casos de suposto consentimento da vítima para esta prática aconteceu mais nos extra-familiares, estando relacionado com os casos ocorridos entre supostos namorados (Tabela 9).

Gráfico 10. Análise comparativa quanto ao tipo de abusos sexuais (casos intra e extra-familiares)

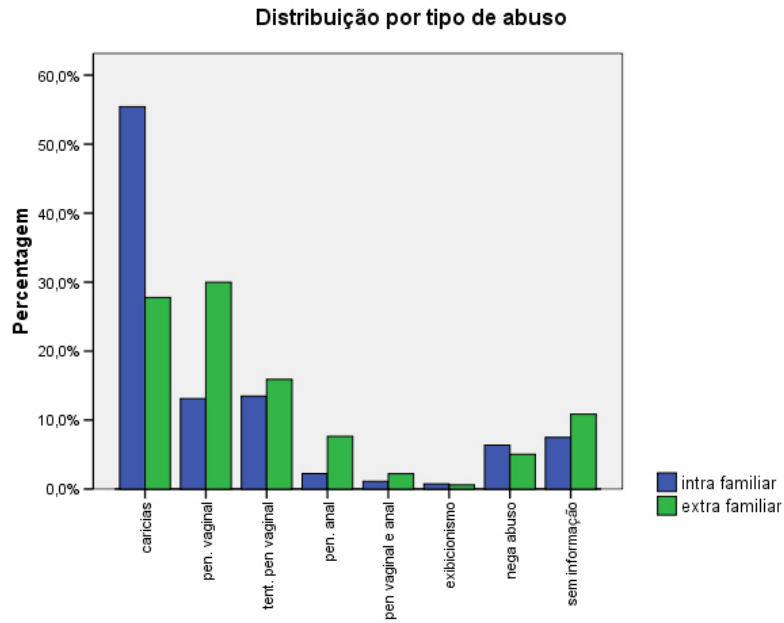


Gráfico 11. Análise comparativa quanto ao tipo de contactos físicos nos abusos (casos intra e extra-familiares)

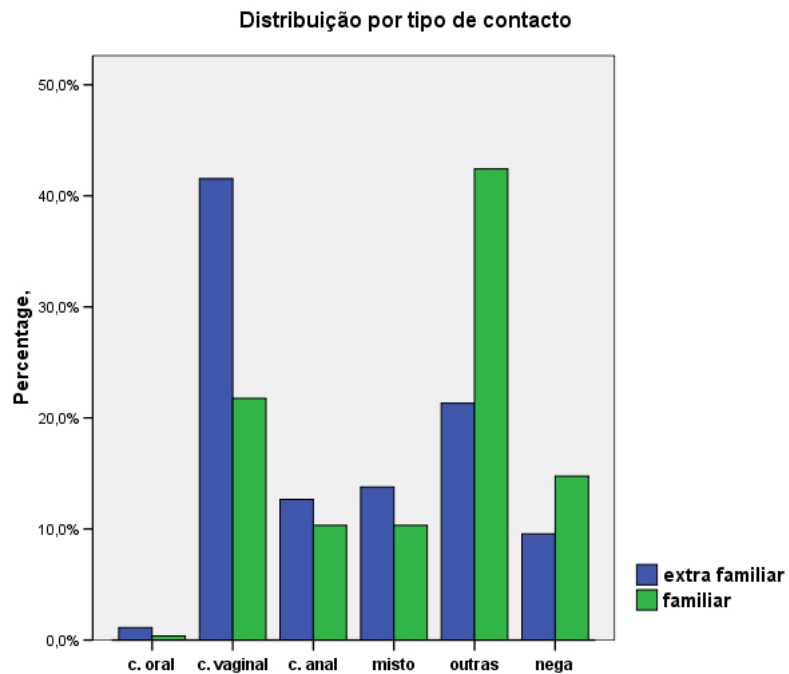


Gráfico 12. Análise comparativa quanto ao local da ocorrência dos abusos (casos intra e extra-familiares)

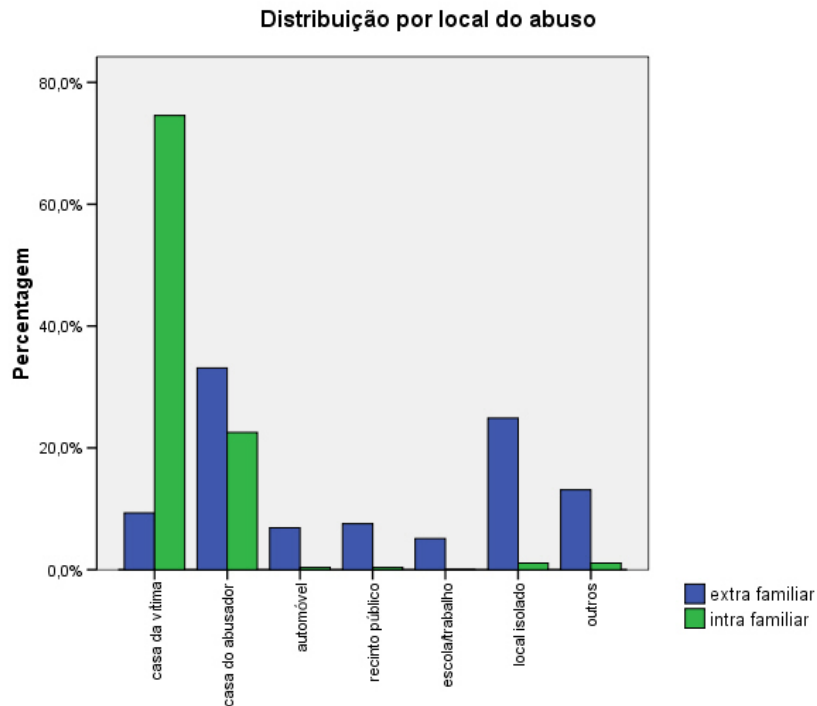


Tabela 8. Análise comparativa quanto ao tipo de abusos (casos intra e extra-familiares)

	Intra-familiar (n=267)	Extra-familiar (n=497)	p
Carícias nos órgãos genitais	148 (55.4%)	138 (27.8%)	<0.001
Penetração vaginal com pênis ou dedos	35 (13.2%)	149 (30%)	
Tentativa de penetração vaginal com pênis	36 (13.5%)	79 (15.9%)	
Penetração anal com pênis	6 (2.2%)	38 (7.6%)	
Penetração vaginal e anal com pênis	3 (1.1%)	11 (2.2%)	
Exibicionismo	2 (0.7%)	3 (0.6%)	
Nega abuso	17 (6.4%)	25 (5%)	
Sem informação	20 (7.5%)	54 (10.9%)	

Tabela 9. Análise comparativa quanto às circunstâncias dos abusos (casos intra e extra-familiares)

		Intra-familiar (n=267)	Extra-familiar (n=497)	p
Local	Casa da vítima e/ou abusador	260 (97.4%)	210 (42.3%)	<0.001
	Local isolado	3 (1.1%)	115 (23.1%)	
	Outro	4 (1.5%)	172 (34.6%)	
Circunstâncias da ocorrência	Ameaças verbais	117 (43.8%)	45 (9.1%)	<0.001
	Violência/força física	79 (29.6%)	203 (40.8%)	
	Aliciamento (dinheiro ou doces)	21 (7.9%)	59 (11.9%)	
	Ameaça com armas	1 (0.4%)	47 (9.5%)	
	“Consentimento” da vítima	7 (2.6%)	69 (13.9%)	
	Sem informação	42 (15.7%)	74 (14.8%)	

4. Resultados da perícia médico-legal

4.1. Intervalo de tempo entre o abuso e o exame médico-legal

Na maior parte dos casos as perícias foram realizadas mais de dois dias depois do último abuso (n=532; 69.6%). Incluímos aqui os casos em que esse intervalo era desconhecido (n=225; 29.5%) dado que nestes casos o abuso nunca foi recente (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição das perícias de acordo com o tempo decorrido após o último abuso (n=764)

	n	%
< 2 dias	232	30.4
2 – 8 dias	62	8.1
8 – 30 dias	82	10.7
> 30 dias	163	21.3
Sem informação	225	29.5

Nos abusos fora do contexto familiar, tal como na generalidade dos casos, a maior parte dos exames (n=294; 59.2%) teve lugar mais de dois dias após o último abuso, o mesmo se verificando nas situações intra-familiares (n=238; 89.1%) (Tabela 11).

Comparando os dois grupos de casos verifica-se que apesar da tendência ser sempre no sentido de na maior parte dos casos os exames acontecerem mais de 48 horas após o último abuso, tal é muito mais notório nos casos intra-familiares, havendo uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p < 0.001$) (Tabela 11).

Tabela 11. Análise comparativa quanto ao intervalo de tempo decorrido entre o último abuso e a perícia médico-legal (casos intra e extra-familiares)

	Intra-familiar (n=267)	Extra-familiar (n=497)	p
< 2 dias	29 (10.9%)	203 (40.8%)	<0.001
2 – 8 dias	16 (5.9%)	46 (9.3%)	
8 – 30 dias	29 (10.9%)	53 (10.7%)	
> 30 dias	81 (30.3%)	82 (16.5%)	
Sem informação	112 (42%)	113 (22.7%)	

4.2 Lesões e sequelas

O exame médico-legal não revelou lesões ou sequelas em 68.5% dos casos (n=523). Em 153 casos (20%) havia sequelas próprias de práticas sexuais não

recentes e em 88 (11.5%) casos lesões próprias de práticas sexuais recentes (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição das lesões e sequelas dos abusos (n=764)

	n	%
Ausência de lesões ou sequelas	523	68.5
Lesões vulvares superficiais	38	5.0
Lesões de penetração vaginal	33	4.3
Lesões de penetração anal	17	2.2
Sequelas de penetração vaginal	119	15.6
Sequelas de tentativa de penetração vaginal	23	3.0
Sequelas de penetração anal	11	1.4

Os abusos extra-familiares não deixaram lesões ou sequelas em 62% dos casos, encontrando-se em 19.6% vestígios de penetração vaginal não recente (Tabela 13).

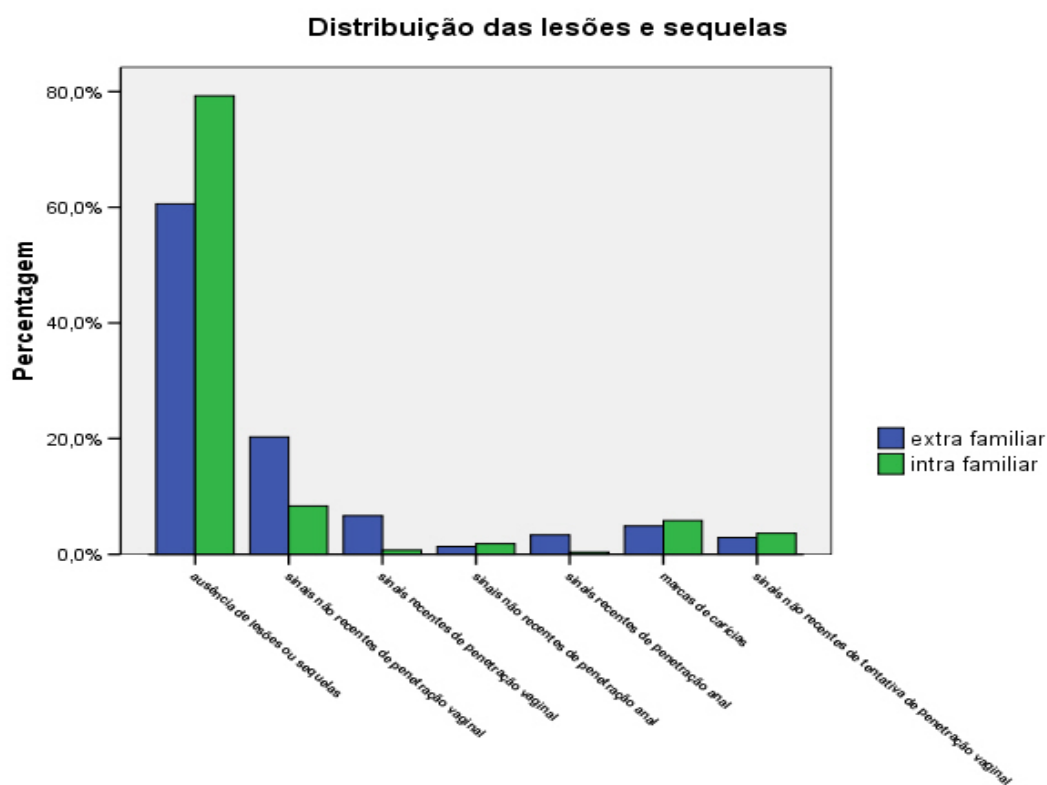
Os abusos intra-familiares não deixaram lesões ou sequelas em 80.5% dos casos (Tabela 13).

Comparando os dois grupos de casos, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.001$) no que se refere à ausência de lesões (mais frequente no contexto intra-familiar) e à evidência de penetração vaginal (mais frequente no contexto extra-familiar) (Tabela 13, Gráfico 13).

Tabela 13. Análise comparativa quanto às lesões e sequelas observadas na perícia forense (casos intra e extra-familiares)

	Intra-familiar (n=267)	Extra-familiar (n=497)	p
Ausência de lesões ou sequelas	215 (80.5%)	308 (62%)	<0.001
Lesões vulvares superficiais	14 (5.2%)	24 (4.8%)	
Sequelas de tentativa de penetração vaginal	8 (3%)	15 (3%)	
Sequelas de penetração anal	5 (1.9%)	6 (1.2%)	
Lesões de penetração anal	1 (0.4%)	16 (3.2%)	
Sequelas de penetração vaginal	22 (8.2%)	97 (19.6%)	
Lesões de penetração vaginal	2 (0.8%)	31 (6.2%)	

Gráfico 13. Distribuição das lesões e sequelas (casos intra e extra-familiares)



4.3. Exames de Genética e de Biologia Forense

Dos 764 casos, apenas em 294 (38.5%) foi realizado exame médico-legal num período inferior a 72 horas depois do abuso, o que condicionou, em muito, a realização de exames complementares de Genética e Biologia Forense.

Assim, o contributo da Genética e Biologia Forense para o diagnóstico destes casos fica limitado logo à partida, acrescentando-se ainda a este facto a circunstância de em muitos casos o tipo de prática suspeita não justificar a pesquisa de vestígios biológicos do abusador e, ainda, o facto de relativamente aos abusadores desconhecidos, não existir muitas vezes termo de comparação mesmo quando se encontra perfil genético diferente do da vítima.

No presente estudo foram realizados 67 análises para estudos de DNA (8.8%).

O exame foi feito dentro das 72 horas em 249 casos de abuso extra-familiar (50.1%). Destes, em apenas 25% foram feitas análises para estudo de DNA e destes, em apenas 10% se identificou um perfil diferente do da vítima.

O exame foi feito dentro das 72 horas em 45 casos de abuso intra-familiar (16.8%). Destes, em apenas 12% foram feitas análises para estudo de DNA e destes, em apenas 7% se identificou um perfil diferente do da vítima.

Do acima exposto resulta que se realizaram mais estudos para pesquisa de DNA nas situações de abuso extra-familiar ($p < 0.005$), o que está de acordo com o

facto de estes abusos serem estudados mais precocemente e deles resultarem mais lesões (Tabelas 11 e 13).

4.4. Exames de Psicologia Forense

Foi solicitada avaliação da vítima por Psicologia Forense apenas em 29 casos (9.1%) pois, como referido no capítulo anterior, estes exames só começaram a ser realizados a partir de 2002 (n=319). Destes 319 casos, 93% não apresentavam evidências físicas de abuso sexual e 7% apresentavam sinais físicos com carácter duvidoso. Nesta amostra, 62.1% eram casos de abuso intra-familiar e 37.9% extra-familiar.

O abuso foi confirmado através da avaliação psicológica em 48.3% dos casos (n=14), comprovando assim o diagnóstico médico-legal; nos restantes casos a perícia psicológica não permitiu afirmar ou negar a existência do abuso. Este pequeno número não permite fazer uma análise comparativa entre as situações intra e extra-familiares.

O testemunho da vítima foi considerado seguramente verdadeiro em 17 dos 29 casos (58.6%). Destes, 11 casos eram extra-familiares (37.9%), sendo o testemunho considerado seguramente verdadeiro em 7 casos (63.6%); 18 casos eram intra-familiares (62.1%), sendo o testemunho seguramente considerado verdadeiro em 10 (55.6%). Verifica-se, então, uma diferença estatisticamente significativa no

que se refere à veracidade do testemunho da criança ($p < 0.005$), sendo mais frequentemente confirmada nas situações de abuso extra-familiar.

4.5. Compatibilidade entre a informação e os resultados periciais

Constata-se que a maior concordância entre a informação prestada e o resultado da perícia médico-legal se verifica nos casos extra-familiares e quando a vítima foi sujeita a penetração vaginal (80%) (Tabela 14). De qualquer forma essa concordância é também superior a 60% nos casos de abusos intra-familiares em que houve penetração anal ou vaginal (Tabela 14). Não existem, contudo, diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de abusos para qualquer das práticas (Tabela 14).

Tabela 14. Análise comparativa quanto à concordância entre a informação prestada e o resultado da perícia forense (casos intra e extra-familiares)

	Intra-familiar (n=267)	Extra-familiar (n=497)	p
Carícias dos órgãos genitais	9.4%	17.4%	0.08
Penetração vaginal	63.2%	80%	0.41
Penetração anal	66.7%	44.9%	0.50
Tentativa de penetração	22.9%	19%	0.70

V. DISCUSSÃO

1. O peso da relação vítima/abusador

1.1. Níveis de vitimação e circunstâncias da descoberta

Como se viu, na Introdução deste trabalho, o peso do processo de vitimação, ao longo da história da humanidade, designadamente no contexto familiar, no qual se inscrevem muitos casos de abuso sexual (35%, segundo o presente estudo), constitui ainda hoje uma pesada herança cultural, com base na qual, as diferentes sociedades toleraram, e por vezes até aceitaram como normais, certos comportamento abusivos, os quais, na actualidade, constituem ilícitos criminais (106).

Esta pesada herança, assente em factores sócio-culturais, muito enraizados na cultura ocidental, leva a que ainda no século XXI e em países ditos desenvolvidos, existam pessoas que aceitam como normais os abusos de que são alvo, ou que, não os aceitando como tal, não encontrem, contudo, capacidade para os revelar publicamente (106). Estas situações correspondem aos dois primeiros níveis de vitimação considerados por Viano (160), os quais nos explicam porque é que os abusos se repetem por longos períodos de tempo sem que as vítimas procurem ajuda. São estes dois níveis que maiores dificuldades criam aos profissionais que intervêm nestas questões, quer no que se relaciona com a detecção do caso quer, mais ainda, com a prevenção destas situações.

As crianças, sobretudo as mais pequenas, encontrar-se-ão muitas vezes no primeiro nível, não tendo percepção de determinados comportamento como abusivos. Mas muitas encontram-se já no segundo nível. Neste caso, os maiores obstáculos para a assunção da vitimação incluem factores culturais e sentimentos de medo. Os factores culturais relacionam-se com a percepção que têm sobre a tolerância pública silenciosa face a este fenómeno e com sentimentos de vergonha por parte das vítimas. Os sentimentos de medo estão relacionados com diversas circunstâncias: por um lado, com a especial vulnerabilidade da vítima e, portanto, com a sua sensação de isolamento e de insegurança, não sabendo muitas vezes como aceder ou não

acreditando nos diversos sistemas de apoio actualmente disponíveis; por outro, com as suas dependências (afectivas, sócio-económicas e físicas), de que resultarão, necessariamente, perdas que a vítima se sente incapaz de controlar; ainda, com as ameaças a que está sujeita por parte do agressor (ameaças de agressões físicas à própria ou a próximos, ou até de morte); e, finalmente, com o receio de que ninguém acredite nelas. Assim, a situação de abuso sexual reforça os sentimentos de impotência da vítima, inibindo-as de revelar o caso e de pedir ajuda.

No nosso estudo, as vítimas, maioritariamente do sexo feminino (84%) - tal como referem outros estudos (20,44,105,127) -, e com uma idade média de 11 anos (9.6 anos nos casos intra-familiares, talvez porque estas crianças passam mais tempo em casa e estão mais acessíveis a possíveis abusos pelos abusados intra-familiar [38]), não terão revelado o abuso durante longos períodos de tempo, aspecto que, não nos tendo sido possível avaliar através da análise retrospectiva dos relatórios, pode ser inferida pelo facto de, relativamente ao último abuso, em 163 casos (21%), pelo menos, ter decorrido mais de um mês entre a sua ocorrência e a revelação (Tabela 10).

Desta forma, se por vezes são as próprias crianças que espontaneamente descrevem ou insinuem o abuso e quem o praticou (devendo estar-se atento a este facto, uma vez que dificilmente o repetirão) (154), muitas outras nada revelarão, uma vez que, em geral, estão obrigadas pelo abusador a guardar silêncio – no nosso estudo, verificou-se a existência de ameaças de diversos tipos em 492 casos (64%) (Tabela 7). Importa, pois, nestes casos, ter uma boa capacidade de suspeição destas situações para se reconhecer, atempadamente, o problema.

Nas situações intra-familiares, o incesto é ocultado durante anos e só se revela quando surge uma crise no seio familiar. Estas podem ser provocadas por gravidez, doença sexualmente transmissível, revolta do adolescente, delinquência, doença psiquiátrica, ou separação familiar, entre outras, provocando uma rotura familiar total, o desemprego, o descalabro económico, a perda de auto-estima social ou até mesmo a prisão (62,87).

As crianças raramente admitem que foram abusadas, violadas ou fotografadas pelo abusador. Quando alguma sofreu um abuso sexual, as sequelas físicas

permanecem sempre escondidas, dado que a lesão dos órgãos genitais dificilmente são percebidas pelos adultos. Efectivamente, Kempe (87) aconselha a que quando vemos uma criança pequena a instruir outra ainda mais pequena em actividades sexuais, uma vez que não utilizam este tipo de actividades nas suas brincadeiras, devemos suspeitar e investigar a possibilidade de que a criança mais velha esteja a pôr em prática uma experiência em que, por sua vez, foi iniciada. Também nos deve alertar o facto de uma criança contar a um adulto, ou a outra criança, acontecimentos sexuais. Deve acreditar-se nelas pois as crianças não inventam estas histórias, a não ser que tenham sido testemunhas ou vítimas dos abusos sexuais. Da análise efectuada neste estudo, constatamos que em mais de 50% dos casos o depoimento da criança foi considerado seguramente verdadeiro na avaliação efectuada por Psicologia Forense.

Strauss e Girodet (149) dizem que as mudanças súbitas observadas pelos pais nos seus filhos, tais como enurese, terrores nocturnos, falar em voz alta quando dormem, retorno à posição fetal, depressões ou repentinos fracassos escolares são indicadores de grande ansiedade, a qual poderá ter tido origem num abuso sexual.

Quando o abuso é motivado por um incesto, a descoberta é muito difícil; no entanto, um médico atento pode desconfiar deste abuso com base na agressividade manifestada pelo menor perante o pai ou a mãe, no momento da consulta; a detecção torna-se evidente ao descobrir uma doença sexualmente transmissível ou uma gravidez (87).

As vítimas de abusos extra-familiares constituem um caso diferente. Normalmente são levadas ao hospital pelos pais, localizando-lhes lesões genitais recentes e agudas, e lesões físicas, que podem implicar hospitalização. Na nossa amostra demonstrou-se que, efectivamente, as vítimas de abusos extra-familiares apresentam mais lesões (38% dos casos) do que as vítimas de abusos intra-familiares (19.5%), sendo a diferença estatisticamente significativa (Tabelas 12 e 13, Gráfico13).

Woodling e Kossoris (167) afirmam que o facto de se produzir uma lesão física seguida de morte confirma claramente que a violação não é primordialmente um acto sexual, mas um acto de violência na qual se usa o sexo como arma.

1.2. Tipos de abusos e de abusadores

No seu início, o estudo dos factores etiológicos dos abusos sexuais orientava-se para a análise da representação social dos abusadores e da causa desses abusos. Supunha-se que os abusadores seriam sujeitos que sofriam de uma patologia psíquica ou que viviam em condições sociais e económicas extremas. A complexidade dos modelos explicativos dos abusos e a procura de modelos multidimensionais caracterizam o estudo do problema nos últimos anos.

Os dados epidemiológicos indicam que não existem características familiares nem demográficas que possam ser excluídas para a identificação clínica do abuso sexual, se bem que existam diversos factores de risco, entre os quais têm sido indicados o facto de ser do sexo feminino, de ter baixa idade, de ter padrasto, de não viver com os pais biológicos, de ter mãe com problemas psicológicos, ou de presenciar conflitos familiares (57).

Relativamente aos abusos sexuais, colocam-se uma série de questões às quais Finkelhor (54,55) tenta dar resposta:

- a) Porque é que para uma pessoa é emocionalmente congruente e gratificante a relação sexual com uma criança?
- b) Porque é que uma pessoa é capaz de ser activada sexualmente por uma criança?
- c) Porque é que uma pessoa bloqueia os seus esforços para obter gratificação sexual e emocional de fontes mais aprovadas socialmente?
- d) Porque é que uma pessoa não é dissuadida pelas inibições sociais existentes contrárias à relação sexual com as crianças?

As três primeiras procuram uma explicação para o facto de certas pessoas terem interesse sexual por crianças e a quarta para o facto de tal interesse se traduzir numa conduta. Portanto, para que se produza um abuso sexual devem verificar-se quatro factores de maneira simultânea ou sucessiva: a) existência de congruência

emocional; b) activação sexual por criança; c) bloqueio das relações sexuais normais; d) desinibição comportamental.

O primeiro factor pode ser explicado pela existência de uma importante imaturidade dos abusadores que os leva a experimentarem-se a si mesmos como crianças, a terem necessidades emocionais infantis e, portanto, desejo de se relacionarem com crianças. Também se pode argumentar que a baixa auto-estima e o sentido de ineficácia pessoal são factores geradores da procura de relações que lhes proporcionam sentimentos de poder, onnipotência e controlo. A noção de narcisismo subjacente à explicação psicodinâmica do abuso sexual também justificaria esta congruência emocional necessária para que se produza o abuso sexual infantil (133).

A activação sexual com crianças foi separada da congruência emocional ao constatar-se que não se tratam de questões necessariamente relacionadas (55). Supõe-se que pode haver necessidade de relação emocional e que sejam satisfeitas de forma não sexual. Para que possa acontecer o abuso sexual infantil, é necessário que a congruência emocional se junte a um certo nível de activação sexual com crianças.

Outra questão debatida é que a maioria dos homens possa considerar sexualmente atraente o corpo de uma menina ou menino a partir de certa idade. Segundo este ponto de vista, a questão centrar-se-ia em saber se apenas certas pessoas são activadas sexualmente ou se algumas pessoas são activadas de forma mais relevante do que outras. Esta hipótese foi estudada utilizando medidas psicofisiológicas de resposta à presença de crianças ou a fantasias sexuais com crianças (133). As possíveis causas para esta maior estimulação sexual baseiam-se nas teorias de aprendizagem social e, entre elas, adquire especial importância a experiência de ter sido vítima de abusos sexuais na infância. Sugeriram-se vários caminhos através dos quais se produz este processo de reprodução das relações sexuais com crianças, mas entre eles destaca-se o baseado no condicionamento clássico e baseado na aprendizagem por imitação de um modelo que encontra sexualmente atraentes as crianças. Também se argumentou que em certos abusadores sexuais pode acontecer um erro atribucional ao conferir conteúdo sexual (em condições de depravação) a qualquer tipo de activação emocional interpessoal, neste caso com crianças, filhos do próprio ou não (54).

O terceiro factor que deve funcionar para que se produza abuso sexual, no modelo de Finkelhor, é o bloqueio das capacidades ou possibilidades para satisfazer as suas necessidades sexuais com adultos. Os sentimentos de inutilidade pessoal, a conhecida inadequação interpessoal de muitos abusadores sexuais e a existência de um distanciamento sexual nas suas relações do casal estariam na base deste tipo de bloqueio. Finkelhor define dois grandes tipos de bloqueio: os evolutivos (de tipo edípico, de imaturidade, etc.) e os situacionais (crises pessoais ou conjugais).

A desinibição seria uma condição necessária para que tais tendências ou impulsos justificados pelos três factores anteriores se traduzam de forma estável, ou em momentos esporádicos, em actos de abuso sexual a crianças. Tal como refere o citado autor, devem superar-se três grandes barreiras: os inibidores internos, os inibidores externos e a resistência ou não aceitação da vítima. Entre os factores que permitem a desinibição interna devem citar-se as toxicodependências (álcool, cocaína, etc.) (49), a sensibilidade e a deficiência mental, entre outros. A superação dos inibidores externos produz-se de forma mais simples se não se encontra presente (física ou psicologicamente) nenhuma pessoa (ex: mãe) que possa cuidar da vítima, se se tratar do pai biológico da mesma, se houver uma grande permanência sozinhos do abusador e vítima, etc. Por último, é preciso que o abusador seja capaz de superar a resistência da vítima através da sedução, da agressão ou de ameaças. Neste sentido, uma criança desprotegida, necessitada de apoio, companhia e carinho, estará numa situação de maior risco para ser vítima de abuso sexual. Por outro lado, uma criança sem nenhum tipo de informação sexual pode ser mais facilmente vítima dos enganos e seduções por parte do abusador.

Este último aspecto relativo à resistência de potenciais vítimas adquire uma importância extraordinária do ponto de vista da prevenção dos abusos sexuais infantis. A informação das vítimas potenciais e o ensino de técnicas para se defender converte-se num aspecto essencial da dita prevenção (34).

Na nossa amostra não foi possível caracterizar pormenorizadamente os suspeitos abusadores, tendo apenas sido possível obter alguma informação relativamente aos casos em que para estes eram conhecidos os antecedentes de comportamentos desviantes (67%) (Tabela 3), o que se verificou em 58% dos casos para a prática de abusos sexuais anteriores, havendo diferenças estatisticamente

significativas entre os abusos intra e extra-familiares (mais frequente nos primeiros) (Tabela 4, Gráfico 9). Tal conclusão vem confirmar o resultado de outros estudos e pode resultar da facilidade de acesso à vítima, condicionando uma repetição de comportamentos de abusos sexual; outra explicação adiantada para este facto é que o tipo de relação de dependência da vítima face ao agressor e a existência de sentimentos ambíguos leva a um maior lapso de tempo entre o abuso e a revelação, o que faz com que a leva mais uma vez à possibilidade de repetição de abusos, o que também segundo alguns autores pode condicionar um maior gravidade e intrusividade do abuso sexual (44,105).

Os abusadores tanto podem ser conhecidos como desconhecidos, familiares ou não. São quase sempre homens (percentagens que podem variar entre 87% (137) e mais de 90% dos casos [154]), ainda que exista uma percentagem relativamente importante de mulheres (137). No nosso estudo encontramos apenas uma mulher.

Nos casos em que a mulher aparece como agressora é frequente que se trate de um tipo de abuso que tem outras implicações específicas. Com efeito, os casos mais frequentemente encontrados são os de rapazes adolescentes que têm relações com mulheres adultas, com o consentimento do adolescente, ainda que este consentimento não elimine o carácter do abuso pela assimetria da relação (137).

Estes abusadores podem ter qualquer idade, e inclusive, serem uma criança maior, ainda que a idade mais frequente oscile entre os 30 e os 50 anos (154). Mas a idade do agressor é suficientemente variável para que não possamos falar de um determinado tipo de agressor e planear as nossas intervenções orientadas em relação a grupos especiais. Podem, ainda, ser um familiar ou conhecido da vítima, o que na bibliografia se parece traduzir numa frequência de 8 conhecidos em cada 10 casos, sendo mais frequente no abusador desconhecido o uso da violência e o assalto (154). A possibilidade da sua presença entre educadores, religiosos e outras profissões relacionadas com a infância, deve ser considerada (154).

No nosso estudo, o abusador em 77.5% dos casos era conhecido da vítima (Gráficos 7 e 8), tal como se tem encontrado noutros estudos (45); mas 35% dos abusos foram perpetrados por familiares, mais frequentemente o pai (45% destes casos) (Gráfico 8).

Habitualmente não são doentes mentais propriamente ditos; a maioria são indivíduos de aparência normal, inteligência média, com dificuldades emocionais, afectivas e eróticas (154).

As características de personalidade dos abusadores sexuais intra-familiares masculinos passam do domínio, autoritarismo e controlo, à ineficácia, inadequação, passividade e introversão nas relações interpessoais (113). Este abusador é dominante e controlador dentro da sua família, mas ineficaz e inadequado fora da sua estrutura familiar e tende a resultar de uma família com um sistema pobre de relações, onde foi maltratado quando criança (154).

Outras características do abusador sexual intra-familiar são a impulsividade, imaturidade, solidão, necessidade de proximidade, afastamento social, hostilidade, alcoolismo e baixa auto-estima (154). Também se pode encontrar nestes abusadores a negação ou distorsão cognitiva dos incidentes do abuso sexual (154).

O abusador recorre quase sempre a condutas de persuasão ou engano e, em menor medida, suborno, ameaças e violência física, sendo frequentemente uma pessoa autoritária em que a criança confia ou ama, e que a convence a não falar sobre o assunto (154). No nosso estudo, nos casos em que foi possível apurar as condições de ocorrência dos abusos (n=584), verificamos que em 24% a criança foi subornada/aliciada, em 25% ameaçada e em 43.5% fisicamente forçada (Tabela 7), havendo diferenças estatisticamente significativas relativamente aos abusos intra e extra-familiares, sendo evidente o recurso mais frequente às ameaças nos primeiros e a maior frequência de suborno e violência física nos segundos (Tabela 9).

No caso dos abusos intra-familiares, o incesto produz-se quando existe actividade sexual entre pais e filhos ou entre irmãos, sejam eles biológicos ou adoptados. Corresponde ao contacto sexual ou relação sexual com um parente de consanguinidade linear (pai/mãe, avô/avó) ou com irmão(ã), tio(a), sobrinho(a). Inclui-se também o contacto físico sexual com figuras adultas que estejam a fazer, de forma estável, o papel de figuras paternas (pais adoptivos, casais estáveis).

O incesto, tal como os restantes tipos de abusos, ocorre em todas as classes sociais, constatando-se que a sua descoberta é mais frequente nas classes sócio-

economicamente mais desfavorecidas dado que estas recorrem a instituições públicas, tais como hospitais ou tribunais, para resolver a questão, enquanto as restantes classes ocultam estas ocorrências, servindo-se dos recursos profissionais e económicos ao seu alcance (85,139).

Os actos incestuosos pai-filha costumam acontecer com homens entre os 30 e os 50 anos, sendo a idade média das vítimas entre 9 e 10 anos, variando desde 1 ano até à adolescência (87). Estes abusos costumam ser acompanhados de maus tratos físicos mais ou menos graves. É frequente o pai ou o padrasto iniciarem o incesto na adolescência das filhas com carícias de carácter sexual que acabam por culminar na cópula, tendo-se constatado que quando por qualquer circunstância, como a fuga ou casamento, a filha sai do ambiente familiar, o abusador escolhe a filha seguinte (139).

Existem estudos que demonstram que os pais podem manter este tipo de relações com mais do que uma filha durante anos (3). Carper, estudando estes casos concluiu que eles constituem uma representação de conflitos e desequilíbrios familiares em acção (27). Efectivamente, parece que existe uma espécie de acordo secreto entre marido, mulher e filha; é provável que a mulher seja passiva e dependente, e quase sempre saiba o que está a acontecer entre o marido e a filha mas, teme a desorganização familiar e sacrifica a sua filha para manter a família íntegra (87). Durante a relação incestuosa, a filha é normalmente passiva na sua participação e não se oferece nem resiste, sentindo pouca culpa e aceitando os contactos e carícias do pai (139).

Mesmo que a maior parte dos abusos sexuais sejam cometidos com crianças física e mentalmente sem patologias, as filhas que apresentam handicaps mentais também não escapam às agressões. A personalidade deteriorada das vítimas é um factor de atracção para o pai, pois elas, nas relações, passam rapidamente da permissividade à participação activa (num estudo efectuado sobre 94 casos de incesto encontraram-se 40% de filhas com deficiência mental) (3).

Muitos trabalhos, entre os quais o de Feigelson (50), demonstram que o incesto, na maior parte dos casos, é cometido sob o efeito do álcool. A inteligência foi considerada normal em 60% dos pais estudados por Maisch (3). Nalgumas ocasiões o incesto não é a acção de uma pessoa perversa; Strauss e Girodet (149)

consideram que a personalidade do pai estava estereotipada, isto é, existem indivíduos que parecem socialmente bem adaptados, considerando-se os patriarcas no seio da família e reivindicando a iniciação da sua filha na actividade sexual. Outros, segundo Marovich (109), iniciam as suas filhas porque, graças a eles, a relação será feita com ternura e sem a brutalidade que poderiam sofrer se tivessem relações com gente jovem e inexperiente. Henderson (76) cita o trabalho de Weinberg, no qual se estudaram pais incestuosos que viveram rodeados de marginalidade e analfabetismo; encontrou nesses casos um denominador comum: todos tinham uma infância feliz, carente de carinho e amor; descreve três tipos: os introvertidos; os de personalidade psicopática, que origina a promiscuidade indiscriminada, com capacidade para sentir atracção ao mesmo tempo pela esposa e filhos, os quais encara como objectos sexuais; os pedófilos (imaturossessexuais e socialmente, que sentem desejo pelos seus próprios filhos e por outras crianças).

Kempe (87) afirma que o tipo de incesto irmão-irmã é o mais frequente a seguir ao incesto pai-filha e que é possível que aumente porque os pais separados, cada vez mais numerosos, podem construir uma nova família com os filhos do casamento anterior.

A mãe como abusadora é raramente identificada e estudada na literatura actual. No entanto, Arroyo (10) cita alguns autores que compilaram dados sobre este tema, todos eles concordando em que essas mães são sedutoras e(ou) incentivadoras da actividade sexual, e que psicologicamente estão seriamente afectadas e(ou) envolvidas em actividades anti-sociais, drogas ou prostituição (87).

Steele (147) diz que os problemas derivados da agressão sexual têm significados diferentes conforme a idade da criança, o seu desenvolvimento psicossessexual, o tipo de abuso, a duração e a relação entre a vítima e o agressor. Nos casos de abuso sexual intra-familiar, são quase sempre as raparigas as vítimas do abuso, como foi demonstrado por Woodling e Kossoris (167). Contra esta opinião está De Jong e seus colaboradores (39), que referem que o número de rapazes sexualmente abusados não é tão pequeno como muitos autores afirmam, apenas se verificando que muitos desses rapazes não acorrem aos centros hospitalares para serem tratados a possíveis lesões.

No que se refere aos abusos extra-familiares, importa referir a pedofilia que corresponde a um quadro patológico caracterizado pela predilecção de um adulto em realizar contactos sexuais com crianças. Normalmente estes contactos não são violentos e podem incluir carícias, manipulações genitais, observação dos mesmos e estimulação bucogenital (87). Efectivamente, de todos os assaltos sexuais, 80% não são violentos e os outros 20% podem incluir violação com homicídio (167).

Em termos gerais, os violadores são mais jovens do que os que realizam o incesto e costumam ser homens com menos de 30 anos de idade (87). Os agressores podem ser conhecidos ou desconhecidos das vítimas. Num trabalho dirigido por De Jong (39), as crianças referiram que mais de metade dos assaltantes (59%) eram seus conhecidos.

Os agressores, segundo Woodling e Kossoris (167), costumam ser *voyeurs*, exibicionistas, leitores assíduos de pornografia infantil, fetichistas, compulsivos, carentes de amor-próprio e socialmente dóceis; pelo contrário, para Jones (85), são muito agressivos, com reacções explosivas, perigosos e com antecedentes de comportamentos anti-sociais. A propósito disto, Kempe (87) considera que têm transtornos mentais e que não amadureceram sob o ponto de vista psicosexual, manifestando-o no próprio momento do assalto; costumam apresentar erecção insuficiente, ejaculação prematura ou demorada e disfunção erétil. Fontana (62) e Glueck (39) afirmam que quase metade dos agressores tinham sido abusados sexualmente na sua infância. Isto leva-nos a pensar que uma criança de quem se abusou sexualmente corre o perigo de se converter num adulto com preferências para essas relações, mesmo que oculte socialmente essa inclinação.

Os estudiosos deste assunto puderam comprovar que a maioria das vítimas de abusos extra-familiares (alguns deles violações), costumam recorrer ao médico após a ocorrência do incidente, ao contrário das vítimas submetidas a abusos intra-familiares, fisicamente não violentos mas repetidos, o que faz com que a deterioração da sua personalidade seja menos notória pois os acontecimentos em geral não se repetem e beneficiam rapidamente de tratamento e apoio.

Efectivamente, no nosso estudo, as vítimas de crimes sexuais extra-familiares recorreram a exame médico-legal mais precocemente que as de crimes intra-

familiares (41% e 11%, respectivamente, em menos de 48 horas) (Tabela 11), apresentando mais lesões recentes do que as segundas (14% e 6.5%, respectivamente) (Tabela 13).

Note-se que no caso dos abusos extra-familiares há recurso ao emprego da violência física em cerca de 41% dos casos, enquanto que nos casos intra-familiares tal acontece apenas em 30% (Tabela 9), o que estará de acordo, segundo alguns autores, com o facto de nos extra-familiares serem escolhidas vítimas mais velhas, que podem dar mais luta ao agressor, tendo o agressor de empregar a força para a dominar (44); já no abuso intra-familiar as ameaças verbais (44%) são mais frequentes que nos extra-familiar (9%) (Tabela 9).

1.3. Factores de risco

Os factores de risco referem-se às influências que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de abuso sexual. São indicadores (ainda que inespecíficos) e por vezes causas, relativas a factores individuais (da vítima e do abusador), do contexto restrito (família) e do contexto alargado (social). A sua associação potencia o risco de se verificarem situações de maus tratos.

Associados ao risco das crianças e jovens estão identificados alguns factores que importa conhecer. No entanto, na sua avaliação, deve imperar sempre o bom senso do profissional, tendo em conta todo o contexto da situação, uma vez que qualquer destes factores, isoladamente, pode não constituir um factor de risco (103).

Recentemente tem-se verificado um grande incremento na investigação sobre os factores etiológicos do abuso sexual. As características dos abusadores têm sido estudadas numa série de investigações que até ao momento não têm encontrado suficientes evidências com carácter específico. A existência de um ambiente infantil não protector de abandono, maltrato físico e abuso sexual parece ser uma característica de alguns abusadores sexuais (113). No entanto, este tipo de dados deve ser questionado; do ponto de vista individual apresentaram-se diversas hipóteses acerca de existência de variáveis de personalidade como a imaturidade,

baixa auto-estima, sentimento de inutilidade, etc., para tentar superar a hipótese original de que os abusadores necessariamente deviam apresentar alguma patologia psíquica (54). Do ponto de vista familiar apresentaram-se dados sobre a existência de problemas conjugais, afastamento sexual do casal e violência conjugal. De forma concreta trabalhou-se sobre a hipótese de haver uma confusão e inversão dos papéis entre os diferentes membros da família (31,32). Numa perspectiva contextual argumentou-se que os abusadores sexuais são pessoas introvertidas, solitárias e com falta de apoio social (113). A presença de alcoolismo é outra das variáveis relativamente citadas ainda que trabalhos recentes não o tenham podido confirmar, assinalando mais a relevância da toxicodependência à cocaína nos casos de abuso sexual (49).

Importa contudo assinalar que muitos dos factores habitualmente considerados na literatura resultam de estudos retrospectivos, desconhecendo-se ainda o grau de probabilidade de virem a constituir uma situação de risco (103). Entre eles, e de forma esquemática, Magalhães destaca (103):

- a) Características do abusador: alcoolismo, toxicodependência; perturbação da saúde mental ou física (*handicap*); antecedentes de comportamento desviante; personalidade imatura e impulsiva; baixo auto-controle e reduzida tolerância às frustrações; grande vulnerabilidade ao *stress*; baixa auto-estima; atitude intolerante, indiferença ou excessiva ansiedade face às responsabilidades relativas à criação dos filhos, conduzindo à falência do sistema comunicacional de retroacção; incapacidade para admitirem que o filho foi ou possa ser maltratado e incapacidade para lhe oferecer protecção no futuro; antecedentes de terem sofrido maus tratos infantis; idade muito jovem (inferior a 20 anos, sobretudo as mães); gravidezes muito próximas; baixo nível económico e cultural, inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança; desemprego; perturbações no processo de vinculação com o filho (especialmente mãe/filho, no período pós-natal precoce); excesso de vida social ou profissional que dificulta o estabelecimento de relações positivas com os filhos.

- b) Características da vítima: vulnerabilidade em termos de idade e de necessidades; personalidade e temperamento não ajustados aos pais; prematuridade e baixo peso ao nascimento (mais frágeis, menos alerta, mais difíceis de calar); perturbação da saúde mental ou física (*handicap*); sexo.
- c) Características do contexto familiar: gravidez indesejada; família monoparental; família reconstituída com filhos de outras ligações; família com muitos filhos; família desestruturada; famílias com problemas socio-económicos e habitacionais (extrema pobreza, situações profissionais instáveis e com más condições de trabalho, isolamento social - sem suporte na família alargada, vizinhos ou amigos, ou mantendo com estes um relacionamento conflituoso).
- d) Características do contexto sócio-cultural: atitude social para com as crianças; atitude social para com as famílias; atitude social em relação à conduta violenta.

A puberdade é o período em que as crianças são mais vulneráveis, como confirmam todas as investigações, ainda que tenhamos de admitir que à medida que descemos na idade alguns casos de abusos não sejam reconhecidos como tal pelas crianças muito pequenas, ou simplesmente, que não o recordem (137).

Relativamente às crianças com *handicaps*, designadamente a deficiência mental, apesar dos escassos estudos sobre esta população, reconhece-se que estas crianças são particularmente vulneráveis a este tipo de abusos sexuais. Diversos estudos, realizados em vários países, revelaram que a prevalência do abuso sexual na população com deficiência mental parece ser mais elevada que numa população sem patologia. Por outro lado, entre os casos reais que acontecem, a denúncia de abuso sexual sobre pessoas com esta doença parece ser significativamente inferior às denúncias realizadas sobre populações que não a têm (155).

A população com deficiência mental moderada é particularmente vulnerável ao abuso sexual, já que o desenvolvimento e interesse sexual aparece na mesma idade que a população normal. A pouca capacidade para compreender e desenvolver a curiosidade sexual, o desejo de ter amigos entre a população não doente e o tipo de

relação que estabelecem com os profissionais e adultos de quem estão a cargo, torna-os vulneráveis para o abuso e exploração sexual (155).

Para além dos factores acima referidos, devem considerar-se certos factores de intensificação do trauma, como (103): início precoce do abuso; duração e frequência do abuso; grau de violência envolvido; grau de intrusão física (penetração vaginal, anal ou oral); ocorrência de abusos múltiplos por diferentes indivíduos; diferença acentuada entre as idades do abusador e da vítima; grau de secretismo estabelecido entre o abusador e a vítima.

No presente estudo a análise destes factores de risco não se revelou viável, o que constitui certamente um prejuízo para a melhor compreensão da produção destes abusos, sendi contudo de notar que o contributo do relatório social que, paulatinamente, começa a solicitar-se como complemento do exame pericial médico-legal, poderá representar uma mais valia para a compreensão destes casos.

2. Consequências dos abusos na perspectiva médico-legal

Para lá da possibilidade de ocorrer a morte e de se verificarem graves sequelas orgânicas, os problemas psicológicos são, pela sua frequência e pelas consequências que irão ter, não só na vida futura da criança, como na família a que eventualmente ela dará origem, questões a que importa estar atento no sentido de as prevenir, despistar e tratar da melhor forma.

Assim a relação entre abusadores e vítimas nalguns casos de grande dependência e proximidade, nestes crimes, é responsável, em larga medida, pelo forte impacto psicológico desta forma de vitimação directa (101).

Com origem nestas situações traumáticas existe toda uma sintomatologia traumática que é particularmente comum nas vítimas de crimes sexuais (128) e que esta associado aos danos físicos e(ou) ameaça vital (132).

Mas temos de chamar a atenção para as consequências psicológicas e sociais que podem existir mesmo na ausência de lesões, não havendo correspondência directa entre o dano físico e a vivência emocional do abuso.

O impacto psicológico e emocional negativo que as vítimas de abuso sexual demonstram, deve ser o mais brevemente diagnosticado e sinalizado para que o apoio psicológico especializado possa ser iniciado e tenha um efeito reparador.

Através da resposta dada às solicitações decorrentes do abuso sexual de menores, os profissionais de saúde podem desempenhar um papel importante e relevante na prevenção da violência no futuro (110).

Defendem alguns autores que existem conceitos que devem ser operacionalizados, isto é postos em prática e exponenciar as suas potencialidades, de maneira a minorar as consequências destes factos trágicos e aumentar a capacidade de resiliência da vítima (33).

No entanto há casos em que a vítima, não obstante ter vivenciado uma situação potencialmente traumática, não manifesta sintomatologia decorrente da situação de abuso ou, noutros casos, o facto de possuir os recursos emocionais, cognitivos e familiares eficazes ajuda-a a integrar a experiência sem que haja necessidade de apoio psicológico (108). Assim parece não existir, pois, uma “síndrome da criança abusada”, mas sim um conjunto de indicadores clínicos mais frequentemente apresentados pela maioria das crianças vítimas de abuso sexual.

Estas consequências, a curto prazo, podem ser de nível afectivo e cognitivo. Nas primeiras ressalta a depressão (talvez a mais frequente), o sentimento de culpa ou vergonha, a ansiedade, o medo e transtornos múltiplos da personalidade ou transtornos dissociativos. Nas segundas incluem-se as dificuldades de aprendizagem e a falta de integração entre pensamento e sentimento.

Constituem igualmente manifestações do impacto psicológico da vitimação (60):

- a) indicadores clínicos de ansiedade e depressão (crises de choro imotivado, crises de pânico, ideação e ou tentativas de suicídio);
- b) isolamento social;
- c) sentimentos de desânimo e impotência;
- d) desenvolvimento de uma *sexualização traumática* (procura excessiva, insistente e inadequada de contacto físico de forma erotizada, masturbação

- compulsiva, insistência em tocar nos genitais dos pares ou dos adultos ou, pelo contrário, rejeição ao toque, evitamento da proximidade física);
- e) sentimentos de insegurança e desconfiança relativamente aos adultos em geral (em virtude do facto de a vítima não se ter sentido protegida pelas pessoas que supostamente deveriam garantir a sua segurança);
 - f) ambivalência emocional (especialmente nos casos em que há uma proximidade afectiva entre o abusador e a vítima, como por exemplo nos casos de abuso intra-familiar);
 - g) alterações comportamentais que podem incluir:
 - comportamentos disruptivos; comportamentos desviantes repetidos e/ou diversificados (ex: fugas repetidas de casa ou da escola e abuso de álcool ou drogas; mentira compulsiva; redução do rendimento escolar);
 - comportamentos regressivos (ex: perda de controle esfinteriano, chuchar no dedo, etc);
 - auto-mutilação;
 - h) sintomas físicos: anorexia, bulimia, infecções, tonturas, dores musculares e abdominais, cefaleias, perturbações do sono.

As consequências a longo prazo podem manifestar-se na forma de sentimentos de terror e raiva, isolamento, marginalidade, dificuldades de relacionamento, ideias e tentativas de suicídio, problemas de auto-estima na idade adulta (5,80), prostituição (43,141), toxicod dependência (165), violência e tentativas de suicídio durante a gravidez e no período pós-parto (36), bulimia nervosa (92), violência conjugal (162), disfunções sexuais (pela repetição de situações abusivas com os seus filhos ou outros menores, sendo esse risco cerca de três vezes maior (134), neuroses crónicas, psicoses, transtornos da personalidade múltiplos e, também, tendências dissociativas.

No caso específico das relações incestuosas, podem estas gerar alterações emocionais muito graves:

- a) as vítimas com menos de 5 anos podem mostrar sintomas de depressão, apego inapropriado aos pais e terrores nocturnos relacionados com pesadelos que se repetem regularmente (167);
- b) as de idade escolar manifestarão alterações físicas e emocionais. Costumam perder ou ganhar peso, têm atrasos na aprendizagem escolar, insónias, depressões, medos, histerias de conversão e fogem de casa (87);
- c) O incesto que sucede antes da adolescência e que depois acaba parece causar menos danos que o que continua durante a mesma (87). No entanto, esta ferida emocional depende do tempo desta relação e se foi cometida ou não com violência (62).
- d) se o incesto se iniciou ou continuou na adolescência, as consequências emocionais são gravíssimas para a rapariga: depressão que desemboca no consumo de drogas, delinquência ou fuga; manifestações psicossomáticas (falsa gravidez); perda da auto-estima; frigidez; conduta agressiva para com a mãe que o tolerou ou permitiu, perdoando ao pai ou parente que cometeu o acto; submissão total e transtornos que perduram inclusivamente no estado adulto (como ansiedade neurótica, etc.) e prostituição (87,111,117,167).

Os danos causados nas raparigas nas suas relações incestuosas com o pai são graves; no entanto, nos rapazes vítimas de incesto com as mães é muito pior, podendo originar uma deterioração suficientemente grave, capaz de bloquear o seu desenvolvimento psicológico normal (87).

A situação de abuso dos filhos do sexo masculino pelos pais parece suceder mais raramente e, quando acontece, estas relações homossexuais podem causar à criança um comportamento homossexual ulterior de tipo passivo (149).

Strauss e Girodet (149) são da opinião que as situações de incesto irmão-irmã se diferenciam dos outros incestos porque normalmente estas atitudes não se tornam crónicas e perenes, e porque um dos participantes assumirá posteriormente a sua sexualidade normalmente fora da família. A posição de Fontana (62) não é tão optimista, afirmando que estas relações estão sujeitas a uma carga emocional muito forte que causa um sentimento de culpa que pode impedir o posterior desenvolvimento sexual.

O caso dos filhos resultantes de incesto é um tema pouco tratado na literatura científica, encontrando-se casos citados por Ajuriaguerra (3) em que de 18 crianças nascidas deste tipo de relações apenas 7 foram consideradas normais; outras citações de Nakashima e Zakus (117), refere que 8 de 13 foram considerados normais; noutro trabalho citado por estes autores, 161 crianças resultantes deste tipo de relações, 88 eram incesto pai-filha, 72 irmão-irmã e 1 mãe-filho; da totalidade destes casos morreram 21 e 10 tinham malformações congénitas.

Como noutros tipos de maus-tratos, a inter-relação de indicadores físicos/exploratórios, com os comportamentais da criança e a conduta do cuidador, conduzir-nos-á ao seu diagnóstico e catalogação. São indicadores de comportamento da criança (154):

- a) o medo chocante a pessoas ou a certos lugares;
- b) reservado / escassas relações com os companheiros;
- c) resposta inesperada à pergunta se foi tocado por alguém;
- d) medo não razoável ao exame físico;
- e) mudança abrupta em qualquer tipo de comportamento;
- f) consciência súbita dos genitais, palavras e actos sexuais;
- g) condutas manifestas ou comportamentos sexuais estranhos, sofisticados ou inusuais;
- h) diz que foi atacado sexualmente por um pai/cuidador. A declaração pode ser superficial. Simplesmente insinua o problema. Por vezes conta aos amigos. A informação pode chegar de outra criança que ouve ou vê o abuso;
- i) tentar fazer com que outras crianças realizem actos sexuais.

Conduta do cuidador (154):

- a) extremamente protector ou ciumento da criança;
- b) incentiva a criança em implicar-se em actos sexuais ou prostituição na presença do cuidador;
- c) sofreu abuso sexual na sua infância;
- d) tem problemas conjugais;
- e) abuso de drogas ou álcool;

f) está frequentemente fora de casa.

Outros estudos referem, também, que a existência de vítimas de abuso ou abandono na infância leva a um aumento do risco de ter dores crónicas (37), havendo mesmo autores que afirmam que 69% das mulheres que foram vítimas de abuso sexual em criança, referem episódios de dor crónica que evoluem por mais de 3 meses (52).

Nesta linha de investigação das consequências dos abusos sexuais em criança na vida adulta, existem autores que levantam a hipótese destas situações traumáticas activarem a CRH (corticotropin releasing hormone) e assim ficarem mais susceptíveis ao stresse; o nível elevado de CRH foi, ainda, associado a trabalho de parto pré-termo (78).

Podem acontecer gravidezes em pré-adolescentes e adolescentes, com todas as suas consequências físicas e emocionais associadas. Podem produzir-se, também, doenças de transmissão sexual como sífilis, Sida, etc., com prognóstico muito diferente (133). Na nossa amostra não existe nenhum caso de gravidez, sendo que as doenças sexualmente transmitidas não são sempre estudadas por rotina pelo que não se procedeu à análise desta questão. Considera-se, no entanto, que este estudo deve ser feito sistematicamente uma vez que se algumas destas doenças apenas têm valor como sugestivas de abuso, outras são, no entanto, patognomónicas desses abusos (107).

As anomalias consecutivas a cicatrizes em orifícios vaginais ou anais podem condicionar, por vezes, a sua função posterior. Podem gerar-se problemas na relação sexual ou na função digestiva por incontinência esfíncteriana por rotura fibrilar. A incontinência pode dar-se, também, no esfíncter vesical quando existam lacerações amplas que abracem a zona anterior.

Os efeitos a longo prazo que mais claramente aparecem associados são: depressão e abuso de drogas e álcool, problemas sexuais e vitimização sexual reiterada (154). De facto, a vítima de abusos sexuais na infância está mais predisposta a sofrer abusos quando adulta (por parte do companheiro ou de outros), tendência que se tem denominado “revitimização” (137).

Existem autores que tem estudado as consequências do abuso sexual em criança e o tipo de relação íntima que tem mais tarde em adulto, afirmando que tem um aumento de abandono do lar, de divorcio, mas também a incapacidade de estabelecer, confiar e manter relações saudáveis e íntimas (30).

Estas situações traumáticas vivenciadas em criança abusadas sexualmente, têm sido relacionadas, segundo alguns estudos, com desenvolvimento anormal de algumas estruturas cerebrais, particularmente o corpus callosum (153).

Se é preocupante que os abusos se dêem com tanta frequência, não é menos que estes se repitam também frequentemente. A repetição do abuso aumenta a possibilidade de que os seus efeitos sejam especialmente graves, porque é mais provável que a vítima se sinta culpada por não ter evitado a sua repetição e porque as relações mais continuadas entre agressor e vítima podem criar outros factores de risco (137). A análise de uma série revelou que 56% dos casos de abuso ocorrem somente uma vez mas 44% repetem-se entre 1 a 25 vezes mais (137).

No nosso estudo não foi possível proceder a análises sobre este tipo de consequências, mas importa tê-las presentes na medida em que será o diagnóstico mais precoce possível dos casos e a abordagem correcta das vítimas, que irá permitir reduzir ou eliminar estas consequências.

3. A perícia forense

Dado que as crianças vítimas de maus tratos constituem uma população de particular risco no que se refere ao seu desenvolvimento psicossocial mas, também, à possibilidade de “contágio” trans-geracional que estas situações revestem, importa identificar e diagnosticar estes casos para que, o mais precocemente possível sobre eles se possa intervir.

O exame médico-legal e forense constitui um momento privilegiado da intervenção em vítimas de abuso sexual, quer pelo seu papel a nível da investigação criminal, no que se refere à preservação, colheita e estudo de eventuais vestígios do

abuso, quer por poder constituir o início de uma intervenção terapêutica, de orientação e de protecção da vítima.

Por outro lado, dada a delicadeza da matéria em causa e o tipo de exame que em geral tem lugar, esta perícia torna-se complexa, requerendo uma especial competência e sensibilidade por parte dos profissionais que nela intervêm, de modo a que a mesma possa ser conclusiva e não se incorra num processo de vitimação secundária.

O abuso sexual pode acontecer de forma crónica, durante anos, se não for revelado ou suspeitado, tal como acontece, sobretudo, nos casos intra-familiares, produzindo devastadores efeitos psicológicos, como já se referiu. Assim, o diagnóstico precoce tem uma grande importância e significantes consequências. Uma falha no reconhecimento das condições produzidas pelo abuso sexual pode significar a continuidade do mesmo, com grave dano para a criança. Um incorrecto diagnóstico pode conduzir à separação familiar do menor e à punição de uma pessoa inocente. Daí a necessidade de que o diagnóstico do abuso sexual seja realizado com a máxima precisão e profissionalismo (26).

3.1. Colheita de informação

A informação colhida a partir da vítima é fundamental como evidência e prova de um grande número de abusos, dado que muitos deles não apresentam vestígios físicos nem biológicos⁶ (95,105). Tal resultou uma vez mais evidente no nosso estudo onde 68.5% não apresentavam este tipo de vestígios (Tabela 12), havendo uma diferença significativa entre os abusos intra e extra-familiares (80.5% e 62%, respectivamente) (Tabela 13).

Este facto está relacionado com as características do abuso, com o tempo decorrido entre o abuso e o exame ou com a destruição voluntária dos vestígios. Efectivamente, como se viu anteriormente, o actual Código Penal contempla, no seu

⁶ Uma análise efectuada sobre os crimes sexuais observados em 2004 no norte do Portugal, revelou que em 64% dos casos não existe qualquer vestígio físico e em 75.7% não existem vestígios biológicos.

artigo 172º, muitas situações das quais não podem resultar marcas físicas ou biológicas.

Importa, portanto, que essa colheita seja sistematizada mas, também, adaptada à idade, características e circunstâncias da vítima, tornando-se particularmente importante e complexa nas situações de abuso intra-familiar.

A colheita de informação tem como objectivos (70):

- a) caracterizar o acontecimento (gravidade; frequência; espaçamento temporal);
- b) pesquisar factores de vulnerabilidade específicos da vítima (relação com o abusador; capacidade para se auto cuidar e proteger; saúde mental; competências cognitivas e emocionais; inserção social);
- c) valorizar, se possível, o risco de recidiva (93);
- d) valorizar a situação de outras possíveis vítimas (sobretudo, no caso dos menores, os irmãos e outras crianças da proximidade);
- e) caracterizar o cuidador e o contexto familiar (123), no caso dos menores.

Strauss e Girodet (149) dizem que a colheita de informação é mais difícil no caso de abuso sexual do que nos maus tratos físicos. Mas Long e colaboradores (97) recomendam que, apesar da importância em obter uma ideia nítida sobre as circunstâncias do abuso sexual, é também importante e essencial reduzir ao mínimo o trauma psicológico que é para a criança reviver a experiência traumática incestuosa, pedófila ou de violação; são partidários de que se adie a mesma, para bem do pré-adolescente ou da criança mais nova.

Tal não será contudo necessário se a colheita de informação for feita por profissionais especializados, com experiência, sensibilidade, e de acordo com as normas actualmente definidas. O adiar muito tempo esta intervenção pode ser prejudicial quer quanto ao impacto psicológico do trauma, quer no que se refere à capacidade efectiva de colher informação válida.

Importa, por isso, que se atenda com cuidado às condições e metodologia de colheita dessa informação, sendo particularmente importante notar que nesta intervenção participam, em geral, vários profissionais, havendo o risco de repetição de procedimentos com os consequentes riscos que daí advêm para o bem-estar da

vítima e para a produção da prova. Assim, a abordagem da vítima pelo primeiro profissional deverá ser mínima, no sentido não só de a tranquilizar como, também, de colher informação sobre o caso, o que pode ser fundamental para a orientação do mesmo (idade da vítima e do suspeito agressor; contexto da ocorrência - familiar, institucional, extra-familiar; tipo de agressão; tempo decorrido desde a mesma; possibilidade de terem sido destruídos os vestígios; desejo da vítima em apresentar queixa (se a suspeita não configurar um crime público). A partir da informação colhida poderá definir-se a quem se deve recorrer tendo em vista assegurar o eventual tratamento da vítima, a produção da prova, a sua orientação e protecção (106). No que respeita à produção da prova, importará estabelecer-se a urgência médico-legal da situação, tendo em vista a colheita e preservação de vestígios físicos e biológicos; nos casos em que tal já não seja possível, dever-se-á ponderar o benefício para a vítima, sobretudo se menor, em adiar o exame médico-legal, tornando assim possível a sua preparação prévia e a da equipa que vai intervir, o que contribuirá para minorar o risco da dita vitimação secundária (103,107).

A reacção do adulto a quem o menor fez a revelação, ou tentativa de revelação, pode ter um grande impacto e subsequente ajustamento do menor, pelo que é importante que desde o início o adulto tenha uma presença de natureza protectora, respeitosa e crente.

Muitas vezes as crianças sentem-se mal e culpadas, tendo receio e muitas vezes fazendo a revelação passado muito tempo. Todo o processo legal é especialmente intimidante, confuso, havendo referências de que a parte instrutória e o depoimento em audiência podem representar momentos de maior stresse e ansiedade que o momento da revelação, dizendo o menor que o dia do depoimento foi o pior dia da sua vida em cerca de 95% dos inquiridos (166).

No que se refere às condições de colheita da informação, no plano médico-legal, há que assinalar alguns aspectos que são particularmente pertinentes no caso das crianças e, sobretudo, se vítimas do contexto intra-familiar.

A equipa deve ser definida à partida e idealmente multidisciplinar, integrada pelo menos, por um médico legista e um psicólogo forense experientes, de modo a

que entrevista e o exame físico aconteçam de forma integrada, num ambiente de empatia que progressivamente se vai criando (107).

O exame deverá decorrer num local tranquilo, confortável e agradável, de preferência com luz directa, que transmita bem-estar e sensação de privacidade à vítima, importando, ainda, que haja material adequado à sua idade (ex: material lúdico, no caso das crianças pequenas) (107).

Os peritos deverão ser capazes de compreender as dificuldades da criança na descrição, percepção, interpretação e aceitação dos factos, na revelação (percebendo as suas resistências a esta revelação e os sentimentos de vergonha, medos, angustias que a levam a ocultá-la, bem como a sensação de perda e de abandono do lar e da negação da figura paterna como protector originando sentimentos ambíguos), na sua forma de expressão (tendo em conta a sua fase de desenvolvimento, o seu nível cultural ou o nível de stresse em que se possa encontrar), bem como na apresentação da queixa (107).

Relativamente às técnicas de colheita de informação, é importante que para além da colheita relativamente aos factos ocorridos se proceda a uma avaliação psicológica tendo em vista compreender e valorizar o seu testemunho. Neste âmbito muitos autores defendem a gravação ou a transcrição textual das descrições, elementos como desenhos, interacções com os bonecos poderiam servir como prova. No nosso estudo apenas em 9% dos casos foi solicitada esta avaliação, o que nos parece extremamente pouco, dada a relevância desta perícia (neste caso ela confirmou o diagnóstico médico em 48% dos casos). Tal pode ter a ver com a ainda pouca sensibilidade dos médicos para a importância destes exames psicológicos, ainda que seja evidente que estão os mesmos mais motivados para os solicitar nos casos de abusos intra-familiares (62% dos exames requeridos), dada a maior complexidade destes diagnósticos e a maior gravidade das suas consequências em termos emocionais.

As metodologias de colheita de informação sobre os eventuais factos podem ser diversas, mas tradicionalmente recorre-se à entrevista, apoiada por uma série de outros métodos, sendo este método o que permite melhores resultados e sobre o qual existe maior experiência.

A entrevista deverá ser organizada de acordo com a idade da vítima, as suas características, a sua capacidade de colaboração, a disponibilidade e as circunstâncias em que se encontra.

No caso de abusos intra-familiares pode ser importante colher informação dos membros da família, de professores e profissionais da saúde e de vizinhos, conhecidos ou amigos, para que se possa avaliar (106):

- a) a estrutura e composição do agregado familiar, determinando o momento em que se encontra a família no seu ciclo vital (situação e dificuldades mais significativas dos diferentes membros da família);
- b) o contexto sócio-económico-cultural;
- c) os antecedentes, características e funcionamento individual dos pais;
- d) a saúde física e mental, nível intelectual e funcionamento psicológico;
- e) as dinâmicas e funcionamento familiar;
- f) as características específicas dos abusos (vítimas, frequência, intensidade, participação dos diferentes membros da família);
- g) o suporte social (redes formais e informais);
- h) o posicionamento da família face ao problema, a sua disponibilidade e motivação para colaborar no processo.

Importa ter presente que o relato destes acontecimentos, segundo alguns autores, em 28% dos casos nunca tinha sido feito, e em 47% só foi feito ao fim de cerca de 5 anos (144).

A reconstituição das memórias destes episódios é complexa e em alguns casos pode ter processos falíveis, pois o armazenamento destas como de outras memórias de eventos traumáticos obedecem a um mesmo mecanismo e podem ser esquecidas, por dias, meses ou anos, podendo ser lembrados posteriormente. No entanto, o processo de reconstrução de memórias é alvo de muita polémica (40).

Também durante a entrevista importa atender a determinados aspectos que poderão constituir sinais de alerta ou factores de risco destas situações, aspectos esses que variam com a fase de desenvolvimento em que se encontra a criança (70):

- a) de comportamento: choro incontrolado, agitação/hiperactividade, afastamento dos amigos e familiares, falta de confiança nos adultos, manifestações de raiva contra a mãe, negação para tomar banho ou a despir-se, não querendo fazer ginástica, relutância em regressar a casa, condutas agressivas com agressões físicas a outras crianças ou adultos, delinquência (roubos), abuso de álcool, prostituição, acidentes muito frequentes, fugas de casa, tentativas de suicídio, faltas/fugas escolares ou diminuição do rendimento escolar por dificuldades de concentração e atenção e condutas sexualizadas (interesse por assuntos sexuais, conhecimentos atípicos sobre sexo, confusão sobre a sexualidade e sua orientação sexual).
- b) psicológicos: regressões no comportamento (ex: voltar a chupar no dedo, a falar como as mais pequenos ou a querer a chupeta), vergonha, timidez, comportamentos obsessivos extremamente dóceis (pode indicar diminuição da auto-estima) ou violentos, isolamento, medos ou fobias, ansiedade, gaguez, depressão, baixa auto-estima, dificuldades de concentração, confusão no papel sexual e ideação suicida;
- c) físicos: anorexia, bulimia, infecções, tonturas, dores musculares e abdominais, cefaleias, perturbações do sono, automutilação (ex: roer as unhas), enurese, encompresse, etc..

Assim, verificando-se que existem aspectos particulares nos abusos sexuais que impossibilitam o seu diagnóstico apenas com base na existência de vestígios físicos e biológicos, a entrevista médico-legal e forense constitui um momento essencial no despiste destes casos e na confirmação dos diagnósticos médicos.

3.2. Exame físico e exames complementares de diagnóstico

No que se refere aos crimes sexuais, os exames médico-legais estão a ser cada vez mais solicitados no sentido de se obter uma prova científica através das evidências físicas conferindo-se, deste modo, elevada importância aos achados

físicos. Há, no entanto, que se ser prudente com o diagnóstico de abuso sexual apenas através de um achado físico.

O objectivo do exame físico é documentar a evidência de um abuso sexual, assim como valorizar as possíveis lesões físicas resultantes da mesma. Na maior parte dos casos o exame físico não revela alterações em crianças que tenham sido abusadas sexualmente, tal como revelou o nosso estudo. Inclusive, mesmo no caso de penetração vaginal ou anal, o exame pode ser normal. Mas muitos tipos de abuso sexual não incluem penetração e não produzem lesões físicas. Por outro lado, um número considerável de abusos sexuais ocorrem sem ejaculação ou lesões das estruturas genitais, incluindo o hímen.

Mas, para além dos aspectos técnicos, não particularmente relevantes no contexto deste trabalho, importa assinalar que no exame de uma criança ou jovem vítima de abuso sexual devemos considerar a situação emocional, dominada pelo medo e pela inquietude. Assim, o médico deverá trabalhar sem pressa, dando tempo à criança para se preparar para este exame. O médico deverá, ainda, informar que o exame não é doloroso e que será interrompido quando ela quiser. Será também importante que durante o exame o médico a criança esteja acompanhado pela sua pessoa de confiança, caso ela assim o desejar.

É fundamental que seja respeitado o pudor da criança ou jovem, cobrindo o seu corpo e expondo apenas a parte a examinar, devendo o exame ser completo mas breve, procurando não o repetir. De facto, vários estudos têm revelado que este exame não é psicologicamente inócuo e não deve constituir um trauma adicional (72,152).

Em geral, a avaliação anogenital em crianças pré-puberes limita-se à inspecção visual da área externa.

Dada a importância de obter fotografias das lesões, são úteis técnicas de amplificação, como o colposcópio. De qualquer forma, a utilização destes instrumentos deve ser sempre muito bem explicada à criança.

O estado de relaxamento da vítima será importante não só para o bem estar da mesma como para o decurso da observação e resultados da mesmas.

Entre os indicadores físicos que nos fazem suspeitar de abusos sexual contamos com (103):

- a) dificuldade para andar ou sentar-se;

- b) roupa interior rasgada, manchada ou ensanguentada;
- c) queixa de dor ou prurido na região genital;
- d) doença de transmissão sexual;
- e) sémen nos genitais, boca ou roupa;
- f) escoriações, abrasões e hematomas na face interna das coxas e genitais;
- g) hematomas peri-anais, lacerações e dilatação anal;
- h) cicatrizes, lacerações ou distorsão do hímen; cicatrizes detectadas com lente de aumento;
- i) lesões ou cicatrizes na rafe posterior;
- j) lesões nos grandes ou pequenos lábios e aumento do orifício himeneal;
- k) cervix e vulva edemaciados e cianosados;
- l) gravidez, especialmente no início da adolescência, não dizendo quem é o pai;
- m) boca com indícios de traumatismos (erosões, ptéquias, etc.);
- n) lesões internas no abdómen;
- o) Sinais cutâneos de traumatismos; mordeduras que podem servir para identificar o agressor.

No nosso estudo não foram analisadas as queixas por não estarem as mesmas colhidas e descritas de uma forma sistematizada. Verificou-se, contudo, que as lesões ocorrem mais a nível himneal do que a nível vulvar ou anal, sendo tal facto mais evidente no que se refere aos crimes extra-familiares (Tabela 13).

Os estudos para pesquisa de sémen devem ser feitos procurando-se a sua existência em todo o corpo, incluindo nos pêlos (cabelo e pêlo púbico). A sua presença confirma o abuso e permite identificar o abusador através do estudo do seu perfil genético, se houver termo de comparação. No entanto, como ficou patente, este exame foi feito numa pequena percentagem dos casos da amostra estudada (9%), o que tem a ver com o tipo de práticas em causa mas, muito particularmente, com o atraso de tempo verificado entre o último abuso e o exame pericial.

Este facto leva-nos a insistir na necessidade de que todos os profissionais que trabalham com crianças e jovens estejam informados e sensibilizados para a necessidade de denunciarem com urgência qualquer caso de que tenham suspeita, tendo em vista promover com a maior urgência possível o exame médico-legal.

VI. SUMÁRIO E CONCLUSÕES
SUMMARY AND CONCLUSIONS

1. Sumário e Conclusões

O diagnóstico e intervenção em casos de abuso sexual em crianças e jovens, no contexto da violência intra e extra-familiar, constitui uma tarefa complexa e um imenso desafio para os profissionais que trabalham com estas vítimas, tendo em conta que os abusos são pouco e tardiamente revelados e que a abordagem das vítimas implica que seja feita por profissionais experientes, trabalhando de forma articulada, e o mais precocemente possível, para que não se percam evidências fundamentais para a produção da prova do crime.

Estes abusos podem ser intra ou extra-familiares, sendo que os primeiros se enquadram, frequentemente, em situações de maus tratos. No entanto, são estes que se revestem de menor visibilidade, pelo que o seu diagnóstico é, em geral, mais complexo. Apesar disso, é também aos abusos sexuais intra-familiares que se atribuiu maior gravidade das suas consequências.

Assim, importa conhecer as eventuais diferenças entre os abusos intra e extra-familiares, sendo que vários estudos têm demonstrado que existem diferenças importantes entre eles, relacionadas com as características das vítimas e dos abusadores, com as circunstâncias das ocorrências, com o tipo, número e frequência dos abusos, e com as consequências imediatas, a médio e a longo prazo que deles resultam.

Estes aspectos poderão justificar a assumpção de diferentes estratégias de abordagem da vítima, de diagnóstico e de intervenção, por parte dos profissionais que intervêm nestes casos.

O presente estudo foi, pois, realizado tendo como objectivo constituir um contributo para uma melhor caracterização do abuso sexual de crianças e jovens, relativamente ao contexto intra ou extra-familiar em que este possa ocorrer, estudando e identificando possíveis diferenças entre estes abusos, tendo em vista promover a capacidade de detecção e diagnóstico dos mesmos, bem como o melhor encaminhamento, tratamento e protecção das vítimas envolvidas.

Para tal, efectuou-se uma análise retrospectiva com base nos relatórios periciais de natureza sexual efectuados no Serviço de Clínica Médico-Legal do Instituto de Medicina Legal do Porto / da Delegação do Porto do Instituto Nacional de Medicina Legal, entre 1997 e 2004, relativos a vítimas com idade compreendida entre os 0 aos 17 anos, inclusive. A amostra de 764 casos corresponde a 67% do total dos casos de natureza sexual. Caracterizaram-se as vítimas, os abusadores, os abusos (tipo e circunstâncias) e os resultados do exame pericial, procedendo-se à análise das eventuais diferenças entre o abuso sexual intra e extra-familiar. Analisaram-se, também, os relatórios de Psicologia Forense relativamente aos casos em que este tipo de exame teve lugar (n=29).

Para a análise estatística utilizou-se o teste *Qui-quadrado* nas comparações de variáveis categóricas (para verificar a independência e não existência de relação entre as duas variáveis), e tabelas de contingência para estudar a relação entre duas variáveis categóricas. Quando a variável foi do tipo contínuo (como a idade), realizou-se o teste de *t student* (teste de comparação de duas médias). Considerou-se um nível de significância de 5% para os dois tipos de variáveis.

Os resultados revelaram que 65.1% (n=497) dos casos são extra-familiares e 34.9% (n=267) intra-familiares.

As vítimas são em 83.6% do sexo feminino, a idade média é de 11 anos e 77.4% são estudantes. A comparação entre os casos intra e extra-familiares revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.001$) no que se refere à idade (as vítimas são mais novas nos casos intra-familiares) e à actividade desenvolvida (num maior número de casos intra-familiares não exercem nem actividade escolar, nem profissional, admitindo-se que esta questão está correlacionada com a idade). Os abusadores foram homens em 99.6% dos casos (verificando-se apenas um caso em que a abusadora era a mãe). Relativamente ao número de casos em que foi possível averiguar a existência de antecedentes de comportamentos desviantes (n=429), estes foram identificados em 66.9% dos casos; encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para os dois tipos de abuso sendo este número muito superior nos casos intra-familiares no que se refere aos antecedentes de abusos sexuais, o que deixa perceber uma muito maior tendência para a prática repetida destes abusos neste contexto. No caso dos abusos extra-

familiares, o abusador era amigo ou vizinho da vítima em 21.7% dos casos, mero conhecido em 43.6% e desconhecido em 34.7%. Quanto aos abusos intra-familiares o abusador foi o pai ou padrasto da vítima em 44.6% e 6.4% dos casos, respectivamente.

Na generalidade dos casos as práticas mais descritas foram as carícias dos órgãos genitais (37.5%), seguidas da penetração vaginal e/ou anal (32.1%) e da tentativa de penetração vaginal (15.2%); em 5.8% a vítima negou o abuso e em 9.8% não foi descrito o tipo de prática suspeita. Foram encontradas diferenças significativas entre os abusos intra e extra-familiares no que se refere às práticas sexuais descritas, sendo muito mais frequentes as práticas fisicamente mais intrusivas (penetração ou tentativa de penetração vaginal e/ou anal) nos casos extra-familiares ($p < 0.001$).

Houve relato de violência física e de ameaças verbais em 36.9% e 21.2% dos casos, respectivamente, verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.001$) relativamente às ameaças verbais (mais frequentes nos casos intra-familiares), e ao uso de força/violência física (mais frequente nos extra-familiares); também o número de casos de suposto consentimento da vítima para esta prática aconteceu mais nos extra-familiares, estando relacionado com os casos ocorridos entre supostos namorados.

Na maior parte dos casos (61.5%) o abuso aconteceu na casa da vítima e/ou abusador, encontrando-se também aqui diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.001$), sendo esta situação mais frequente nos casos intra-familiares.

Comparando os dois grupos de casos verifica-se que apesar da tendência ser sempre no sentido de na maior parte dos casos os exames periciais acontecerem mais de 48 horas após o último abuso (69.6%), tal é muito mais notório nos casos intra-familiares ($p < 0.001$).

O exame médico-legal não revelou lesões ou sequelas em 68.5% dos casos mas em 20% havia sequelas próprias de práticas sexuais não recentes e em 11.5% lesões próprias de práticas sexuais recentes. Comparando os dois grupos de casos, verificou-se a existência de diferenças ($p < 0.001$) no que se refere à ausência de lesões (mais frequente no contexto intra-familiar) e à evidência de penetração vaginal (mais frequente no contexto extra-familiar).

Foram realizadas análises para estudos de DNA em apenas 8.8% dos casos, tendo sido realizados mais estudos nas situações de abuso extra-familiar ($p < 0.005$), o que está de acordo com o facto de estes abusos serem estudados mais precocemente e deles resultarem mais lesões.

Também apenas em 9.1% dos casos foi efectuada avaliação da vítima por Psicologia Forense. Na amostra destes casos, 62.1% eram casos de abuso intra-familiar e 37.9% extra-familiar. O abuso foi confirmado através da avaliação psicológica em 48.3% dos casos. O testemunho da vítima foi considerado seguramente verdadeiro em 58.6% dos casos (63.6% dos casos extra-familiares e 55.6% dos intra-familiares - $p < 0.005$).

Constatou-se que a maior concordância entre a informação prestada e o resultado da perícia médico-legal se verificou nos casos extra-familiares e quando a vítima foi sujeita a penetração vaginal (80%). No entanto, essa concordância é também superior a 60% nos casos de abusos intra-familiares em que houve penetração anal ou vaginal. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de abusos para qualquer das práticas

Os resultados obtidos estão de acordo com a maior parte da bibliografia sobre esta matéria e demonstram que as vítimas de abusos intra-familiares são mais vulneráveis em virtude da idade, da proximidade afectiva e dependência do abusador e do nível de ameaças a que estão sujeitas, do que as vítimas de abusos extra-familiares. Por outro lado, em virtude da baixa visibilidade destes casos, que acontecem particularmente em casa, e de forma recidivante, chegam mais tarde do que as outras vítimas às mãos dos profissionais, designadamente da medicina legal, pelo que a probabilidade de se encontrarem evidências físicas e biológicas do abuso resulta prejudicada. Esta última dificuldade está também relacionada com o facto dos abusos intra-familiares serem fisicamente menos intrusivos, pelo que menos associados a lesões. Tal facto não é suficiente para aferir da gravidade dos mesmos pois, apesar de se verificar menor intrusão física ela será, no entanto, maior em termos emocionais. Por este motivo, é fundamental a realização sistemática de exames de psicologia forense que contribuirão não só para coadjuvar o diagnóstico dos casos mas, também, para o início da terapêutica dos mesmos, desde que efectuados por profissionais habilitados.

2. Summary and Conclusions

The diagnosis and intervention in cases of sexual abuse of children and teenager in an intra-and extra-familial violent context is a complex task. It is a great challenge for professionals who work with the victims having in mind that the abuses are rarely and late revealed. The approach of the victims should be done by experienced professionals working in a coordinated way and as quick as possible in order not to lose fundamental evidences that leave to means of proof.

The abuses may be intra- or extra-familial. The first ones are frequently situations of maltreatment. Nevertheless, these are the cases that are less visible making their diagnosis more complex. Besides, the intra-familial abuses are more serious in their consequences, too.

It is important to know the possible differences between intra and extra-familial abuses and various studies showed that there are important differences concerning the characteristics of the victims and abusers, the circumstances in which the abuses occur, the type, the number and frequency of them, as well as the immediate, medium and long term consequences that result of them.

These aspects may explain why professionals involved in these cases take different strategies concerning the approach of the victim, the diagnosis and intervention.

The present study aimed to contribute to a better characterisation of sexual abuse of children and teenager that may occur in an intra- or extra-familial environment by identifying possible differences between these abuses as well as the best routing, treatment and protection of the victims involved.

Therefore a retrospective study was performed based on sexual expert reports made in the medico-legal services of the Medico-Legal Institute of Oporto / Oporto Delegation of the National Institute of Legal Medicine, between 1997 and 2004, related to victims between the age of 0 and 17 inclusive. The sample of 764 cases corresponds to 67% of the total sexual cases. Victims, abusers, abuses (type and

circumstances) and the results of the expert exam were characterised and the possible differences between the intra- and extra-familial abuses analysed. The Forensic Psychology reports on the cases in which the expert exam took place (n = 29) were also analysed.

For the statistical analysis it was used the chi-square test for comparisons of categorical variables (to identify the independency and the non-existent relation between the two variables) and contingency tables for studying the relation between two variables. The t student test was made when the variable was of continuous type (like the age). It was established a significance level of 5% for both types of variables.

The result revealed that 65.1% (n=497) of the cases were extra-familial and 34.9% (n = 267) intra-familial.

In 83.6% the victims are female. The medium age is 11 and 77.4% are students. The comparison between intra- and extra-familial cases showed the existence of statistically significant differences ($p < 0.001$) concerning the age (the victims of intra familial cases are younger) and the developed activity (a great number of intra-familial case victims don't go neither to school nor have a job - admitting that the age correlates with these activities). In 99.6% of the cases the abusers were men (only in one case the abuser was the mother). In 66.9% of the cases (n=429) in which an antecedent abnormal behaviour could be detected were found statistically significant differences in both types of abuses. The number of intra-familial cases with antecedent sexual abuses was much higher showing therefore a higher tendency of continuous abuses. In the extra-familial abuses the abuser was in 21.7% a friend or neighbour, in 43.6% just a casual acquaintance and in 34.7% unknown. In the intra-familial abuses the abuser was in 43.6 % the father and in 6.4% the stepfather.

In general the practices most described were sexual organ caress (37.5%) followed by vaginal and/or anal penetration (32.1%) and the attempt of vaginal penetration (15.2%); 5.8% of the victims denied the abuse and 9.8% did not describe the suspected type of practice. Significant differences were found between the intra- and extra-familial abuses concerning the described sexual practices. Much more

common in the extra-familial cases ($p < 0.001$) are physically more intrusive practices (penetration or the attempt of vaginal and /or vaginal penetration).

Physical violence was reported in 36.9% of the cases and verbal threats in 21.2%. Statistically significant differences ($p < 0.001$) were found in the verbal threats (more common in intra-familial cases) and in the use of physical force/violence (more common in extra-familial cases). The number of cases in which the victim gave his/her alleged agreement for these practices was higher in the extra-familial abuses. This is related with the cases that happened between alleged lovers.

In most of the cases (61.5%) the abuse happened in the victim's and/ or the abuser's house. Here were also found out significant differences ($p < 0.001$) that showed that these situations were more common in intra-familial cases.

Although there is always the tendency in both groups of cases that the expert exams are done only after more than 48 hours of the last abuse (69.6%) it is much more common in the intra-familial cases ($p < 0.001$).

In 68.5% of the cases the legal-medical exam did not reveal injuries or after-effects. But 20% showed after-effects caused by non recent sexual practices and 11.5% showed injuries of recent sexual practices. Comparing both groups of cases there were differences ($p < 0.001$) concerning the lack of injuries (more common in the intra-familial context) and the evidence of vaginal penetration (more common in the extra-familial context).

DNA analysis were made in only 8.8% of the cases. Most of these analysis were made in situations of extra-familial abuses ($p < 0.005$). This happened because these abuses are studied sooner and show more injuries.

The evaluation of the victim was only done in 9.1% by the Forensic Psychology. The sample of these cases showed that 62.1% were intra-familial abuses and 37.9% extra-familial. In 48.3% the abuse was confirmed by the psychological evaluation. In 58.6% of the cases the victim's testimony was considered as true (63.6% of extra-familial and 55.6% intra-familial cases – $p < 0.005$).

The information given and the result of the medical-legal experts matched best in the extra-familial cases and when the victim was subjected to vaginal penetration (80%). Nevertheless, this concordance is also higher than 60% in the cases of intra-familial abuses with anal or vaginal penetration. No statistically

significant differences were found between the two types of abuses for any of the practices described above.

The results presented are consistent with most part of bibliography for this field. They show that victims of intra-familial abuses are more vulnerable than victims of extra-familial abuses because of their age, the affection and dependency of the abuser as well as the threat levels to which they are subjected. On the other side victims of intra-familial abuses are cases that are less visible because they happen at home and in a recurrent form. The result is that these intra-familial victims get in touch with the legal medical professionals later than extra-familial victims making it harder to find physical and biological evidences of the abuse. Another problem is the fact that intra-familiar abuses show less penetration and therefore fewer injuries. But this does not reduce the gravity of these cases because even showing less penetration their emotional harm is much higher. That is why a systematic analysis of the forensic psychological exams is fundamental and contributes not only in helping to make the diagnosis in these cases but also to start the therapy as long as this is done by experienced professionals.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMS JA, PHILLIPS P, AHMAD M: The usefulness of colposcopic photographs in the evaluation of suspected child sexual abuse, *Adolescent and Pediatric Gynecology*, 3:75-82, 1990.
2. AIKEN M, MURAM D, KEENE P, et al: Evidence collection in cases of child abuse, *Adolescent and Pediatric Gynecology*, 6:86-90, 1993.
3. AJURIAGUERRA J: *Manual de Psiquiatria Infantil*, Toray-Masson, Barcelona, 4ªed, 1977.
4. AMARO F, GERSÃO E, LEANDRO A: Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicidade, Lisboa, cadernos do CEJ, nº1, 1988.
5. AMERICAN HUMANE ASSOCIATION: National Incidence and Prevalence of Child Abuse and Neglect. Washington, DC, National Committee for Prevention of Child Abuse, 1987.
6. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS: AMA diagnosis and treatment guide lines concerning child abuse and neglect, *Journal American Medical Association*, 254:796-800, 1985.
7. ANNAS GJ: Scientific evidence in the courtroom: The death of the Frye Rule, *New England Journal of Medicine*, 330:1018-1021, 1994.
8. ANNAS GJ: Setting standards for the use of DNA-typing results in the courtroom - the state of the art, *New England Journal Medicine*, 326:1641-1644, 1992.
9. ARGENT AC, LACHMAN PI, HANSLO D, et al: Sexually transmitted diseases in children and evidence of sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 19:1303-1310, 1995.
10. ARROYO W, ETH S, PYNOOS R: sexual assault of mother by her preadolescent son, *American Journal Psychiatry*, 141(9):1107-1108, 1984.
11. ARRUABARRENA MI, PAÚL J: El concepto de malos tratos a la infancia. In: *Maltrato a los niños en la familia*, Pirámide, Madrid, 17-40, 1997.
12. ASSOCIAÇÃO DE APOIO À VÍTIMA: www.APAV.pt

13. BAGELY C, KING K: Child sexual abuse. The search for healing, Routledge Publications, 1990.
14. BAYS J, CHADWLCK D: Medical diagnosis of the sexually abused child, *Child Abuse & Neglect*, 17:91-110, 1993.
15. BAYS J, CHEWNING M, KELTNER L, et al: Changes in hymenal anatomy during examination of pubertal girls for possible sexual abuse, *Adolescent and Pediatric Gynecology*, 3:42-46, 1990.
16. BAYS J, JENNY C: Genital and anal conditions confused with child sexual abuse trauma, *American Journal of Diseases of Children*, 144:1319-1322, 1990.
17. BEITCHMAN J, ZUCKER K, HOOD J, DACOSTA G, AKMAN D, CASSAVIA E: A review of the long term effects of child sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 1992.
18. BERENSON AB: Appearance of the hymen at birth and one year of age: A longitudinal study, *Pediatrics*, 91:820-825, 1993.
19. BERSON NL, HERMAN-GIDDENS ME, FROTHINGHAM TE: Children's perceptions of genital examinations during sexual abuse evaluations, *Child Welfare League of America*, 72:41-49, 1993.
20. BESTEN B: *Abusos sexuales en los niños*, Barcelona, Herder Ed., 1997.
21. BOND GR, DOWD MD, LANDSMAN I, et al: Unintentional perineal injury in prepubescent girls: a multicenter prospective report of 56 girls, *Pediatrics*, 95:628-631, 1995.
22. BOSCH MARÍN: *Puericultura social*, Ed. Gráficas González, Madrid, 1964.
23. BROWNMILLER S: *Against our will: Men, women and rape*, Simon & Schuster, New York, 1975.
24. CAFFEY J: Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma, *Am J Roentgenol*, 56:163-173, 1996.
25. CAFFEY J: On the theory and practice of shaking infants, *American Journal Diseases Child*, 124:161-169, 1972.

26. CALVO J, CALVO JR: El niño maltratado, Cea Ed., Madrid, 1986.
27. CARPER J: Urgencias en adolescentes: fuga e incesto entre padre e hija, *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, 4:881-891, 1979.
28. CASPI A, MCCLAY J, MOFFITT TE, MILL J, MARTIN J, CRAIG IW, TAYLOR A, POULTON R: Role of genotype in the cycle of violence in maltreated child, *Science*, 297:851-854, 2002.
29. CHADWICK, et al: Color atlas of child sexual abuse, Chicago, IL, Year Book Medical Publishers, Inc., 1989.
30. COLMAN RA, WIDOM CS: Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study, *Child Abuse & Neglect* 11:1133-1151, 2004.
31. CRIVILLÉ A: A corps et a Cris, *Nouvelle Revue of Psychanalyse*, 33, 1986.
32. CRIVILLÉ A: Parents maltraitants, *Enfants Meurtris*, ESF, Paris, 1987.
33. DANIEL B: Operationalizing the concept of resilience in child neglect: a case study research, *Child Care Health Dev*, 32:303-309, 2006.
34. DARO D: Commentary: child sexual abuse prevention: separating fact from fiction, *Child Abuse and Neglect*, 15:1-5, 1991.
35. DARO D: *Confronting child abuse: Research for effective program design*, Free Press, New York, 1988.
36. DAUCAN RD, SAUNDERS BE, KILPATRICK DG, et al: Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression and substance abuse: findings from a national survey, *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3):437-448, 1996.
37. DAVIS DA, LUECKEN LJ, ZAUTRA AJ: Are reports of childhood abuse related to the experience of cronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature, *Child J. Pain*, 5:398-405, 2005.
38. DE JONG AR, HERVADA AR, EMMETT GA: Epidemiologic variations in childhood sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 7:155-162, 1983.

39. DE JONG AR, EMMETT GA, HERVADA AR: Epidemiologic factors in sexual abuse of boys, *American Journal of Diseases of Children*, 136:990-993, 1982.
40. DEL MONTE MM: Retrieved memories of childhood sexual abuse, *Br J Med Psychol*, 2000.
41. DeMAUSE LI: *História de la infância*, Alianza Universidad, Madrid, 1991.
42. DÍAZ HUERTAS JA, AYUGA MD: Los derechos de los niños. In: *Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario*, Consejería de Salud, Madrid, 1995.
43. DIMMITT JH: Translation and reassessment of the Adolescent Self-Perception Profile for a rural Mexican-American population, *Journal of Nursing Measurement*, 4(1):5-18, 1996.
44. DONALD GF, WENDY LM: Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 9:915-929, 1998.
45. DUBE R., HEBERT M: Sexual abuse of children, under 12 years of age; a review of 511 cases, *Child Abuse & Neglect*, 3:321-330, 1988.
46. DUBOWITZ H, BLACK M, HARRINGTON D, et al: A follow-up study of behavior problems associated with sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 17:743-754, 1993.
47. ELLIOT DM, BRIERE J: Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: a general population study, *Journal of Traumatic Stress Studies*, 8:629-648, 1995.
48. ERIKSON W D, WALBEK N H, SEELEY R K: Behavior patterns of child molesters, *Archives of Sexual Behavior*, 17:77-86, 1988.
49. FAMULARO R, KINSCHERFF R, FENTON T: Parental substance abuse and the nature of child maltreatment, *Child Abuse and Neglect*, 16:475-483, 1992.
50. FEIGELSON CHASE N: *Un niño ha sido golpeado. La violencia contra los niños, una tragedia moderna*, Diana, México, 1975.

51. FELDMAN W, FELDMAN E, GOODMAN J, et al: Is child sexual abuse really increasing in prevalence? Analysis of the evidence, *Pediatrics*, 88:29-33, 1991.
52. FINESTONE HM, STENN P, DAVIES F, STALKER C, FRY R, KOUMANIS J: Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 4:547-556, 2000.
53. FINKEL MA: Anogenital trauma in sexually abused children, *Pediatrics*, 84:317-322, 1989.
54. FINKELHOR D: A sourcebook on child sexual abuse, Sage Publications, Beverly Hills, 1986.
55. FINKELHOR D: Child sexual abuse, Sage Publications, Beverly Hills, 1984.
56. FINKELHOR D: Current information on the scope and nature of child sexual abuse, *The Future of Children*, 4:31-53, 1994.
57. FINKELHOR D: Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 16:67-70, 1993.
58. FINKELHOR D: Introduction of The APSAC Handbook on Child Maltreatment, Ed. J Briere et al, Sage Publications, California, 1996.
59. FINKELHOR D: The international epidemiology of child sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 18:409-417, 1994.
60. FINKELHOR D, BROWNE A: The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55:530-541, 1985.
61. FINKELHOR D, HOTALING G, LEWIS I, et al: Sexual abuse in a national survey of adult men and woman: prevalence, characteristics, and risk factors, *Child Abuse & Neglect*, 14:19-28, 1990.
62. FONTANA V: Somewhere a child is crying. In: *Maltreatment, causes and prevention*, McMillan Publishing, New York, 1973.
63. FRIEDRICH WN, GRAMBSCH P, BROUGHTON D, et al: Normative sexual behaviour in children, *Pediatrics*, 88:456-464, 1991.

64. GABBY T, WINKLEBY MA, BOYCE T, et al: sexual abuse of children: the detection of semen on skin, *American Journal of Diseases of Children*, 146:700-703, 1992.
65. GALLARDO JA: Maus tratos à criança, *Colecção Crescer*, nº13, Porto Editora, 1994.
66. GALVÃO M, ÂNGELO MC, ALEXANDRINO AM: Maus tratos infantis. Dois anos de experiência no hospital Maria Pia, *Nascer e Crescer*, 7(1):48-52, 1998.
67. GIBSON LE, LEITENBERG H: The impact of child sexual abuse and stigma on methods of coping with sexual assault among undergraduate women, *Child Abuse & Neglect*, 25:1343-1361, 2001.
68. GODDARD CR: A child sexual abuse police tracking project, *Sex offences against children*, Victoria, Canada, Law Reform Commission of Victoria, 1988.
69. GOLDSTEIN SL: The sexual exploitation of children. A practical guide to assessment, investigation, and intervention, 2^a ed, CRC Press, London, 1999.
70. GOMES DA SILVA A, MAGALHÃES T, et al: La entrevista a niños victimas de abuso sexual. Algunas sugerencias, *Boletín Galego de Medicina Legal*, 8:37-42, 1998.
71. GOMEZ-SCHWARTZ B, HOROWITZ JM, CARDARELLI AP: *Child sexual abuse: The initial effects*, Newbury Park, CA, Sage Publications, 1990.
72. GUIDELINES FOR MEDICO-LEGAL CARE FOR VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE: WHO, 2003.
73. HAMPTON HL: Care of the woman who has been raped, *New England Journal of Medicine*, 332:234-237, 1995.
74. HANDFIELD-JONES SE, HINDE FRJ, KENNEDY CTC: Lichen sclerosus et atrophicus in children misdiagnosed as sexual abuse, *British Medical Journal*, 294:1404-1405, 1987.
75. HEGER A, EMANS SJ: *Evaluation of sexually abused child: A medical textbook and photographic atlas*, New York, Oxford University Press, 1992.
76. HENDERSON J: Incesto. In: Freedman A, Kaplan H e Henderson J, *Tratado de Psiquiatria*, Salvat, Barcelona, II: 179-1184, 1982.

77. HIBBARD RA, HARTMAN G: Genitalia in human figure drawings: Child rearing practices and child sexual abuse, *Journal of Pediatrics*, 116:822-828, 1990.
78. HORAN DL, HILL LD, SCHULKIN J: Childhood sexual abuse and preterm labor in adulthood: An endocrinological hypothesis, *Women Health Issues*, 1:27-33, 2000.
79. INGLÉS A: Els maltractaments infantils a Cataliña, Barcelona, Departament de Benestar Social, Direcció General de Atenció a la Infancia, Generalitat de Catalunya, 1991.
80. IRWING HJ: Traumatic childhood events, perceived availability of emotional support, and the development of dissociative tendencies, *Child Abuse & Neglect*, 20(8):701-701, 1996.
81. JAFFE AC, DYNNESON L, BENSEL RW: Sexual abuse of children: An epidemiologic study, *American Journal of Diseases of Children*, 129:689-692, 1975.
82. JAMPOLE L, WEBER MK: An assessment of the behavior of sexually abused and nonsexually abused children with anatomically correct dolls, *Child Abuse & Neglect*, 11:187-192, 1987.
83. JIMÉNEZ J, OLIVA A, SALDAÑA D: Maltrato y protección a la infancia en España, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, 1996.
84. JOHNSON CF: Prolapse of the urethra: Confusion of clinical and anatomic characteristics with sexual abuse, *Pediatrics*, 87:722-725, 1991.
85. JONES J: Sexual abuse of children, *American Journal Disease Childhood*, 136:142-146, 1982.
86. JORNAL DE NOTÍCIAS, 18 de Março, 2007.
87. KEMPE CH: Sexual abuse, another hidden pediatric problem: The 1977 C. Anderson Aldrich Lecture, *Pediatrics*, 62:382-389, 1975.
88. KEMPE CH, SILVERMAN F, STEELE B, et al: Cross-cultural perspectives in child abuse, *Pediatrics*, 69(4):497-498, 1982.

89. KEMPE CH, SILVERMAN FN, STEELE B, et al: The battered child syndrome, JAMA, 181:17-24, 1962.
90. KERNS DL: Establishing a medical research agenda for child sexual abuse, Child Abuse & Neglect, 22(6):453-465, 1998.
91. KIRSCHNER RH, STEIN MD: The mistaken diagnosis of child abuse, American Journal of Diseases of Children, 139:873-867, 1985.
92. KONIAK-GRIFFIN D, LESSER J: The impact of childhood maltreatment on young mother's violent behavior toward themselves and others, Journal of Pediatrics Nursing, 11(5):300-308, 1996.
93. KRAHÉ B, et al: Childhood Sexual Abuse and Revictimization in Adolescence, Child Abuse & Neglect, 23(4): 383-394, 1999.
94. LANDE MB, RICHARDSON AC, WHITE KC: The role of syphilis serology in the evaluation of suspected sexual abuse, Pediatric Infectious Disease Journal, 11:125-127, 1992.
95. LAURITSEN AK, MELDGAARD K, CHARLES AV: Medical examination of sexually abused children: medico-legal value, J Forensic Sci, 2000.
96. LAZORITZ S: Whatever happened to Mary Ellen? Child Abuse Negl, 14:143-149, 1996.
97. LONG W, BROWN R, ICE A: Rape and adolescent, Pediatrics, 72(5): 738-741, 1983.
98. LÓPEZ RF: Abusos sexuales a menores: Lo que recuerdan de mayores, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
99. LOREDO A: Maltrato al menor, Interamericana, México, 1994.
100. LYNCH MA: Child abuse before Kempe: an historical literatures review, Child Abuse and Neglect, 9:7-15, 1985.
101. MACHADO C, GONÇALVES RA: Vitimologia e Criminologia, In: Violência e vítimas de crimes, Vol. 1, Quarteto, Coimbra, 2002.

102. MAGALHÃES T: Estudo Tridimensional do Dano Corporal: Lesão, Função e Situação. Sua Aplicação Médico-Legal, Coimbra, Almedina, 1998.
103. MAGALHÃES T: Maus Tratos em Crianças e Jovens. Coimbra: Quarteto Editora, 4^a ed, 2005.
104. MAGALHÃES T: Maus tratos em menores. Aspectos médico-legais, Boletim de Medicina Legal e Toxicologia Forense, XI(1):1-15, 1998.
105. MAGALHÃES T, et al: Child sexual abuse: a preliminary study, Journal of Clinical Forensic Medicine, 5: 176-182, 1998.
106. MAGALHÃES T, RIBEIRO C: A entrevista a vítimas de crimes sexuais, Policopiado, Curso sobre crimes sexuais, IV Congresso do Instituto Nacional de Medicina Legal, Covilhã, 2006.
107. MAGALHÃES T, VIEIRA DN: Vítimas de crimes sexuais. A intervenção médico-legal na investigação criminal, Subjúdice, 26: 7-12, 2003.
108. MANITA C: Quando as portas do medo se abrem... do impacto psicológico ao(s) testemunho(s) de crianças vítimas de abuso sexual. Actas do Encontro Cuidar da Justiça de Crianças e Jovens - A função dos Juizes Sociais; Coimbra, Almedina, 2003.
109. MAROVICH J: El niño maltratado, Ediciones Mexicanas Unidas, México, 1981.
110. MAXFIELD MG, WIDOM CS: The cycle of violence. Revisited 6 years later, Arch Pediatric Adolescent Med, 150:390-395, 1996.
111. McCAUSLAND M: Desarrollo y abuso sexuales: urgencias de adolescentes, Pediatrics Clinics of North America, 14:893-899, 1979.
112. MIAN M, WEHERSPANN W, KLAJNER-DIAMOND H, LEBARON D, WINDER C: Review of 125 children 6 years of age and under who were sexually abused, Child Abuse & Neglect, 10:223-229, 1986.
113. MILNER JS: Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil, Infancia y Sociedad, 2:5-15,1990.
114. MOREDO A: Maltrato al menor, Interamericana, México, 1994.

115. MUHAMMAD M, HAJ-YAHIA, TAMISH S: The rate of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among palestinian university students, *Child Abuse & Neglect*, 25:1303-1327, 2001.
116. MYERS JEB: Role of the physician in preserving verbal evidence of child abuse, *Journal of Pediatrics*, 109:409-411, 1986.
117. NAKASHIMA I, ZAKUS E: Incest: review and clinical experience, *Pediatrics*, 60(5):696-701, 1977.
118. NASH MR, ZIVNEY O, HULSEY T: Characteristics of sexual abuse associated with greater psychological impairment among children, *Child Abuse & Neglect*, 17:401-408, 1993.
119. NATIONAL COMMITTEE TO PREVENT CHILD ABUSE: The Results of the 1995 Annual Fifty-State Survey, Chicago, IL, April, 1996.
120. NATIONAL COMMITTEE FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE (NCPA): Child Abuse Rates Remain High, Chicago, IL, April/May, 1997.
121. NATIONAL SOCIETY FOR THE PREVENTION OF CRUELTY TO CHILDREN: Child abuse in 1987. Initial Findings from the NSPCC's Register Research, 1988.
122. NOGUEROL V: Aspectos Psicológicos del Abuso Infantil. In: Niños Maltratados, Madrid, 177-182, 1997.
123. PEARS KC, et al: Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample, *Child Abuse & Neglect*, 25(11): 1439-1462, 2001.
124. POKORNY SF: Configuration of the prepubertal hymen, *American Journal Obstetrics Gynecology*, 157:950-956, 1987.
125. PROJECTO DE APOIO À FAMÍLIA E À CRIANÇA; Relatório Final, Porto, 1997.
126. RADBILL SX: The first treatise in pediatrics, *American Journal of Diseases of Children*, 122:369-376, 1971.

127. REBELO A, et al: Les abus sexuels envers les moins de 16 ans. Analyse de 60 cas observés à l'Institut de Médecine Légale de Coimbra, *Acta Medicinae Legalis et Socialis*, 1:271-278, 1989.
128. RESICK PA: Victims of sexual assault. In: A. Lurigio, W. G. Skogan & R. C. Davis (Eds.), *Victims of crime. Problems, policies, and programs*, Newbury Park: Sage, 69-86, 1990.
129. RICCI LR: Normal forensic photography of the sexually abused child, *Child Abuse & Neglect*, 12:305-310, 1988.
130. RICCI LR, HOFFMAN SA: Prostatic acid phosphatase and sperm in the post-coital vagina, *Annals of Emergency Medicine*, 11:530-534, 1982.
131. RICCI LR, TYTELL HG: Unexpected vaginal sperm in two sexual abuse victims, *Pediatric Emergency Care*, 3:160-163, 1987.
132. RIGGS DS, KILPATRICK DG: Families and friends: Indirect victimization by crime. In: A. Lurigio, W. G. Skogan & R. C. Davis (Eds.), *Victims of crime. Problems, policies, and programs*. Newbury Park: Sage, 120-138, 1990.
133. ROIG AM, OCHOTORENA JP: *Maltrato y abandono en la infancia*, Martínez de Roca, Barcelona, 1993.
134. ROSS SM: Risk of physical abuse to children of spouse abusing parents, *Child Abuse & Neglect*, 20(7):589-598, 1996.
135. RUSSEL DEH: *Sexual exploitation: Rape, child sexual abuse, and work place harassment*, Beverly Hills, CA: Sage, 1984; WYATT GE: The sexual abuse of Afro-American and white-American women in childhood, *Child Abuse & Neglect*, 9:507-519, 1985.
136. RUSSELL DEH: The incidence and prevalence of intra familial and extrafamilial sexual abuse of female children, *Child Abuse & Neglect*, 7:133-146, 1983.
137. SÁNCHEZ FL: Abuso sexual: un problema desconocido. In: *Niños maltratados*, Diaz de Santos, Madrid, 161-167, 1997.

138. SARIOLA H, UUTELA A: The prevalence of child sexual abuse in Finland, *Child Abuse Neglect*, 18:827-835, 1994.
139. SARLES R: Incest, *Pediatrics Clinics of North America*, 22(3):633-642, 1975.
140. SHAW JA, LEWIS JE, LOEB A, ROSADO J, RODRIGUES RA: A comparison of hispanic and african-american sexually abused girls and their families, *Child Abuse & Neglect*, 25:1363-1379, 2001.
141. SHELDON H: Childhood sexual abuse in adult female psychotherapy referral: incidence and implications for treatment, *Brit J Psy*, 152:107-111, 1988.
142. SILVERMAN FN: The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants, *Am J Roentgenol*, 69:413-427, 1953.
143. SMALLY AJ: Sperm and acid phosphatase examination of the rape patient: Medicolegal aspects, *Journal of Family Practice*, 15:170-171, 1982.
144. SMITH DW, LETOURNEAU EJ, SAUNDERS BE, KILPATRICK DG, RESNICK HS, BEST CL: Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey, *Child Abuse & Neglect*, 2000.
145. SOORENTI-LITTLE L, BAGELY CAND ROBERTSON S: An operational definition of the long term harmfulness of sexual relations with peers and adults by younger children, *Canadian children: Journal of Canadian Association of Children*, 9:46-57, 1984.
146. SPENCER MJ, DUNKLEE P: Sexual abuse of boys, *Pediatrics*, 78:133-138, 1986.
147. STEELE B: The National Center in Denver, *Acta Paediatrica Scandinava*, 69(4):435-440, 1980.
148. STEWARD MS, SCHMITZ M, STEWARD DS, et al: Children's anticipation of and response to colposcopic examination, *Child Abuse & Neglect*, 19:997-1005, 1995.
149. STRAUSS P, GIRODET D: Circonstances de découverte et de diagnostic. In: *L'enfant maltraité*, Straus P, Manciaux M, Fleurus, Paris, 57-102, 1982.

150. SUZANNE L., BARKER-COLLO: Adult reports of child attributions of blame for childhood sexual abuse: predicting adult adjustment and suicidal behavior in females, *Child Abuse & Neglect*, 25:1329-1341, 2001.
151. TARDIEU A: Étude médico-légale sur les seices et mauvais traitements exercés sur les enfants, *Ann Hyg Publ Med Leg*, 13:361, 1860.
152. TAVARES S: princípios básicos do exame de sexologia forense, trabalho apresentado no 4º Congresso do INML, Covilhã, Novembro 2006.
153. TEICHER MH, et al: Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area, *Biology Psychiatry*, 2:80-85, 2004.
154. TERREROS IG: Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil, 2ª ed, Editorial Comares, Granada, 1997.
155. THARINGER D, BURROWS H, MILLEA S: Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and handicaps, *Child Abuse & Neglect*, 14:301-312, 1990.
156. THE GALLUP ORGANIZATION: DISCIPLINING CHILDREN IN AMERICA: Survey of Attitudes and Behaviours of Parents, Press Release, Princeton, NJ, 1995.
157. TILELLI JA, TUREK D, JAFFE AC: Sexual abuse of children, *New England Journal of Medicine*, 302:319-323, 1980.
158. TIPTON AC: Child sexual abuse: Physical examination techniques and interpretation of findings, *Adolescent and Pediatric Gynecology*, 2:10-25, 1989.
159. TSENG OC, SCHWARZIN HJ: Gender and race differences in child sexual abuse correlates, *International Journal of Intercultural Relations*, 14:135-161, 1990.
160. VIANO EC: Victimology Today: Major issues in research and public policy, In: Tobolowsky PM, *Understanding Victimology: selected readings*, Cincinnati, Anderson Publishing Co., 9-22, 2000.
161. WARLEY D, PETTET Y: *Child abuse. Recognition and management*, Scutari Press, London, 1997.

162. WELCH SL, FAIRBURN CG: Childhood sexual and physical abuse risk factors for development of bulimia nervosa: a community-based case control study, *Child Abuse & Neglect*, 20(7):633-642, 1996.
163. WHITE S, STROM GA, SANTILLI G, et al: Interviewing young sexual abuse victims with anatomically correct dolls, *Child Abuse & Neglect*, 10:519-529, 1986.
164. WIDOM CS, BRZUSTOWICZ: MAOA and the "cycle of violence:" child abuse and neglect, MAOA genotype and risk for violent and antisocial behavior, *Biol Psychiatry*, 60:684-689, 2006.
165. WIDOM CS, KUHNS JB: Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy: a prospective study, *American Journal of Public Health*, 86(11):1607-1612, 1996.
166. WIKIPEDIA: Child Sexual Abuse, 2007.
167. WOODLING B, KOSSORIS P: Sexual abuse: rape, molestation and incest, *Pediatrics Clinics of North America*, 28(2):539-543, 1981.
168. WOODLING BA, HEGER A: The use of the colposcope in the diagnosis of sexual abuse in the pediatric age group, *Child Abuse & Neglect*, 10:111-114, 1986.
169. WOOLEY PV, EVANS WA: Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin, *JAMA*, 158:539-543, 1955.
170. YATES A, BEUTLER LE, CRAGO M: Drawings by child victims of incest, *Child Abuse & Neglect*, 9:183-189, 1985.
171. YATES A: Children eroticized by incest, *American Journal of Psychiatry*, 4:482-485, 1982.

VIII. ANEXO

ANÁLISE DO ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS E JOVENS NO CONTEXTO INTRA E EXTRA-FAMILIAR

Ficha de Colheita de Dados

I. Identificação do Processo

1. Proc. / 2. Data perícia ____ / ____ / ____

II. Caracterização da vítima

3. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino 4. Data de nascimento ____ / ____ / ____
5. Actividade: 1. Sem actividade 2. Estudante 3. Desempregada
4. Vida profissional activa 5. Outra.....

III. Caracterização do abusador

6. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino 7. Idade à data do exame: 1. (anos) 2. Ignorada
8. Relação com vítima: 1. Pessoa desconhecida 2. Pessoa conhecida 3. Amigo/vizinho
4. Namorado(a) 5. Pai/Mãe 6.
Padrasto/Madrasta
7. Avô/Avó 8. Irmão/irmã 9. Tio/tia
10. Outro familiar..... 11. Ignorado
9. Comportamentos desviantes: 1. Sem história 2. Consumo de álcool
3. Consumo de drogas de abuso anteriores 4. Abusos sexuais
5. Comportamentos delinquentes 6. Ignorado

IV. Caracterização do abuso

10. Data do último abuso ____ / ____ / ____ 2. Ignorada
11. Intervalo entre o último abuso e o exame: 1. <48 horas 2. >2 a 8 dias
3. >8 a 30 dias 4. >30dias 5. Ignorado
12. Local do abuso: 1. Casa da vítima 2. Casa do abusador 3. Casa de ambos
4. Lugar ermo 5. Escola ou local de trabalho 6. Automóvel

7. Recinto público 8. Outro 9.
Ignorado

13. Circunstâncias do abuso: 1. Ameaças verbais 2. Violência física
3. Aliciamento 4. Ameaças com armas
5. Consentimento da vítima 6. Outro 7.
 Ignorado

14. Tipo(s) de abuso sexual:

1. Carícias sexualmente explícitas 2. Contacto entre órgãos genitais
3. Tentativa penetração vaginal 4. Tentativa penetração anal
5. Tentativa penetração oral 6. Penetração vaginal
7. Penetração anal 8. Penetração oral
9. Outra..... 10. Negada 11. Ignorado

V. Exame pericial

15. Superfície corporal: 1. lesões compatíveis com informação
2. lesões não compatíveis com informação
3. Sem lesões

16. Boca: 1. lesões compatíveis com informação
2. lesões não compatíveis com informação
3. lesões e vestígios biológicos compatíveis
4. Sem lesões mas com vestígios biológicos compatíveis
5. Sem lesões e sem vestígios biológicos

17. Ânus: 1. lesões compatíveis com informação
2. lesões não compatíveis com informação
3. lesões e vestígios biológicos compatíveis
4. Sem lesões mas com vestígios biológicos compatíveis
5. Sem lesões e sem vestígios biológicos

18. Vulva: 1. lesões compatíveis com informação
2. lesões não compatíveis com informação
3. lesões e vestígios biológicos compatíveis
4. Sem lesões mas com vestígios biológicos compatíveis
5. Sem lesões e sem vestígios biológicos

19. Vagina: 1. lesões compatíveis com informação
2. lesões não compatíveis com informação
3. lesões e vestígios biológicos compatíveis
4. Sem lesões mas com vestígios biológicos compatíveis
5. Sem lesões e sem vestígios biológicos

20. Hímen (1): 1. Edema/rubor/contusão no quadrante superior
2. Edema/rubor/contusão no quadrante inferior
3. Laceração incompleta recente no quadrante superior
4. Laceração completa recente no quadrante superior
5. Laceração incompleta recente no quadrante inferior

- 6. Laceração completa recente no quadrante inferior
- 7. Laceração incompleta não recente no quadrante superior
- 8. Laceração completa não recente no quadrante superior
- 9. Laceração incompleta não recente no quadrante inferior
- 10. Laceração completa não recente no quadrante inferior
- 11. Sem lesões

21. Hímen (2): 1. permeável 2. não permeável 3. não avaliado

22. Gravidez: 1. Sim 2. Não 3. Abortamento

23. Colheitas para estudo de DNA: 1. Corpo 2. Roupas 3.

Outra.....

4. Não

24. Colheitas para estudo toxicológico: 1. Sim..... 2. Não

25. Colheitas para estudo de microbiologia: 1. Sim..... 2. Não

26. Doença sexualmente transmissível anterior: 1. Sim..... 2. Não

3. Ignorado

27. Exame de psicologia: 1. Sim 2. Não

28. Compatibilidade entre a informação e o exame pericial:

- 1. Incompatível
- 2. Compatibilidade duvidosa
- 3. Compatível mas não demonstrável
- 4. Compatível e demonstrável
- 5. Outro.....