

PROPOSTA DE UM PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EXERCIDA CONTRA MENORES

DIANA DOS SANTOS RIBEIRO DA SILVA

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal

DIANA DOS SANTOS RIBEIRO DA SILVA

PROPOSTA DE UM PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EXERCIDA CONTRA MENORES

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Medicina Legal submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

Orientador – Doutora Maria Manuela Frederico-Ferreira
Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-orientador – Doutor José Eduardo Lima Pinto da Costa
Professor Catedrático da Universidade Lusíada do Porto

À Alice e ao Bruno,
aos meninos e às meninas
... para que nunca mais caiam no país das maravilhas.

AGRADECIMENTOS

Como filha única durante mais de 21 anos, o sentido de trabalho de grupo sempre me foi um pouco estranho. No entanto, à medida que fui realizando o meu percurso académico percebi que na realidade nunca fazemos nada sozinhos, existem pessoas a quem devemos aquilo que somos, outras aquilo que descobrimos, outras ainda aquilo que conhecemos e aprendemos. É neste espaço que demonstro o meu profundo agradecimento a todos eles.

Em primeiro lugar quero prestar um agradecimento aos meus orientadores, pois sem as suas indicações este trabalho nunca seria o mesmo. À Professora Doutora Maria Manuela Frederico-Ferreira pelo seu apoio incondicional e pela orientação crítica, minuciosa e sincera. Ao Professor Doutor José Eduardo Pinto da Costa pela sua simplicidade e sensatez, pelo seu característico modo de ensinar, pela sua imensa sapiência e ainda pela análise pertinente dos conteúdos propostos. Enfim, foi um privilégio inigualável tê-lo conhecido.

Não posso deixar de prestar um agradecimento especial à Professora Doutora Maria José Pinto da Costa, pois sem ter sido orientadora desta dissertação foi sem dúvida a minha mentora no decurso da pós-graduação e mestrado. Desde o primeiro dia, sempre disponível, sempre atenta, sempre diligente. É com profundo reconhecimento que admiro a mulher, a professora e a médica.

Agradeço ainda à Dr.^a Paula Garcia, ao Dr. Camilo de Oliveira, ao Dr. Fernando Moura, à Dr.^a Sónia Santos e ao Educador Dias pelo contributo inestimável que prestaram na elaboração deste estudo.

Fora do âmbito directo deste mestrado, não posso deixar de agradecer a todos aqueles que foram meus professores, em especial à professora Alice, ao professor Aníbal, ao Professor António Conceição, às professoras Celeste Aleixo e Celeste Lebre e à professora Maria João Teles e a todos aqueles autores, investigadores e escritores que aprecio e admiro, pois de certa forma foram eles a base dos conhecimentos e das escolhas que fui fazendo ao longo da vida. Obrigada ainda a todos os meus pacientes, especialmente aos mais pequenos, com quem tive o privilégio de aprender pelas suas histórias e questões singulares.

Um obrigada a todos os meus amigos, em especial às amigas de infância Joana Vale e Maria João, por estarem sempre presentes durante todas as vicissitudes do meu

crescimento. Ao clã das vespas, a Lúcia, a Graça, o Fernando e o Ribas, e claro o Paulo e o Tiago, agradeço a vossa inestimável amizade nortenha e ainda a ajuda que sempre disponibilizaram nas minhas dúvidas irremediáveis de informática.

Um obrigada muito sincero à minha família, em especial ao meu avô Abílio e à Mimi, pela ajuda que me deram na construção da minha personalidade. Com eles aprendi que a vida se faz de bons e maus momentos e do significado único que cada de nós lhes atribui.

Um obrigada ao Miguel com quem posso partilhar, apesar das nossas divergências, sempre construtivas, o sentido da palavra família.

Deixei ficar para o fim, propositadamente, um obrigada gigante à Inês e ao Luís. Inês, obrigada por me fazeres sair do computador para pintar, desenhar, recortar, colar e brincar. Luís, obrigada pelas tuas sextas, pelo teu despertar e pelo teu sorriso. Obrigada aos dois pelas tardes que passamos na natureza e pelos momentos de pura felicidade que partilhamos a cada dia. Obrigada aos dois por me *organizarem* a agenda e por me relembrarem, sempre, que não há nada mais importante na vida que os vínculos e os afectos.

ÍNDICE

Pág.

Resumo/Abstract/Résumé	6
------------------------------	---

I - INTRODUÇÃO	9
----------------------	---

II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Enquadramento conceptual	13
2. Alguns dados epidemiológicos	18
3. Desenvolvimento da Sexualidade infantil	21
4. Factores de vulnerabilidade - Modelos explicativos das agressões sexuais a menores	26
5. Agressores sexuais de menores	29
6. Modelos explicativos dos efeitos das agressões sexuais a menores – Sintomatologia/Consequências	32
7. Dinâmicas agressivas – Síndrome do segredo	36
8. Prevenção das situações de violência sexual exercida contra menores	39

III - PROPOSTA DE UM PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EXERCIDA CONTRA MENORES

1. Material e métodos	42
2. Plano nacional de prevenção de violência sexual exercida contra menores	45
3. Discussão	53
4. Conclusão	99

BIBLIOGRAFIA

Anexos

RESUMO

A violência sexual exercida contra menores é um fenómeno tão antigo como o próprio Homem e atravessa transversalmente todas as classes sociais, profissionais e culturais, fazendo vítimas de todas as idades, silenciadas a todo o momento.

A presente dissertação explora a temática das agressões sexuais a menores, tendo como objectivo geral a apresentação de uma proposta de um plano nacional de prevenção desta forma particular de mau trato infantil. Começa-se por uma revisão bibliográfica alargada, que serve de intróito ao estudo empírico efectivado. A investigação firma-se na realização de sete entrevistas semi-estruturadas a profissionais de diferentes áreas e experientes no domínio da violência sexual. O tratamento dos dados obtidos consiste numa análise de conteúdo da informação qualitativa recolhida que, em combinação com a literatura de base e a consulta de determinadas propostas e programas nacionais e internacionais, culmina com a apresentação de uma proposta concreta de um plano nacional de prevenção de violência sexual exercida contra menores.

Este estudo produz assim uma contribuição importante para compreensão e prevenção das agressões sexuais a menores enquanto ilícito penal e, mais especificamente, da pedofilia enquanto doença do foro psicopatológico, demonstrando que é essencial o investimento governamental numa prevenção holística e de raiz, que mobilize toda a sociedade portuguesa, com o intuito de reduzir a incidência e prevalência de menores sexualmente agredidos bem como a incidência e prevalência de agressores sexuais de menores.

Palavras-chave: violência sexual, pedofilia, menor, agressor, prevenção

ABSTRACT

Sexual violence carried out against minors is a phenomenon as old as Man himself and transversally crosses every social, professional and cultural class by making victims of all ages, silenced all the time.

The following dissertation explores the thematic of minor's sexual abuse, having as its generic objective the presentation of a national plan proposal to prevent, in this particular way, child maltreatment. The initial enlarged bibliographic research is used as an introduction to the study performed. The research is based upon the realization of seven semi-structured interviews to professionals from different fields and experienced in the field of sexual violence. The processing of the data obtained consists of a content analysis of qualitative information collected, which in combination with the basic literature and consultation of certain proposals and national/international programs, culminating with the presentation of a concrete proposal for a national plan on sexual violence prevention exercised against minors.

This study thus makes an important contribution to understanding and preventing sexual abuse of minors as a criminal offense and, more specifically, pedophilia as a disease of the psychopathology bar, demonstrating the importance of the government investment in a holistic root-based prevention to mobilize all the Portuguese society, in order to reduce the incidence and prevalence of sexually abused children as well as the incidence and prevalence of sexual offenders against minors

Keywords: sexual violence, pedophilia, minor, aggressor, prevention

RÉSUMÉ

La violence sexuelle exercée à l'encontre des mineurs est un phénomène aussi ancien que l'Homme lui-même et son parcours est transversal à toutes les classes sociales, professionnelles et culturelles, tout en faisant victimes de toutes âges silencieuses en permanence.

La présente dissertation explore la thématique de l'agression sexuelle sur mineurs tout en ayant comme objectif la présentation d'une proposition générale d'un plan national de prévention de cette forme particulière de mauvais traitement d'enfants. On débute par une révision bibliographique élargie servant d'introduction à l'étude empirique effectuée. L'investigation se fonde dans la réalisation de sept interviews partiellement structurées dirigées à des professionnels de différents secteurs et ayant de l'expérience dans le domaine de la violence sexuelle. Le traitement des données obtenues, consiste dans l'analyse du contenu de l'information qualitative recueillie, laquelle, en combinaison avec la littérature de base et la consultation de certaines propositions et programmes nationaux et internationaux, culmine avec la présentation d'une proposition concrète d'un plan national de prévention de la violence sexuelle exercée contre des mineurs.

Cette étude produit ainsi une contribution importante pour la compréhension et prévention des agressions sexuelles sur des mineurs en tant qu'illicite pénal et, plus en détail, de la pédophilie en tant que maladie du for phsico pathologique, montrant qu'il est essentiel l'effort gouvernemental dans le cadre d'une prvention holistique g  n  ine, capable de mobiliser toute la soci  t   portugaise, avec l'objectif de r  duire l'incidence et la pr  valence de mineurs sexuellement agr  ss  s ainsi comme l'incidence et la prevalence d'agresseurs sexuels de mineurs.

Mots – clefs: violence s  xuelle, p  dophilie, mineur, agresseur, prevention

I - INTRODUÇÃO

A infância enquanto período desenvolvimental de especial relevância para a construção da personalidade do sujeito foi um facto ignorado até cerca da segunda metade do século XIX, início do século XX (DeMause, 1991), altura em que diversos autores desenvolveram as suas teorias do desenvolvimento infantil (Sprinthall & Sprinthall, 1993). De facto, a percepção que hoje temos da infância sofreu inúmeras transformações ao longo dos séculos mas, para que este longo percurso de metamorfoses de valores e reflexões fosse possível, foram necessárias profundas modificações sociais, culturais e de sensibilidades (Canha, 2002, Sanderson, 2005 e Alberto, 2006).

Apesar da vivência da infância nunca ter sido tão enaltecida como na actualidade, também é verdade que cada vez mais são acentuadas as vulnerabilidades próprias dos menores, quer pelo afastamento precoce das figuras parentais de vinculação, associado à dinâmica economicista das sociedades modernas (Brazelton & Greenspan, 2002; Azevedo & Maia, 2006), quer pelo acesso fácil e nem sempre seguro às novas tecnologias (Sanderson, 2005, sítio da Microsoft), quer ainda por aquilo a que Barudy (1998) denominou de *pedofilização social*, que se caracteriza pela utilização amiúde da imagem da criança nas campanhas publicitárias e em toda a espécie de programas televisivos ou cinematográficos.

Ou seja, na realidade nunca a infância foi tão cuidada e valorizada como actualmente, onde finalmente reconhecemos a individualidade e os direitos próprios da criança, mas infelizmente este facto não impede que muitas delas continuem a estar em risco e perigo, vítimas de maus tratos de toda a índole, incluindo obviamente a sexual (Canha, 2002, Sanderson, 2005; Azevedo e Maia, 2006 e Alberto, 2006).

A agressão sexual a menores acompanhou a história do próprio Homem, continuando no presente a ser uma prática comum, com representatividade transversal em todas as classes sociais (Wolfe & Birt, 1997). No entanto, na antiguidade este tipo de práticas não era conotado negativamente, pelo que em muitas sociedades era um acontecimento do domínio público e até mesmo uma prática aceite, normativa e incentivada (Magalhães, 2002; Canha, 2000; DeMause, 1991; Sanderson, 2005; Alberto, 2006; Fávero, 2003). Porém, na actualidade, um dos problemas mais angustiantes deste fenómeno é sem dúvida a questão do *segredo* (Furniss, 1993), que acarreta dificuldades acrescidas na prevenção e intervenção neste tipo de criminalidade e no próprio conhecimento da dimensão desta problemática, conduzindo, com elevada frequência, a que a vítima oculte sistematicamente e peremptoriamente um crime que na realidade é do outro (Fávero, 2003). Diversos autores concordam que apenas 10% dos casos de agressões sexuais a

menores são denunciados e desta fracção uma percentagem mínima é conduzida a julgamento e declarada culpada (Wolfe, 1998; Sanderson, 2005).

Apesar de existirem iniciativas pontuais de compreensão desta temática e de, tempos a tempos, a questão das agressões sexuais a menores ser levantada pela comunicação social, como aconteceu no Caso da *Casa Pia*, e mais actualmente com o *Escândalo da pedofilia na Igreja Católica* (Paulino, 2009), na verdade em Portugal, como noutros países, este tema nunca foi tratado de raiz, de forma holística e global. Tendo conhecimento dos efeitos e consequências traumáticas para as vítimas e ainda dos dados epidemiológicos que acompanham esta problemática, parece-nos premente a necessidade de, por um lado compreender melhor este fenómeno, e por outro arranjar estratégias efectivas na sua prevenção. Como nos refere Fávero (2003), a violência sexual exercida contra menores é um problema de toda a sociedade, pelo que todos nós devemos estar preparados para o prevenir, reconhecer e enfrentar.

Dadas estas premissas basilares, o objectivo geral da presente dissertação, e título da mesma, é a apresentação de uma proposta de um plano nacional de prevenção de violência sexual exercida contra menores adaptado à realidade portuguesa que, por sua vez, tenha como finalidade a diminuição da incidência e prevalência de menores sexualmente agredidos/agressores sexuais de menores.

As motivações dos ofensores para agredirem sexualmente um menor podem ser inúmeras, mas os estudos indicam-nos que, na maioria dos casos, a base deste tipo de violência é a presença de pedofilia (Sanderson, 2005, Abel & Harlow, 2001). A pedofilia enquanto perturbação mental está enquadrada na DSM IV (1994) nas parafilias e, em consonância com este mesmo manual, na presente dissertação é sempre apresentada a terminologia *sujeito com pedofilia*, ao invés do termo *pedófilo*, excepto nas denominações de autor, sendo ainda nossa preocupação constante a distinção entre a base psicopatológica e a acção ilícita. Ou seja, apesar da maioria dos ofensores sexuais de menores serem sujeitos com pedofilia, nem todos os sujeitos com esta desordem agridem sexualmente menores. Deste modo, torna-se urgente a clarificação de conceitos para uma correcta aplicação conceptual e para uma definição objectiva de medidas preventivas específicas para cada uma das situações concretas, respeitando sempre a individualidade da abordagem terapêutica e legal mas sem esquecer a necessidade de articulação sistemática destas duas doutrinas.

De salientar ainda que no presente estudo são sempre utilizados os termos *Agressão Sexual* ou *Violência Sexual* ao invés do termo *Abuso Sexual* (excepto nas citações de autores). Como nos diz o Professor Doutor José Eduardo Pinto da Costa nas suas aulas de sexologia forense, o termo *abuso* pressupõe a repetição reiterada de um acto, que, neste caso, mesmo que singular é, por si só, um ilícito punido por lei e uma acção

moralmente condenável, com repercussões físicas, desenvolvimentais, sociais e afectivas para aquela criança. O termo *Agressão Sexual*, por outro lado, é mais verdadeiro e congruente com esta problemática. O segundo termo - *Violência Sexual* - parece-nos ainda mais eficaz e realístico quando analisamos epistemologicamente a raiz de cada um dos termos: abuso, agressividade e violência.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes essenciais. Uma primeira parte que engloba uma fundamentação teórica alargada, que passa em revista uma diversidade de conceitos, dados epidemiológicos, teorias e modelos associados e relacionados com a problemática da agressividade sexual exercida contra menores em geral e da pedofilia em particular.

A segunda parte da actual dissertação é composta pela nossa contribuição para a investigação neste âmbito. Primeiramente é feita a operacionalização do estudo empírico, com a descrição dos aspectos metodológicos e a caracterização dos participantes, sendo que a investigação propriamente dita consiste numa análise qualitativa de conteúdo, de um total de sete entrevistas semi-directivas, realizadas a profissionais de diferentes áreas e experientes no domínio do crime sexual. No capítulo seguinte é apresentada a nossa proposta de um plano nacional de prevenção de violência sexual exercida contra menores e, posteriormente é realizada a discussão de cada um dos objectivos indigitados no plano, com base na literatura específica, nas propostas nacionais e internacionais e ainda nas indicações dos entrevistados.

A terminar a presente dissertação são apresentadas as conclusões da análise científica efectuada, onde é declarada a nossa contribuição para o conhecimento científico na área da violência sexual exercida contra menores, em especial para a sua prevenção e ainda as inevitáveis limitações do estudo, com a sugestão de futuras investigações pertinentes neste domínio.

II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

“A história da violência exercida sobre a criança, ao longo dos tempos, confunde-se com a história da própria humanidade. Quanto mais recuamos no tempo, maiores são as atrocidades cometidas contra as crianças.” (Canha 2002, p. 18).

DeMause (1991) considera a história da criança dividida em seis fases: fase do *infanticídio* (desde a antiguidade até ao século III); fase do *abandono* (do século IV ao século XIII); fase de *ambivalência* (do século XIV ao século XVII); fase de *intrusão* (século XVIII); fase de *socialização* (século XIX e primeira metade do século XX) e fase de *ajuda* (a partir da segunda metade do século XX).

Na antiguidade, nos países dos cinco continentes, estão documentadas diferentes formas de violência sexual exercida contra menores, que englobavam, entre outros, o incesto, a prostituição, a venda de crianças a prostíbulos, o concubinato infantil, a pederastia de rapazes, a castração e os casamentos incestuosos (Sanderson, 2005; Fávero, 2003; Canha, 2000).

Ariès (1973, cit. in Fávero, 2003) refere que na Europa, nos séculos XVI e XVII, a sexualidade era abordada diante das crianças em total liberdade. No entanto, com a crescente valorização social e cultural do casamento, começou-se a acreditar que as crianças deviam ser preparadas para a castidade. Desta forma, os adultos controlavam a linguagem, impediam os jogos sexuais e a masturbação, obrigavam rapazes e raparigas a usarem calções por baixo das saias e calças e controlavam as amas para que não iniciassem sexualmente as crianças.

No entanto, apesar da sociedade ter feito grandes progressos no modo como percepciona a infância, muitas barbaridades continuam a ser cometidas contra menores. Disto são exemplos a violação de crianças virgens para “purificação e tratamento” do SIDA, a masturbação de rapazes para que “durmam melhor e se tornem mais másculos”, o incesto, a venda de menores para prostituição, o casamento incestuoso, a mutilação genital feminina, a prostituição e a pornografia infantil (Sanderson, 2005; Fávero, 2003; Canha, 2000). Todas estas práticas não diferem muito do que acontecia na antiguidade, a grande diferença está sobretudo na sua menor frequência mas, por outro lado, no seu maior secretismo.

O primeiro autor a reconhecer a elevada frequência e gravidade das agressões sexuais a menores foi Freud (Barudy, 1998), descrevendo pormenorizadamente os efeitos psicológicos e traumáticos destas experiências, relacionando-os com a histeria. Contudo, mais tarde, o autor veio reformular esta sua teoria defendendo que as recordações eram muitas das vezes resultantes da fantasia e da não resolução edipiana – muitos pensam que esta mudança esteve relacionada com a elevada pressão e escândalo social das suas primeiras conclusões. Esta postura de Freud teve graves

repercussões para as vítimas e gerou, durante várias décadas e ainda hoje, crenças erradas mas muito enraizadas sobre esta temática – especialmente: que as crianças seduzem o adulto (Teoria da sedução), logo são também elas culpadas; que a denúncia é muitas das vezes produto da fantasia da criança; entre outras.

Depois de Freud muitos outros estudos se seguiram, no entanto Salter (1992, cit. in Fávero, 2003) numa revisão, demonstra que ao longo dos tempos a questão das agressões sexuais a menores passou por momentos de elevado interesse e preocupação, seguidos de momentos de repressão e desinteresse, onde muitas crenças e mitos erróneos se instalaram e agravaram. Contudo, Finkelhor (1994) numa revisão de estudos internacionais, demonstra que esta é uma realidade internacional e, um ano depois, López (1995), num estudo exaustivo, chegou à conclusão que o incesto era proibido em mais de cinco mil culturas diferentes.

Foi a maior abertura em relação à temática da sexualidade, conseguida nas décadas de 60 e 70, que gerou condições para que se debatesse com clareza as experiências sexuais, incluindo as infantis (López, 1995; Pinto da Costa, 1991). Finkelhor (1979) fala mesmo no *redescobrimento* da agressão sexual a menores pelos profissionais liberais e pelos académicos. Todavia, apenas a partir da segunda metade da década de 70, estudos epidemiológicos revelaram dados verdadeiramente preocupantes da prevalência deste tipo de crime, os seus efeitos traumáticos e as suas características. A questão da agressão sexual de menores começou então a ser denunciada e a tornar-se um problema de interesse público (Machado, 2002; Magalhães, 2002, Fávero, 2003). Graças a toda esta movimentação, houve alteração da legislação em diferentes países e foram criadas inúmeras associações de estudo, prevenção e apoio às vítimas (Fávero, 2003).

Não obstante, a agressão sexual de menores, enquadrada na temática dos maus tratos a menores, continua a ser um termo bastante complexo de definir, uma vez que para definir este conceito final, é peremptório definir três conceitos prévios: criança, sexualidade infantil e agressão sexual (Sanderson, 2005).

O termo *criança* e a sua limitação temporal continuam a suscitar muita discussão na comunidade científica. Mesmo quando se considera apenas a idade cronológica, existem variações abismais de cultura para cultura, alguns consideram que se é criança até aos 21 anos, outros até aos 18, 16, 13 e até menos (Sanderson, 2005). Se considerarmos a conjugação da idade cronológica com a idade mental aí as variações são ainda mais profundas, diríamos mesmo individuais.

Por seu turno, a sexualidade infantil pressupõe actividades e manifestações sexuais que podem ser vividas individualmente ou em conjunto. No âmbito individual devem ser espontâneas, não sendo obrigatório manifestarem-se ou manifestarem-se de igual modo em todas as crianças. No caso das actividades serem vividas em conjunto, devem ser

sempre voluntárias no princípio, meio e fim e a diferença de idades não deve ser significativa. Se a diferença etária for grande, estamos a falar em crianças com motivações, força física e poderes muito diferentes, o que tornaria a relação desigual e já não se poderia enquadrar nas práticas sexuais desenvolvimentais na infância. Preenchendo estes critérios (igual desenvolvimento, idade semelhante e consentimento mútuo) a duração e a repetição destes actos pode ser extensa, sem que tal constitua motivo de preocupação. Quando se trata de casos onde há obsessão e compulsão de comportamentos sexuais, e de onde, inclusivamente, resultem danos físicos (mesmo que infligidos pelo próprio) a situação é diferente e deve ser analisada com especial cuidado (Fávero, 2003; Sanderson, 2005).

Relativamente ao espectro de comportamentos que podem ser tidos como sexuais e agressivos, estes são muito abrangentes e academicamente podem estar divididos em comportamentos agressivos com e sem contacto (Sanderson, 2005):

- Comportamentos sem contacto: aliciar a crianças (maneira frequente pela qual o agressor selecciona e prepara a criança para futuras práticas sexuais – processo subtil, meticuloso e ardiloso de sedução que pode durar vários meses); aliciar crianças via Internet (este tipo está a ganhar contornos mais abrangentes, o processo de sedução e os pressupostos são idênticos ao anterior mas não há, nesta fase, contacto físico, o que torna difícil a tipificação criminal); invadir de maneira inapropriada o espaço da criança; insistir em comportamentos ou roupas sexualmente sedutores; estimular a nudez; fazer comentários verbais de natureza sexual; despir-se na frente da criança; forçar a criança a partilhar a mesma cama com o adulto; obrigar o menor a tomar conhecimento e/ou a presenciar conversas, escritos obscenos, espectáculos, objectos pornográficos; expor a genitália deliberadamente (exibicionismo); observar a criança, de maneira inapropriada, quando ela se despe ou usa a casa de banho; encorajar a criança a assistir a actos sexuais ou a ouvi-los; fotografar/filmar a criança para ratificação sexual ou para uso pornográfico posterior; drogar a criança a fim de a fotografar em poses sexualmente provocantes ou como prelúdio da violência sexual; usar de comportamento evidentemente sexual na presença da criança; expor a criança à pornografia, para a dessensibilizar (parte poderosa do processo de aliciamento); filmar a criança em poses sexualmente explícitas; coagir a criança a participar de um círculo de pedofilia; fazer com que a criança recrute outras crianças para o agressor sexual (Sanderson, 2005; Canha, 2000 e Magalhães, 2002).

- Comportamentos com contacto: beijar a criança de boca aberta de maneira inapropriada; excitar a criança com toques e carícias; tocar os genitais ou as partes íntimas de uma criança para prazer sexual; fazer a criança tocar os genitais de outra pessoa; brincar jogos sexuais; masturbar a criança; fazer com que ela masturbe o

agressor ou que ambos se masturbem; praticar sexo oral (na criança, no agressor, mútuas); ejacular na criança; colocar objectos, doces, pequenos brinquedos na abertura vaginal/rectal da criança e depois tirá-los; introduzir na vagina ou no ânus objectos, inclusivamente usados por adultos; penetrar o ânus com os dedos; penetrar o ânus com o pénis (sodomia); penetrar a vagina com os dedos ou com o pénis; colocar o pénis entre as coxas de uma criança e simular o coito; forçar a criança a participar em actividades sexuais com outros adultos ou crianças; coagir a criança a participar num circulo de pedofilia; filmar a actividade sexual da criança com adultos ou crianças; forçar a criança a praticar actividade sexual com animais (bestialidade) e outras práticas sexuais aberrantes (Sanderson, 2005).

Existem, portanto, uma diversidade de definições possíveis, dependentes de aspectos culturais e sociais, que assim balizam o normal e o patológico, o aceitável e o punível, o que dificulta uma definição única que seja universalmente aceite (Fávero, 2003; Sanderson, 2005 e Alberto, 2006).

No entanto, os autores são unânimes ao considerarem a agressão sexual como uma forma de violência activa, pressupondo o envolvimento do menor em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto, que se encontra numa posição de poder ou autoridade (Canha, 2000; Alberto, 2006). O menor, dado o seu estadio de desenvolvimento, não consegue compreender e não está preparado para tais práticas que violam a lei, os tabus sociais e as normas familiares, sendo incapaz de dar o seu consentimento (Magalhães, 2002). Browne e Finkelhor (1986 cit. in Alberto) destacam ainda o carácter coercivo da situação e Alberto (2006) acrescenta que a agressão sexual advém da necessidade de gratificação do adulto, incorporando uma dimensão física e uma dimensão psicológica (Alberto, 2006).

Em Portugal, o Código Penal no seu capítulo V, faz alusão aos crimes sexuais. A secção I contempla os crimes contra a liberdade sexual e a secção II (artigo 171º a artigo 179º) os crimes contra a autodeterminação sexual, onde se enquadra o abuso sexual de menores (abuso sexual de crianças, abuso sexual de menores dependentes, actos sexuais com adolescentes, recurso à prostituição de menores, lenocínio de menores e pornografia de menores).

Esta diferenciação entre crimes contra a autodeterminação sexual e crimes contra a liberdade sexual é de toda a relevância, uma vez que coloca a questão central não no consentimento da vítima, ou na coacção pela força ou intimidação, mas sim na sua imaturidade desenvolvimental e na incapacidade de consentir (o que vai ao encontro da literatura). Em última instância, trata-se de uma situação de abuso do diferencial de poder entre um adulto e uma criança, que, pela sua imaturidade é incapaz de se autodeterminar.

Ainda neste domínio, estão previstas agravantes nos casos dos actos serem praticados por ascendentes, adoptantes, parentes, ou por alguém com uma relação de tutela ou curatela, de dependência hierárquica e/ou económica com a criança. O agressor pode ainda ser inibido do exercício do poder paternal, de tutela ou curatela; ou ser proibido do exercício da sua profissão, função ou actividade que implique ter menores sob sua responsabilidade, educação, tratamento ou vigilância.

As penas também são agravadas se o agressor for portador de doença sexualmente transmissível, se resultar gravidez, ofensa à integridade física grave ou transmissão de agente patogénico que crie perigo para a vida suicídio ou morte da vítima.

Não obstante, no nosso ponto de vista, existem algumas falhas na legislação, nomeadamente na não contemplação de muitas formas de violência sexual sem contacto; na não especificação da denominação *actos sexuais de relevo*; na demarcação rígida de idades; no desagravamento das penas à medida que aumenta a idade da criança; na distinção da prática de lenocínio, quando, no nosso entender e no seguimento da linha orientadora do legislador, entra em contradição com o que é definido como crimes contra a autodeterminação sexual.

Para concluir este tema, acrescentamos ainda que, no nosso ponto de vista, perde-se demasiado tempo na tipificação das agressões sexuais quando, na verdade, o fundamental não é definir se os actos praticados pelo agressor são com ou sem contacto ou, como escreve o legislador, se os actos sexuais são ou não de *relevo*. No nosso entender, o mais importante e preocupante, independentemente do tipo de prática utilizada pelo agressor, é o engodo à criança, a invasão astuciosa e ardilosa da sua intimidade e a destruição da sua segurança e confiança, necessidades básicas e primárias na sustentação de uma personalidade.

2. ALGUNS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Apesar de existirem diversas publicações em diferentes países, com números que alarmam todo o cidadão comum e a comunidade médica, técnica e científica, a verdade é que os estudos que procuram retratar epidemiologicamente a questão das agressões sexuais a menores estão à partida, e por diferentes motivos, sujeitos a importantes enviesamentos (Fávero, 2003, Sanderson, 2005).

As dificuldades mais sentidas pelos investigadores passam: pelo enviesamento de amostras; pelo isolamento de variáveis; pela questão do *segredo*; pela multiplicidade de actos a serem considerados ou não como agressivos; pela existência de muitos mitos e falsas crenças em torno da questão; pela frequente não denúncia de casos por parte dos técnicos; pela baixa incidência de processos que transita em julgado e ainda pela baixa incidência na condenação dos alegados agressores (Abel e Harlow, 2001, Fávero, 2003).

Todas estas limitações levam a comunidade científica a crer que apenas conhecemos 10% de todos os casos de agressões sexuais a menores, os restantes 90% não chegam sequer a ser denunciados, o que faz com que continuemos a ter um conhecimento muito limitado desta problemática, o que explica, igualmente, a variabilidade de resultados que se encontra nos diferentes estudos (Machado, 2002).

Não obstante, é sabido que as agressões sexuais a menores são um fenómeno transversal nas classes sociais (apesar de haver maior percentagem de denúncia nos meios mais desfavorecidos), sendo que geralmente os agressores são do sexo masculino, na sua maioria (87% dos casos) pais ou substitutos, amigos e conhecidos da família (Furniss, 1987; Wolfe & Birt, 1997; Abel e Harlow, 2001). Contudo, produções científicas recentes (Elliott 1993, cit. in Sanderson, 2005), mostram que as mulheres também agridem sexualmente crianças (20 a 25% dos casos), sendo que cerca de 85% são conhecidas da criança (mães, madrastras, avós, professoras, amas,...) e muitas das vezes actuam em conjunto com os agressores masculinos (em 20% dos casos).

Diversos estudos (Spencer e Nicholson, 1988, cit. in Machado, 2002; Wolfe *et al.*, 1988, cit. in Machado e Wolfe e Birt, 1997) apontam para que nos casos das agressões serem intrafamiliares, a agressão tende a ter um início mais precoce, a durar mais no tempo, a recair mais sobre as raparigas, com actos sexuais de gravidade crescente, sendo, geralmente, mais severa e intrusiva. Nestes casos os actos tendem a ocorrer em casa do agressor e/ou vítima (Costa, 1990 e Oliveira e Santos, 1993 cit. in Fávero, 2003). No caso da violência ser perpetrada por desconhecidos, geralmente constitui-se num acto isolado, que ocorre num espaço aberto, na entrada de casa ou em veículos automóveis.

Quanto à idade média dos agressores os estudos não são conclusivos, sabe-se, no entanto, que a maioria é adulto, na casa dos 20, 30 e 40 anos. Todavia, existem

agressores adolescentes e idosos (Finkelhor, 1984; Fávero, 2003). Estudos recentes apontam mesmo para uma prevalência elevada de agressores sexuais adolescentes (Salter, 2003, cit. in Sanderson, 2005; James e Neil, 1996, cit. in Fávero, 2003).

A investigação, no geral, defende que a idade média de início da vitimização se situa entre os 4 e os 12 anos (López *et al.*, 1994; Sanderson, 2005), apesar de muitas crianças poderem ser agredidas antes ou depois desta data, existindo mesmo casos de violência sexual cometida contra recém-nascidos. Porém, os autores são unânimes em referir que a situação agressiva tende a cessar na adolescência, quer por maior informação, capacidade cognitiva e crescente resistência e ameaça de denúncia por parte da vítima (Wolfe *et al.*, 1988, cit. in Machado, 2002), quer pelo desinteresse do próprio agressor e pelo medo de uma gravidez (Sanderson, 2005).

No que diz respeito às vítimas, diversos estudos apontam para que a maioria (cerca de 73%) pertence ao sexo feminino (Finkelhor, 1994; López *et al.*, 1994). No entanto, outros autores referem que os homens, por razões de socialização, tendem a ocultar mais este crime, o que pode ser um factor que enviesasse estes dados (Brassard e McNeill, 1987; Nasjleti, 1980, cit. in Fávero, 2003).

Relativamente a outros aspectos, os estudos apontam para que as crianças mais vulneráveis (depressivas, carentes, de pais divorciados, institucionalizadas, a viverem em famílias de acolhimento e adoptivas...) são as mais vitimizadas, por serem mais facilmente instrumentalizadas para satisfazer as necessidades sexuais do agressor (Conte *et al.*, 1989, cit. in Fávero, 2003; Waller e Lindsay, 1990, cit. in Fávero, 2003).

Apesar destes dados, a literatura é concordante em referir que as crianças de todas as idades, classes e meios são potenciais vítimas de agressão sexual durante a infância.

No que diz respeito à revelação e denúncia, Wolfe (1998) refere que apenas 30 a 40% dos casos de violência sexual são denunciados durante a infância. As crianças que mais facilmente denunciam as agressões sexuais são geralmente: mais velhas, agredidas mais tardiamente, as que percebem os progenitores como mais receptivos e as que são vítimas de agressão extrafamiliar. Contudo, as dúvidas e receios das vítimas podem levar a que a criança adie a sua revelação durante anos. Sas *et al.* (1995, cit. in Machado, 2002) encontram um tempo médio entre o início da agressão sexual intrafamiliar e a revelação de 2,6 anos.

Diversos estudos demonstram que as carícias sexuais estão entre as práticas mais utilizadas (p.e. López *et al.*, 1994). Quanto às estratégias utilizadas pelos ofensores, estas são diferentes em cada caso e muitas das vezes não englobam violência física (o que dificulta a prova forense essencial para a condenação) mas sim rituais comportamentais de sedução e aliciamento, convencendo a criança a participar na agressão (Pinto da Costa, 1991; Furniss, 1993; Cantón Duarte, 2000 cit. in Fávero, 2003).

Em síntese, podemos salientar que não há perfil definido nem para vítimas nem para agressores, o que dificulta a prevenção. Apesar de diversos autores destacarem certo tipo de características (como doença mental da mãe, mãe/pai agredidos sexualmente nas suas infâncias, violência familiar, isolamento social da família,...) não esquecem que qualquer criança pode ser vítima. A respeito do agressor, os numerosos estudos internacionais e nacionais remetem-nos para o mesmo facto, os agressores não têm qualquer característica social típica nem um comportamento público identificado.

3. DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE INFANTIL

Durante muitos séculos negou-se a sexualidade infantil, sendo que qualquer teoria que focasse o interesse ou a capacidade sexual das crianças era atacada ou perseguida, por afrontar a moral dos menores, que culturalmente eram considerados puros (Broderik, 1973, cit. in Fávero, 2003).

Os pioneiros do estudo da sexualidade foram Havellok Ellis (*Estudos sobre a psicologia e o sexo*) e Sigmund Freud (*Três ensaios para uma teoria da sexualidade*), com descrições das manifestações sexuais do indivíduo desde o nascimento, realçando, entre outros, a importância da sexualidade infantil e a sua influência na sexualidade adulta (López & Fuertes, 1997, cit. in Fávero, 2003).

Apesar destes estudos e de muitos outros mais recentes, continua a haver uma tendência da sociedade para negar a sexualidade infantil. Contudo, López & Fuertes (1997, cit. in Fávero, 2003) e Félix (1995, cit. in Marques, et al., 2002), referem, peremptoriamente, que somos biofisiologicamente sexuados e que a sexualidade se manifesta desde o início da nossa vida, com formas de expressão e interesses particulares que acompanham o desenvolvimento global de cada indivíduo, tendo em conta a sua idade, cultura e estado físico geral.

Diversos autores defendem que a maioria das crianças participa em actividades sexuais antes da puberdade, explorando o seu corpo e em alguns casos o corpo de outras crianças (Finkelhor, 1980, cit. in Fávero; Sanders, 2005), podendo chegar a sentir atracção e prazer sexual (Fávero, 2003; Sanders, 2005).

As principais razões apontadas na literatura para que estas práticas desenvolvimentais ocorram são: a imitação de comportamentos de pares e adultos; a curiosidade sexual; o desejo de conhecerem o seu corpo e o corpo de outros e ainda o prazer que as crianças buscam intencionalmente da exploração sexual (Wiehe e Herring, 1991, cit. in Fávero, 2003; Fávero, 2003; Marques et al., 2002; Brazelton, 2002).

No seguimento, Sanderson (2005) especifica que as crianças podem aprender sobre a sexualidade pela maneira como são tocadas, acariciadas, seguradas, afagadas e cuidadas; por meio da exploração de si próprias e da aprendizagem de sensações; pela orientação dos pais; por meio de palavras que os pais usam ou não para se referirem a partes do corpo; pela observação de como os membros da família expressam afecto uns pelos outros e pelas reacções do semblante perante sensações sexuais. Outros autores (Gonçalves, 1988, cit. in Fávero, 2003; Mazzota, 1995 cit. in Fávero, 2003), enfatizam que é através da situação protegida do jogo sexual que as crianças aprendem a reconhecer a sua própria sexualidade, o seu corpo, os seus sentimentos e afectos e a solucionar os conflitos que desencadeiam essas descobertas e vivências.

Marques *et al.* (2002) defendem que a sexualidade infantil e a sexualidade no adulto, apesar de apresentarem alguns aspectos semelhantes, como a procura de prazer e comunicação, o desejo do conhecimento do próprio corpo e de outros, apresentam características específicas e altamente diferenciais. Para além dos aspectos morfológicos e fisiológicos evidentes, existem outros elementos importantes, como a difusão do prazer, o significado afectivo e não erótico dos estímulos externos, a ainda não orientação do desejo, a dificuldade na distinção entre os desejos e sentimentos especificamente sexuais e os afectivos e as motivações em que se baseiam as actividades sexuais.

Apesar de todas estas evidências e descobertas, o desenvolvimento da sexualidade é ainda um tema pouco estudado. Para este facto muito contribui a atitude da sociedade de negação da sexualidade infantil; a dificuldade dos investigadores em observarem comportamentos sexuais em crianças e ainda as inerentes questões éticas. Deste modo, muitos dados científicos são de estudos retrospectivos sobre a vivência da sexualidade infantil, com os seus naturais enviesamentos e limitações mnésicas. (Fávero, 2003). Na realidade, continuamos presos a tabus, crenças e mitos, o que nos leva a não tratar deste tema com naturalidade, como mais um aspecto do desenvolvimento global.

No entanto, podemos afirmar que o desenvolvimento sexual normal é caracterizado pela curiosidade e exploração, que é divertida, espontânea e consensual, dirigida ao próprio ou a crianças da mesma idade, acontece esporadicamente e está inserido num vasto leque de interesses da criança. Por seu turno, o desenvolvimento sexual de uma criança que foi sexualmente agredida é caracterizado por comportamentos sexuais compulsivos, agressivos, desequilibrados, incluindo actos próprios de adultos. As actividades sexuais são muitas vezes dirigidas a crianças mais novas e vulneráveis, não sendo consensuais, mas sim baseadas na força e coerção (Sanderson, 2005).

Passamos, de seguida, a fazer uma síntese das características, reacções assertivas por parte dos pais e comportamentos sexuais típicos e atípicos nos diferentes períodos do desenvolvimento sexual, não esquecendo que, tal como noutros domínios desenvolvimentais, as manifestações são únicas para cada indivíduo sem que tal, por si só, constitua motivo de alarme (López, 1995; Sanderson, 2005; Marques *et al.*, 2002).

Crianças dos 0 aos 4 anos

Características: contacto limitado com colegas; aumento da curiosidade, percepção e interesse pelo seu corpo e pelas diferenças anatómicas (entre os sexos e entre os adultos e crianças); início do desenvolvimento uma atitude positiva ou negativa face ao corpo; toca nos genitais; sente prazer genital; o toque nos genitais aumenta em especial quando a criança está cansada ou vai dormir; aprendizagem de alguns comportamentos que se consideram apropriados para rapazes ou raparigas; aquisição de uma crença firme de que são homens ou mulheres; curiosidade sobre a sua origem e sobre o

nascimento dos bebés; associação dos genitais com a eliminação (coincide com a idade do controlo esfinteriano); ausência de uma moral sexual.

Reacções assertivas por parte dos pais: estimulam a criança para que desenvolva a sua identidade masculina ou feminina; seguram, tocam e acariciam a criança; acreditam que os bebés precisam de gostar de todas as partes do seu corpo, incluindo os genitais; permitem que a criança desfrute o seu corpo e sinta prazer com ele (incluindo com os genitais); transmitem respeito pelos sentimentos e experiências da criança; não a deixam envergonhada por procurar os genitais; lembram-lhe que o toque e masturbação são universais e normais; são positivos nas respostas, reconhecendo que é “uma sensação boa”; não punem a criança pela sua experimentação; usam palavras correctas para as partes do corpo; dão ênfase ao relacionamento carinhoso e afectuoso; guiam a criança para distinguir entre o “mau e o bom toque”; explicam o sentido de privacidade; permitem que a criança diga “não” perante determinados contactos físicos; conversam e respondem às questões da criança; falam sobre a reprodução; fornecem informações adequadas à idade; colocam a sexualidade no contexto de outros conhecimentos; definem regras e limites apropriados; escutam a criança; não a julgam; tentam relaxar em relação ao comportamento sexual da criança; tentam sentir-se mais à vontade, calmos e relaxados ao falar da sexualidade com a criança.

Comportamento sexual típico: auto-exploração, incluindo dos genitais; auto-estimulação - descobre a masturbação; faz perguntas e espreita por debaixo das roupas dos companheiros ou bonecas; observa e toca os corpos de outras pessoas; diz palavrões; exhibe os genitais; tem interesse por actividades na casa de banho; usa linguagem infantil para falar de partes do corpo; brinca aos médicos, namorados, mãe e pai; imita actividades caseiras ou outro tipo de jogos sexuais com os amigos ou irmãos; imita o comportamento sexual dos adultos; insere objectos em aberturas anatómicas mas pára se tal é doloroso.

Comportamento sexual atípico: discute actos sexuais; usa linguagem sexualmente explícita; tem contacto sexual físico com outras crianças; mostra comportamento sexual ou conhecimento semelhante ao do adulto; relaciona-se com outros adultos e crianças de maneira sexual; esfrega-se sexualmente em outras pessoas; toca os genitais de maneira compulsiva; força o contacto sexual com outras crianças; não pára de se masturbar ou não pára com as brincadeiras sexuais, mesmo quando lhe é solicitado; insere objectos nas aberturas anatómicas mesmo quando tal é doloroso; preocupa-se com o comportamento e as actividades sexuais; representa comportamento sexual do tipo do adulto com brinquedos ou objectos; conhece o sabor, textura e cheiro do sémen.

Crianças dos 5 aos 12 anos:

Características: aumento do contacto com os pares; maior conhecimento do seu corpo e das diferenças anatómicas; curiosidade sexual; maior inibição, recate e constrangimento quanto ao corpo, com crescente desejo de ter uma vida privada; menor dependência afectiva da família; consolidação da imagem corporal, da identidade e orientação sexual; labilidade emocional; início do processo de interiorização da moral sexual; desenvolve-se o sentido do que é privado/público (pudor); no final deste período, especialmente nas raparigas, começa a puberdade.

Reacções assertivas por parte dos pais: estão disponíveis para conversar; ensinam que a sexualidade é uma parte natural e preciosa da experiência e vida humana; fornecem informações apropriadas à idade; conferem o que a criança já sabe; interessam-se pelo que pensa; não assustam a criança; revisam factos sobre a reprodução; lêem livros sobre sexualidade com a criança; definem regras sobre o sexo; procuram pôr-se no lugar da criança; colocam o sexo no contexto de outros conhecimentos.

Comportamento sexual típico: escolhem os amigos, mantendo relações de amizade fortes com crianças do mesmo sexo, sendo muito influenciados por eles; manifestam grande interesse por papéis de género; adquirem uma nova forma de valorizar os adultos que têm autoridade; vivem sentimentos de enamoramento ou amizade muito fortes pelos amigos, outros adolescentes mais velhos, estrelas de espectáculo, professores,...; usam o calção mas muitas vezes não lhe conhecem o sentido; aumentam as interacções experimentais consensuais; continuam os jogos e actividades sexuais; tocam-se; masturbam-se em privado até chegar ao orgasmo; sentem-se enojados/atraídos pelo sexo oposto; beijam-se, trocam carícias e namoram; exibem-se; fazem perguntas ou pesquisam sobre menstruação, gravidez, nascimento e comportamento sexual; simulam relações sexuais; têm fantasias sexuais ou românticas (que podem verbalizar na interacção); podem ocorrer relações sexuais digitais ou vaginais em pré-adolescentes.

Comportamento sexual atípico: masturbam-se em público; masturbam-se de maneira compulsiva; forçam actividades sexuais com outras crianças com experimentação não consensual; mostram conhecimento e comportamento sexual semelhante ao do adulto; conhecem a textura, o sabor e o cheiro do sémen; relacionam-se com adultos e crianças de forma sexual; não interrompem o comportamento sexual quando lhe é solicitado.

Crianças dos 13 aos 16 anos

Características: mudanças hormonais; menstruação nas mulheres; desenvolvimento de caracteres sexuais secundários; maior autoconsciência quanto ao corpo e suas mudanças; aumento da necessidade de privacidade em torno do corpo; labilidade emocional; confusão quanto às mudanças corporais e identidade pessoal; dúvidas sobre a sexualidade; medo de relacionamentos; medo da gravidez.

Reacções assertivas por parte dos pais: encorajam a discussão sobre a sexualidade, mantém uma atmosfera calma e não crítica; usam linguagem compreensível proporcionando uma comunicação aberta e honesta; mantém a perspectiva e o senso de humor; são honestos sobre o seu desconforto ao falar de sexualidade; relacionam sexo com amor, intimidade, dedicação, respeito por si e pelo outro; compartilham as suas crenças e valores; discutem a importância da responsabilidade nas escolhas e decisões; ajudam a considerar os prós e contras do comportamento sexual; falam sobre relacionamentos saudáveis e não saudáveis; encorajam o adolescente a estar alerta para situações de risco; interpretam/ensaiam como agir em situações de pressão/avanços sexuais não desejados; não dão lições de moral; não implicam; as conversas são curtas e pontuais; aceitam a motivação/desmotivação do adolescente para comunicar.

Comportamento sexual típico: fazem perguntas sobre relacionamentos e comportamento sexual; usam linguagem sexual; falam sobre actos sexuais; masturbam-se em privado; experimentação sexual consensual com outros adolescentes da mesma idade; trocam carícias, mantém relações vaginais, digitais, orais.

Comportamento sexual atípico: masturbam-se em público; usam com frequência linguagem agressiva quando se dirigem para crianças ou adultos; fazem ligações telefónicas de cariz sexual; vêem pornografia/pornografia infantil na Internet ou noutros locais; procuram a companhia de crianças mais novas e passam uma quantidade incomum de tempo na sua companhia; levam crianças mais novas para locais “segredos” ou esconderijos; brincam a jogos “especiais” (médicos, mães e pais, etc.) com crianças mais novas; mostram material sexual para crianças mais novas; expõem genitais para crianças mais novas; têm contacto sexual com crianças mais novas; forçam crianças ou adolescentes a terem relações sexuais; ameaçam ou intimidam a criança a manter o “segredo”; oferecem subornos como dinheiro ou presentes para manter o silêncio.

Para finalizar este tema, pretendemos realçar que de facto existe um grande desconhecimento relativamente ao desenvolvimento da sexualidade infantil, quer por parte da sociedade em geral, quer por parte de alguns técnicos que lidam com crianças e jovens. Este desconhecimento muitas vezes acaba por laborar em erro determinadas manifestações perfeitamente adaptativas ou, por outro lado, acaba por subvalorizar ou rotular certos comportamentos de forma errónea, quando eles na verdade constituem indícios de uma sexuação traumática.

4. FACTORES DE VULNERABILIDADE - MODELOS EXPLICATIVOS DA AGRESSÃO SEXUAL A MENORES

A questão da violência sexual contra menores é um fenómeno multideterminado e bastante complexo, diversos estudos têm permitido identificar algumas características familiares, maternas e da própria criança, associadas à ocorrência de violência sexual. Em relação às características familiares salientam-se: modelo familiar patriarcal; limites difusos entre sistema parental e conjugal; processos de parentificação; baixos rendimentos; presença de um substituto paterno; falta de afecto físico e emocional; relações incestuosas entre outros elementos da família; punitividade em relação à comunicação sobre temas sexuais; comunicação familiar pobre; afectividade negativa; relacionamentos conjugais difíceis; padrões de vinculação inseguros; isolamento social (Finkelhor, 1984; Wolfe & Birt, 1997; Furniss 1993).

Em relação às características maternas enfatizam-se as dificuldades emocionais; certos traços de personalidade; gravidez adolescente; doença mental e/ou física; ausência e maior incapacidade de protecção dos seus filhos (Furniss, 1987; Wolfe e Birt, 1997). Por fim, dos factores de vulnerabilidade da criança salientam-se: crianças menos supervisionadas pela família; carentes emocionalmente (infelizes, tímidas, socialmente isoladas); que mais facilmente se podem sentir cativadas e *especiais* na relação diferencial que o agressor lhes proporciona (Pinto da Costa, 1991; Conte, 1991, Elliott *et al.*, 1995, cit. in Machado, 2002).

Para além dos factores de vulnerabilidade enunciados, existem diferentes modelos e teorias que explicam as dinâmicas envolvidas na temática da violência sexual exercida contra menores. Algumas dessas teorias focam a problemática em aspectos desenvolvimentais, outras em questões associadas à aprendizagem social, à reconstrução de trauma ou a aspectos relativos à socialização, por fim existem teorias que tentam encontrar uma explicação biológica para a agressão.

Não obstante, neste capítulo damos especial enfoque ao modelo multicausal ou modelo dos quatro factores de Finkelhor, pela sua maior abrangência e aceitação científica. O modelo multicausal (Finkelhor, 1984) defende que nos casos de violência sexual (intra ou extrafamiliar) a causalidade é múltipla, pelo que têm que concorrer quatro pré-condições/factores para que a agressão ocorra (motivação; superação de inibições internas e externas e superação da resistência da criança). São ainda incluídas variáveis individuais/psicológicas, bem como sociais/culturais na análise de cada um dos factores. Desta teoria ressalta a importância das características da estrutura familiar, do agressor e da vítima, contudo, a responsabilidade é delegada de forma clara e inequívoca no agressor.

A primeira pré-condição engloba os factores relativos à **motivação** para a violência sexual. A motivação pode advir da congruência emocional, da excitação sexual e/ou de um bloqueio. A análise destes factores pode-nos ajudar a determinar se a motivação é forte e persistente, fraca e episódica e qual o seu foco (meninos, meninas ou ambos).

Relativamente à *congruência emocional* é sabido que, geralmente, o desenvolvimento emocional do agressor é inferior à média, o que faz com que se identifique facilmente com a criança. O ofensor pretende assim satisfazer uma necessidade emocional, que inicialmente pode não ser abertamente sexual, vindo assim satisfeitas algumas das suas necessidades afectivas de poder e controlo, que não consegue satisfazer com outros adultos, o que favorece a sua auto-estima. Em alguns casos o agressor pode estar a tentar reviver/inverter uma experiência traumática anterior, aceitando a crença de que as crianças são um objecto apropriado de interesse sexual. No plano sociocultural realça-se a necessidade masculina de domínio e poder no relacionamento sexual.

A *activação sexual*, por seu turno, pressupõe a excitação sexual do agressor com crianças. Neste ponto realça-se a possibilidade de vitimização sexual do agressor na infância, o que conduz à elaboração e interpretação de atribuições erradas ou à existência de anomalia de carácter biológico. No plano sociocultural salienta-se o uso de pornografia infantil; o visionamento de imagens eróticas de crianças em propagandas e a tendência masculina para sexualizar todas as suas necessidades emocionais.

Relativamente ao *bloqueio*, o autor defende que ofensor, de alguma forma, é bloqueado nas suas capacidades de relacionamento com adultos. O plano individual integra competências sociais inadequadas; o conflito edipiano; o medo da castração; problemas conjugais e o medo de mulheres adultas, que advém de experiências sexuais adultas traumáticas. No plano sociocultural salientam-se as normas repressivas sobre a masturbação, as relações extraconjugais, a indisponibilidade de fontes alternativas de gratificação sexual ou a fraca satisfação encontrada nas fontes de gratificação habituais.

A segunda pré-condição encerra os factores que predis põem à **superação de inibições internas**. Caracteriza-se pela permissão que o agressor dá a si mesmo para agredir sexualmente crianças e está relacionado com a superação dos seus inibidores internos, a fim de dar corpo às suas próprias motivações e desejos. Existem casos onde não há qualquer inibição que controle a violência sexual, noutros esses inibidores são tão fortes que não permitem que o agressor ponha em prática as suas tendências. Todavia, o mais frequente é que o ofensor consiga uma desinibição que lhe permita agredir sexualmente crianças. A permissão para a agressão pode ser produto de uma psicopatologia ou de uma falha na inibição do mecanismo do incesto na dinâmica familiar, podendo ser obtida, quer por diferentes distorções cognitivas (não ser prejudicial para a criança, o seu acto ser justificável, a criança ser sedutora), quer pelo consumo de

substâncias. No plano sociocultural salienta-se a ideia de que a criança deve obedecer ao adulto e o facto de haver tolerância social pelo interesse sexual por crianças (sanções criminais ligeiras para o agressor; defesa de prerrogativas patriarcais; tolerância pelos desvios cometidos baixo de substâncias; pornografia infantil; aceitação da incapacidade masculina para identificar e atender as necessidades específicas da criança).

A terceira pré-condição engloba os factores que predispõem para a **superação de inibições externas**, enfatizando que o ambiente externo pode promover ou impedir a violência sexual. No plano individual salientam-se as características da outra figura parental (ausente, doente, dominada e/ou abusada, demitida do seu papel protector); o isolamento social da família; as condições habitacionais degradantes; a falta de supervisão e a oportunidade de estar a sós com a criança. No plano sociocultural é relevada a falta de suporte social; as barreiras para a igualdade; a erosão do tecido social; a ideologia do santuário familiar e a redução do núcleo familiar. Depois de superados estes inibidores é comum o ofensor elaborar o plano de agressão.

A quarta e última pré-condição abrange os factores que predispõem para a **superação da resistência da criança**. Os agressores sexuais tendem a escolher crianças específicas que apresentam algum tipo de vulnerabilidade. Podem ser inseguras, tímidas, imaturas, ingénuas, privadas de afecto, solitárias, infelizes, com deficiências físicas, mentais e/ou com conhecimento limitado sobre sexualidade/violência sexual (se bem que qualquer criança é uma potencial vítima). Assim, por meio de sedução, coerção ou outro, submetem-se à autoridade ou vontade do ofensor. No plano sociocultural salienta-se a ausência de educação sexual e a falta de poder social da criança. Perante a tentativa de agressão a criança pode resistir, directa ou indirectamente, fugindo, denunciando ou evitando; falhar à resistência e ser agredida; ou resistir mas ser vencida por coerção. De qualquer modo, o suporte familiar e social é fundamental.

5. AGRESSORES SEXUAIS DE MENORES

A DSM IV, enquadrada numa perspectiva actual, defende que a classificação de perturbações mentais qualifica o que as pessoas têm e não o que as pessoas são, pelo que nas diferentes referências e citando o exemplo da pedofilia, enquadrada nas parafilias, é sempre usado o termo sujeito com pedofilia e não o termo pedófilo.

Após este primeiro esclarecimento, importa salientar que a DSM IV descreve o indivíduo com pedofilia como um sujeito com fantasias sexualmente excitantes, impulsos sexuais ou comportamentos recorrentes e intensos, que provocam mal-estar clinicamente significativo ou dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas, implicando actividade sexual com uma criança ou crianças na pré-puberdade. O sujeito tem que ter um mínimo de 16 anos, é pelo menos cinco anos mais velho que a criança que agride e a perturbação dura um mínimo de seis meses. A atracção sexual por crianças pode ser apenas por raparigas, rapazes ou ambas e, habitualmente, a evolução psicopatológica é crónica, com começo na adolescência. A DSM IV distingue ainda a pedofilia do tipo exclusivo, quando os indivíduos se sentem atraídos unicamente por crianças e do tipo não exclusivo, quando os sujeitos também se sentem atraídos por adultos. Acrescenta-se ainda que, apesar de se associar os agressores sexuais de menores à tipologia do “old dirty men”, na pedofilia, excepto quando associada ao sadismo sexual, o ofensor usa de técnicas de aliciamento e sedução próprias do ciclo do incesto sedutor, sendo generoso e atencioso, criando laços de confiança com adultos, transmitindo segurança à criança, com o objectivo de conquistar o seu afecto, interesse e lealdade, a fim de manter as condições para reiterar os seus actos e evitar que a criança relate os acontecimentos sexuais de que é vítima (Sanderson, 2005; DSM IV).

Para além dos tipos descritos anteriormente, diversos autores propõem tipologias diversas na classificação da pedofilia, a maioria das quais usando, no nosso ponto de vista erradamente, abertamente o termo pedófilo. Sanderson (2005) é uma das autoras que usa o termo pedófilo e classifica-os em duas amplas categorias: os predadores e os não predadores. Os predadores são os menos comuns mas os que mais chamam a atenção da comunicação social pois envolvem rapto, violação e morte de crianças. A maioria é não predadora, e dentro destes, 87% são conhecidos da criança. Neste tipo de pedofilia os sujeitos têm crenças erradas e pensamentos distorcidos, usam de influência, poder e controlo para formar relacionamentos com crianças, acreditam que as crianças são sexuais e gostam de sexo, podendo dar o seu consentimento.

Wyre (1987, cit. in Sanderson, 2005) dentro desta última categoria propõe diversos subtipos: regressivo, compulsivo, parapedófilo, inadequado e inadequado compulsivo. No tipo regressivo o sujeito sente-se sexualmente atraído e excitado por adultos mas em condições de stress regride para a forma de agressão sexual infantil. Este tipo muitas

vezes tem sentimentos de inadequação sexual e realiza a violência de forma impulsiva ou como modo de expressão de raiva e hostilidade. O tipo compulsivo corresponde à maior categoria de pedófilos, a sua atenção é voltada para crianças, podendo ficar somente excitados e não partem para a agressão, podem ainda convencer mulheres adultas a simularem ser crianças. Usam sobretudo a sedução para atrair crianças e consideram o seu comportamento normal. O parapedófilo é um experimentador sexualmente motivado pelo tédio e pela necessidade de novas experiências e estímulos para obter satisfação. O pedófilo inadequado tem problemas em lidar com a sexualidade e é incapaz de criar relacionamentos, muitas vezes é deficiente mental e socialmente desajustado, vendo as crianças como não ameaçadoras. Ao pedófilo inadequado compulsivo, faltam-lhe as habilidades interpessoais para formar relacionamentos, pelo que costuma molestar estranhos, crianças muito pequenas ou crianças prostitutas.

Gilgun (1994, cit. in Fávero, 2003), por seu turno, propõe um continuum de relação vítima-agressor, do sentido de não existir qualquer tipo de intimidade, até um ponto onde a intimidade é profunda. O continuum inicia-se com o tipo vingativo (inflige dor física ou dor emocional); segue-se o tipo aproveitador (usa a força, não se preocupa se os seus actos afectam ou não a criança, servindo-se dela a seu bel-prazer); o tipo controlador (é muitas das vezes um aproveitador que controla as actividades negociando favores); o conquistador (seduz e manipula as suas vítimas para que elas se envolvam sexualmente com ele); o companheiro ou igual (reconhece-se a si mesmo como igual às suas vítimas, relacionando-se sexualmente com elas como se fosse somente uma das tantas coisas que se pode fazer com crianças); o amante (sente a criança como igual, relaciona-se com ela e insiste que estão apaixonados) e por fim o companheiro ideal (um narcisista, com questões de confusão de identidade, vendo-se a si mesmo como parte da criança que agride, projectando nela aspectos de si mesmo).

Williams e Finkelhor (1990), por sua vez, num estudo que levaram a cabo com 118 pais incestuosos encontraram cinco tipos: os sexualmente preocupados; os que regridem à adolescência; os que buscam um instrumento de auto-satisfação; os emocionalmente dependentes e os vingativos raivosos. Os sexualmente preocupados têm um interesse sexual obsessivo pelas suas filhas, muitos desde o nascimento. Os que regridem à adolescência comportam-se como adolescentes e só se interessam pelas filhas quando estas chegam à puberdade, o foco é a mudança corporal e, geralmente, antes de iniciarem a violência sexual, desenvolvem atracção sexual e masturbam-se fantasiando com a criança. Os que buscam um instrumento de auto-satisfação não se sentem sexual ou eroticamente atraídos pelas filhas e quando as agrirem, frequentemente, pensam noutra pessoa, a sua motivação é apenas a auto-satisfação e as suas filhas são meros objectos para a alcançar. Os emocionalmente dependentes são solitários, carentes,

deprimidos e por se considerarem incompetentes voltam-se para as suas filhas, a motivação inicial é a proximidade, a companhia e a amizade que se vai sexualizando. Por fim, os vingativos raivosos agridem as filhas mais por raiva do que por desejo sexual, sendo mais propensos a violência sexual de pendor sádico (não exclusivamente infantil).

Apesar de todas estas classificações, existe uma distinção que é fundamental ser esclarecida, pois o tipo de psicopatologia de base e a consequente intervenção terapêutica são necessariamente diferentes. Os agressores sexuais de menores pertencem a um grupo altamente heterogéneo, onde uma maioria significativa (cerca de 95%) preenche os critérios para a pedofilia. No entanto, nem todos os sujeitos com pedofilia chegam a agredir sexualmente menores, condição que apesar de não os colocar no grupo de agressores sexuais, deve ser analisada com cautela pela predisposição de base e ainda pela impossibilidade de prevermos antecipadamente uma eventual passagem ao acto (Finkelhor, 1984; Abel e Harlow, 2001; Paulino, 2009). Paulino (2009) acrescenta ainda que os restantes 5% dos ofensores sexuais são indivíduos que agridem sexualmente menores por diferentes ordens de motivos (consumo de substâncias, vingança, falta de parceiros adultos, entre outros) e não por um interesse primário por crianças e jovens de determinada faixa etária.

Para finalizar, pretendemos fazer referência a agressores femininos, apesar da dificuldade da sociedade em encaixar o estereótipo da mulher (mãe, protectora e carinhosa) como agressora sexual e da criança em etiquetar estes comportamentos como agressivos (Fávero, 2003). Finkelhor (1984) coloca mesmo a hipótese desta incidência ser mais elevada do que nos mostram os estudos, mas menos detectada por diversos motivos. As pesquisas apontam igualmente para uma diversidade de padrões de violência e motivações, como acontece quando os agressores são do sexo masculino, sendo que a violência sexual praticada por mulheres também ocorre em lugares privados e pode ser uma extensão erotizada do cuidado normal à criança, onde qualquer excitação da agressora promove exploração e comportamentos sexualizados.

Em síntese pretendemos ainda salientar que, do nosso ponto de vista, a DSM IV apesar dos progressos que apresenta ao considerar a terminologia “sujeito com pedofilia” e não “pedófilo”, o que clarifica de forma evidente e inequívoca a presença de psicopatologia, acaba por falhar quando apenas considera a pedofilia se o sujeito chegar a praticar actividades sexuais com menores, não considerando a perturbação em evolução ou quando o sujeito se fica pelas fantasias e impulsos, o que vai contra o que é proposto pelo modelo multicausal de Finkelhor (1984).

6. MODELOS EXPLICATIVOS DOS EFEITOS DAS AGRESSÕES SEXUAIS A MENORES - SINTOMATOLOGIA/CONSEQUÊNCIAS

Existe uma diversidade de modelos e teorias explicativas dos efeitos das agressões sexuais a menores. Dentro dos mais conhecidos pretendemos salientar: o modelo ecológico de Brofenbrenner (1979, cit. in Fávero, 2003) que considera a multivariabilidade das consequências negativas resultantes da situação agressiva; o modelo de estigmatização (Feiring *et al.*, 1996, cit. in Fávero, 2003) que defende que é a vergonha o mecanismo primário pelo qual a vítima desenvolve problemas comportamentais; a teoria psicanalítica que enfatiza a ambivalência sentida pela vítima e, por fim, a teoria da aprendizagem social que defende que a criança aprende um comportamento sexual desadequado, que usa para obter o reforço ou evitar o castigo, podendo ainda evidenciar comportamentos sexuais precoces (Fávero, 2003). O modelo dos quatro factores e o modelo de Furniss figuram outras alternativas explicativas, que pela sua pertinência merecem um destaque especial neste capítulo.

O Modelo dos quatro factores, proposto por Finkelhor e Browne (1986) é um modelo dinâmico que considera que a violência sexual exercida contra menores pode ser analisada sob o ponto de vista de quatro traumas/áreas de confiança: sexualização traumática (a sexualidade da criança é modelada de forma inadequada para o seu desenvolvimento, aprendendo que o comportamento sexual pode ser usado para manipular pessoas, podendo apresentar uma excessiva sexualidade ou uma rejeição aberta a tudo o que é sexual); perda de confiança (na pessoa que a traiu e noutros de quem ela esperava protecção); falta de poder (autoconceito de incapacidade e impotência); estigmatização (crença de que é diferente, culpa, vergonha, sentido de maldade).

O modelo de Furniss (1993), por sua vez, apela a uma intervenção multidisciplinar nos casos de agressão sexual a menores, considerando que existem dois tipos de danos: primário (efeitos da violência em si mesma) e secundário (consequências psicológicas resultantes da resposta social e profissional após a revelação). Segundo o autor, a vitimização secundária ocorre em cinco fases: estigmatização social (reação de vizinhos, escola, companheiros); traumatização secundária no processo interdisciplinar (conflitos entre profissionais e entre o sistema legal e de protecção); traumatização secundária no processo família-profissional (deriva da escolha do tipo de intervenção terapêutica); traumatização secundária no processo familiar (resultante do facto de não se acreditar na criança e na acusação ou castigo provenientes da revelação); traumatização secundária no processo individual (comportamento sexualizado e autodefinição da vítima, que a predispõem para a repulsa, castigo ou revitimização).

Depois desta primeira revista pelos principais modelos e teorias, importa salientar que a situação de violência sexual, do ponto de vista da vítima, é uma experiência e não uma desordem (Becker e Bonner, 1998, cit. in Machado, 2002), pelo que não existe um síndrome clínico específico, o que faz com que as vítimas possam apresentar uma multiplicidade de sintomatologia ou mesmo nenhuma (Furniss, 1993, López *et al.*, 1994). Alguns autores referem mesmo que encontraram nos seus estudos vítimas que afirmaram que a experiência agressiva teve, inclusivamente, efeitos benéficos e que o impacto negativo aconteceu apenas pela reacção do meio após a revelação (Cortés Arboleda, 1997 e Sandfort, 1992, cit. in Fávero, 2003 e Alberto, 2006).

Todavia, a ausência de sintomatologia não pode servir como forma de “normalizar” ou desvalorizar as situações de violência sexual. Apesar dos estudos indicarem que cerca de 70% das crianças assintomáticas tendem a permanecer desta forma, algumas apresentam uma reacção retardada (*sleeper effect*), onde a sintomatologia mais severa se manifesta quando as estratégias de evitamento e dissociação deixam de proteger o menor (Mannarino *et al.*, 1991, cit. in Machado, 2002). Não obstante, os estudos indicam uma tendência para a diminuição da sintomatologia ao longo do tempo, apesar de cerca de um terço das crianças apresentar deterioração (Wolfe & Birt, 1997).

No entanto, a esmagadora maioria das vítimas apresenta severas consequências traumáticas, sendo diversos os factores que podem agravar ou atenuar os efeitos da experiência, pelo que cada caso é único e deve ser analisado com especial cuidado. Podemos salientar a importância de factores pessoais (idade, fase de desenvolvimento, sexo, percepção da vítima, estilo atribucional, locus de controlo, estilo de *copping*), situacionais/relacionais (acto isolado/continuado; extrafamiliar/intrafamiliar; diferença etária, idade e sexo do agressor, grau de parentesco; duração; frequência; grau de violência/sedução; tipo de actividade sexual; número de ofensores; grau de secretismo), familiares (dinâmicas familiares, figuras protectoras, suporte após a revelação), sociais (reacção do meio), culturais e secundários à intervenção (Furniss, 1993; Machado, 2002; Wolfe & Birt, 1997; Fávero, 2003; Strecht, 2000).

Nagel *et al.* (1997, cit. in Fávero, 2003) salientam ainda que, quando a criança não tem participação directa na revelação, as suas reacções são mais favoráveis e menos graves. As crianças que tomam a iniciativa de revelar o *segredo* experienciam mais ansiedade, pois sentem-se culpadas e responsáveis pelos acontecimentos que sucedem à revelação. Não obstante, diversos autores não concordam com esta visão defendendo que a revelação (quando o apoio e a reacção do meio são favoráveis) é sempre preferível ao silêncio, pois diminui a estigmatização (Furniss, 1993, López, 1995).

Para Valliant *et al.* (1995, cit. in Fávero, 2003) a cronicidade das agressões agrava os seus efeitos, pois a criança sente que os seus desejos e necessidades são ignorados,

que o controlo está fora dela. A culpa é reforçada pelo agressor e usada como estratégia para manter o segredo: directamente, sugerindo que a criança desfrutou da experiência e por isso não contou a ninguém, ou lembrando à criança que se ela contar todos saberão que ela participou; indirectamente, utilizando argumentos e comportamentos que criam na vítima confusão sobre os seus próprios sentimentos (que está a gostar, que é o melhor para ela, que lhe fará bem, que outros também apreciam...) A impotência sentida pela criança para impedir a continuação da situação agressiva tem repercussões noutras áreas (relacionamentos interpessoais, auto-estima,...) e aumenta as possibilidades de revitimização (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995, cit. in Fávero, 2003).

Diversos autores propõem diferentes abordagens na exposição dos efeitos das agressões sexuais, contudo, apesar de existir uma lista de sinais e sintomas característicos, embora não patognómicos, muitas das vezes estes casos colocam grandes dificuldades de detecção e diagnóstico, pelo tabu social, pelo secretismo e ainda pela frequente ausência de prova forense (Pinto da Costa, 1991; Magalhães, 2002). De seguida apresentamos uma listagem dos sinais e sintomas mais frequentemente descritos na literatura, agregando a perspectiva de diferentes autores (Finkelhor & Browne, 1985; Strecht, 2000; Magalhães, 2002; López, 1995; Wolfe & Birt, 1997; Fávero, 2003), sendo que quando um sintoma desta natureza surge abruptamente e sem explicação aparente, deve sempre, numa perspectiva holística, sistémica e contextual, ser alvo de atenção e investigação.

Dentro dos sinais e sintomatologia física salientamos: leucorreia vaginal recorrente ou persistente; ruborização ou inflamação dos órgãos genitais externos femininos ou anus; lesões no pénis; lesões cutâneas do períneo; lacerações ou fissuras genitais ou anais; rotura do hímen; hemorragia vaginal ou anal; laxidez anormal do esfíncter anal ou do hímen; equimoses e/ou ptéquias na mucosa oral e/ou lacerações no freio dos lábios; infecções urinárias de repetição; DST's; presença de esperma, sangue ou outras substâncias estranhas (p.e. lubrificante) no corpo ou roupa do menor; gravidez; mudança abrupta e significativa na aparência; dor na região vaginal ou anal; prurido vulvar; dores abdominais inexplicáveis e recorrentes;

No domínio psicossocial e cognitivo-comportamental temos: perturbações da eliminação, da alimentação, do sono e repouso, do comportamento, do estado-limite da personalidade; distúrbios somatoformes; problemas escolares, de controlo dos impulsos, de comunicação interpessoal, sociais; conversão somática; fenómenos dissociativos; distorções cognitivas, da imagem corporal, na construção da identidade; comportamento anti-social; consumo de substâncias; delinquência; prostituição; depressão; auto-mutilação; comportamento suicida; fugas; abandono do lar; mentira compulsiva; agressividade; hostilidade; ansiedade; medos; fobias; culpa; vergonha; ambivalência (em

relação a si, ao agressor, à família e ao meio); casamento precoce; sentimentos e comportamentos nojo, desconfiança, insegurança em relação às pessoas; evitamento e isolamento social; sentimentos de traição; baixa eficácia social; baixa auto-estima; estigmatização; dificuldades relacionais, revitimização, PTSD; comportamentos aparentemente bizarros (dormir vestido de dia e de noite; urinar propositadamente na cama; destruição ou ocultação de sinais de feminilidade que possam ser atractivos; recusa em tomar banho ou despir-se no vestiário; recusa em ir para a escola ou de voltar da escola para casa); medo de homens ou de um homem específico; rejeição de contacto afectivo que anteriormente aceitava; reacção de medo à hora do banho ou de o/a verem nu/a; padrão de vinculação inseguro e pouco selectivo; busca indiscriminada de afecto e aprovação; inversão de papéis e parentificação; obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar; relacionamento pobre com outras crianças.

Por fim, no domínio sexual salientam-se: masturbação compulsiva e/ou em público; desenhos, jogos ou brincadeiras sexuais explícitas e persistentes; repulsa, vergonha ou medo em relação à sexualidade; comportamento sexual desapropriado para a idade; promiscuidade com dificuldades no controlo sexual; confusão entre sexo e amor com expressão sexualizada de afecto; precocidade na linguagem e na evidência de comportamentos sexuais; curiosidade, interesse e conhecimento sobre temas e termos sexuais concretos; comportamento sedutor; dificuldade em interacções íntimas; disfunções sexuais; perturbações no desenvolvimento da orientação e identidade sexual; homofobia; elevado número de parceiros sexuais; prostituição; homossexualidade; agressão sexual a crianças mais pequenas e a outros.

7. DINÂMICAS AGRESSIVAS - SÍNDROMA DO SEGREDO

Numa perspectiva semelhante à de Finkelhor (1984), Sanderson (2005) defende que o ofensor para agredir sexualmente uma criança tem que ter essa predisposição e que o processo de sedução tem início só depois do agressor ter ultrapassado os seus inibidores internos e externos. Sgroi (1982, cit. in Fávero, 2003) identificou mesmo um padrão comum na dinâmica agressiva, que dividiu em cinco fases: da atracção, da interacção sexual, do segredo, da revelação e da supressão da agressão. Sendo que a fase de interacção sexual e a fase do segredo têm início no mesmo instante e perduram até ao momento da revelação.

No que diz respeito à fase de atracção, os autores defendem que na pedofilia a união da fantasia e imagens de crianças é combinada com masturbação (ciclo de fantasia-masturbação-orgasmo). Na fase inicial as imagens podem ser inócuas (catálogos de roupas infantis) produzindo excitação no indivíduo, o que reforça o comportamento. Gradualmente as imagens têm que ser cada vez mais explícitas, sexualizadas ou eróticas (p.e. pornografia infantil) para a obtenção do mesmo prazer. Por fim, o sujeito tem necessidade de pôr em prática as suas fantasias com uma criança para que assim possa obter gratificação sexual, sendo que os comportamentos sexuais têm que ser cada vez mais intrusivos para a consecução do mesmo nível de satisfação (Sullivan e Beech, 2004, cit. in Sanderson, 2005). Reinterpretando o comportamento da criança através de diferentes distorções cognitivas que justifiquem a agressão, o ofensor racionaliza e normaliza o seu comportamento, reiterando-o (Ward *et al.*, 2000; Bryant, 1999, cit. in Sanderson, 2005).

Não obstante, os investigadores são unânimes na constatação de que na violência sexual exercida contra menores nem sempre coexiste violência física, podendo ser muito mais subtis e ardilosas as estratégias utilizadas pelo agressor: como a sedução, o aliciamento, a pressão, o castigo, o suborno, o engano, a conquista da confiança, a manipulação, a pressão psicológica, a surpresa, o controlo, o aproveitamento da curiosidade natural da criança sobre a sexualidade, a chantagem, a mentira, a culpabilização, o tratamento especial, a coerção, as ameaças de violência ou de revelação (López *et al.*, 1994; Furniss, 1993).

Conte, Wolf e Smith (1989, cit. in Fávero, 2003), por sua vez, falam na *dessensibilização* da criança ao contacto físico sexual, através de um contacto não sexual progressivo e de uma relação de cumplicidade que o agressor estabelece com a criança. Esta estratégia impede ou dificulta que o menor reconheça a situação como violenta, com a agravante de que quando o percebe se sente culpado, permitindo a progressão da agressão mantendo o *segredo*.

Ou seja, a violência sexual exercida contra menores está envolta num manto de secretismo, dificultando ou até mesmo impedindo a revelação. O autor que mais estudou esta problemática foi Furniss (1993), caracterizando o *síndrome do segredo* como um complexo e poderoso instrumento na manutenção dos comportamentos sexuais agressivos, englobando diferentes aspectos da interacção da criança com o agressor, consigo mesma e com o meio.

Furniss (1993), distingue factores externos e internos na manutenção do segredo. Do ponto de vista **externo** regista: ausência frequente de evidência médica (inexistência de provas forenses ou falta de preparação profissional para as detectar); estratégias de coacção ou suborno utilizadas pelo ofensor; medo e ansiedade da criança em relação às consequências da revelação; existência de tentativas de revelação anteriores mal sucedidas; falsas crenças de que o progenitor não agressor apoia sempre a criança.

Furniss (1993), explica que apesar da situação intolerável de que são vítimas, as crianças parece que se adaptam à experiência, devido à negação e anulação da agressão, determinada por factores **internos/interacionais** que assim reforçam o segredo: contexto em que ocorre a agressão, com um *input* sensorial mínimo (escuridão, silêncio, gestos estereotipados, ausência de contacto ocular, o que conduz a que a criança perceba a experiência como ambivalente, conflituosa e contraditória); ruptura com o *self* habitual do ofensor (que se comporta como se fosse outra pessoa, pelo tom de voz, linguagem, expressão facial. O agressor, assume assim dois papeis, o familiar/parental, protector, cuidador – antes e após a agressão sexual – e o de outra pessoa, perfeitamente estranha, desconhecida e não significativa, que a sujeita à violência); a própria interacção agressiva ocorre de forma estereotipada, com rituais de entrada e saída (frases, gestos) que “avisam” a criança que entrou ou saiu daquele momento, fazendo-a acreditar que naquele lapso de tempo nada ocorreu (espaço sem sequência lógica).

Estes factores fazem com que a criança viva a situação como uma irreabilidade, por vezes com dúvidas devastadoras da sua real experiência, podendo, inclusivamente normalizar o seu sentido, tentando, concomitantemente, e como defesa, não a integrar, sendo frequente a ocorrência de fenómenos dissociativos, potenciados ainda pelas características da interacção (Machado, 2002). Furniss (1993) assemelha assim o *síndrome do segredo* ao *síndrome do campo de concentração*, onde em ambos os casos a vítima internaliza a experiência traumática desenvolvendo, paradoxalmente, uma vinculação e uma lealdade muito fortes com o agressor. Por seu turno, Summit (1983, cit. in Fávero, 2003) caracteriza a adaptação psicológica da criança à violência sexual como um *síndrome de acomodação ao abuso sexual*, enquanto Perrone e Nannini (1998, cit. in Fávero, 2003) numa perspectiva semelhante, comparam a dinâmica agressiva a um

feitiço, que explica os comportamentos de resignação da vítima, que vive uma espécie de encantamento.

Furniss (1993) e Giarretto (1982, cit. in Alberto, 2006), defendem que o agressor é impelido a manter a situação agressiva pelo *síndrome de compulsão*, caracterizado pelo seguinte: o ofensor sabe que a agressão sexual está errada, que constitui crime e que provoca desordens na criança. A situação serve para satisfação e alívio de tensões egocêntricas e o processo surge por compulsão à repetição. Os sentimentos de culpa e o conhecimento das perturbações criadas na criança podem levar à intenção de interromper a violência, contudo, a gratificação sexual, utilizada para ultrapassar os sentimentos de frustração, leva também a uma dependência psicológica em relação à violência sexual, daí que a tentativa de parar com a situação acarrete a necessidade de lidar com sentimentos paroxísticos de ansiedade.

Quando o segredo é quebrado, não raras vezes ocorre a reorganização do silêncio “verificada na vítima ou na família, é favorecida pelos aspectos do sistema judicial que expõem a vítima, demoram muito a dar respostas concretas, não apresentam alternativas de sobrevivência à família, quando o agressor é o pai, ou, como costuma ocorrer nos abusos intrafamiliares em Portugal, determinam a retirada da criança do seu lar, o que representa para muitas delas um castigo” (Fávero, 2003, p. 103). Do ponto de vista da vítima, a lealdade que desenvolveu com o agressor faz com que tenda a voltar atrás na sua revelação, o que faz com que se reforce a crença de que muitas crianças mentem nestes casos.

Em síntese salientamos que no crime sexual exercido contra menores existem essencialmente duas dinâmicas implícitas que reforçam a sua prática e fazem, ainda hoje, com que haja um grande desconhecimento da sua real dimensão - a sedução e o segredo, talvez por isso existam autores que defendam que este é “O mais silenciado de todos os crimes” (Machado, 2002, p. 43).

8. PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL EXERCIDA CONTRA MENORES

A prevenção da violência sexual é um passo fundamental para diminuirmos os casos de agressões sexuais a menores, que, como pudemos constatar, representa uma larga fatia, muitas vezes oculta, dos índices de criminalidade e psicopatologia.

Existem muitas críticas, quer a nível nacional quer a nível internacional, no modo como se tratam as questões associadas às agressões sexuais a menores e à pedofilia. Das principais críticas salientam-se a falta de preparação dos agentes envolventes na compreensão do desenvolvimento infantil (Ribeiro, 2009); a falta de formação dos profissionais ao nível da pedofilia (Magalhães, 2002; Alberto, 2006); a falta de articulação entre o sistema judicial e de protecção, o que conduz a que a criança seja frequentemente sujeita a repetições de interrogatórios e exames, revitimizando-se (Ribeiro, 2009; Edwards, 1982, cit. in Alberto, 2006) e, por fim, a actuação quase que exclusiva da prevenção terciária (Alberto, 2006; Azevedo e Maia, 2006).

Neste sentido, diversos autores de diferentes nacionalidades apresentam propostas na área da prevenção das agressões sexuais a menores. Um dos aspectos mais salientados na literatura é a necessidade de informar e sensibilizar toda a comunidade, num diálogo e campanha pública nacional, responsável, saudável e correcta. Deste modo, todos devem ser abrangidos, desde os profissionais especializados, aos professores, às famílias, às crianças e à sociedade civil em geral. É igualmente fundamental envolver a comunicação social pela sua grande influência na construção de valores e mudança de crenças e atitudes. Resumindo, a prevenção deste tipo de crime deve ser da responsabilidade de todos e de cada um (Edwards, 1982, cit. in Alberto, 2006; Pinto da Costa, 1991; Magalhães, 2002; Alberto, 2006; Sanderson, 2005; Azevedo e Maia, 2006).

Outro aspecto muito salientado é a necessidade de uma formação inicial e contínua de todos os profissionais potencialmente envolventes na questão da violência sexual, quer sejam da área judicial, judiciária, social, psicológica, educacional ou da saúde (Magalhães, 2002; Alberto, 2006; Sanderson, 2005).

Outros autores falam da importância da promoção de valores e atitudes mais abrangentes como: a igualdade entre os sexos; o tratamento generoso a idosos e crianças; a vinculação segura e um diálogo aberto entre pais e filhos; a concessão de uma ajuda económica às famílias e a luta contra o abuso de poder (Taskinen, 1988, cit. in Alberto, 2006; Sanderson, 2005; Azevedo e Maia, 2006).

Sanderson (2005), alerta-nos ainda para a importância de protegermos as crianças contra um novo meio de sedução, o aliciamento na Internet, informando os pais e as crianças dos perigos e medidas de segurança a adoptar.

Ao nível da prevenção primária salienta-se ainda a importância da alteração da legislação; a criação de serviços específicos e a investigação científica na área das agressões sexuais a menores (Pinto da Costa, 1991; Magalhães, 2002; Alberto, 2006; Sanderson, 2005)

Ao nível da prevenção secundária salienta-se a necessidade de reforçar a educação e a formação nas famílias mais susceptíveis (Finkelhor, 1984; Magalhães, 2002). A detecção precoce e encaminhamento rápido, quer ao nível da instituição judiciária (Rodrigues, 1992, cit. in Alberto, 2006), quer ao nível dos exames médico-legais e preservação de provas (Pinto da Costa, 1991; Magalhães, 2002), são outro aspecto fundamental. Na avaliação de situações de violência sexual exercida contra menores é ainda crucial avaliar a criança como um todo, pois a combinação de sinais e sintomas em cada uma é diversa, não existindo um quadro sintomatológico padrão (Alberto, 2006).

Ao nível da prevenção terciária, uma das questões mais salientadas na literatura é a necessidade de intervenção psicoterapêutica e social conjugada e continuada de todos os elementos do sistema familiar, com vista à integração de todos os intervenientes, incluindo do agressor (Edwards, 1982, cit. in Alberto, 2006; Machado, 2002).

Outro aspecto muito enfatizado é a necessidade de diálogo e coordenação entre o Tribunal criminal e o de menores (Edwards, 1982, cit. in Alberto, 2006; Furniss, 1992), de modo a não incompatibilizar a intervenção terapêutica e a legal.

Por fim gostaríamos de dar especial destaque a dois planos de prevenção internacionais, pela diferença na abordagem ao tema, descentrando o papel da criança, focando o papel da psicopatologia e da evolução psicopatológica na análise e elaboração de medidas de protecção - o plano de prevenção do Child Molestation research & prevention institute (Estados Unidos da América) e o plano Stop It Now (Reino Unido e Irlanda). Estas duas abordagens defendem que os agressores sexuais de menores actuam por um distúrbio de conduta sexual desviante dirigida a crianças e que esta desordem pode ser detectada precocemente, mesmo antes do indivíduo ter actuado sob a sua patologia. Ou seja, estes planos de prevenção pretendem aumentar a consciência de que a pedofilia é uma desordem que pode ser tratada. A ênfase é colocada sobretudo no agressor latente, promovendo as condições para que ele procure ajuda antes de transgredir (Abel e Harlow, 2001; Sanderson, 2005; Child Molestation research & prevention institute, 2009).

III - PROPOSTA DE UM PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EXERCIDA CONTRA MENORES

1. MATERIAL E MÉTODOS

A violência sexual exercida contra menores é uma problemática que afecta milhares de crianças em todo o mundo. A complexidade do tema e a questão do segredo fazem com que esta temática, embora muito estudada, esteja ainda nos primórdios da sua verdadeira dimensão, do seu real conhecimento. Por outro lado, as consequências físicas, psicológicas e sexuais de uma situação desta natureza, fazem com que nos pareça urgente a criação de um plano nacional de prevenção de violência sexual exercida contra menores.

Cada técnico, na especificidade da sua área de actuação, seja ela social, médica, psicológica, educacional, legal ou judiciária e que tenha implicação directa na questão da agressão sexual de menores, acaba por defender determinadas práticas e apontar determinados pontos fortes e fracos na questão da prevenção. Deste modo, dados os trabalhos e conhecimentos que existem neste âmbito, considerámos pertinente analisar esses mesmos pareceres e perspectivas e utilizá-los de forma articulada, unindo-os e unificando-os de maneira a que se complementem sem que se danifiquem, criando uma proposta de um plano nacional de prevenção de violência sexual exercida contra menores que se coadune com a realidade portuguesa.

Neste capítulo damos especial ênfase aos aspectos relacionados com o estudo empírico em si, salientando a metodologia de investigação, a técnica de recolha de informação e os procedimentos adoptados na análise de dados. São ainda explanados os critérios de selecção dos participantes e sua caracterização sócio-profissional.

Este estudo adopta uma metodologia qualitativa, assente numa abordagem interpretativa de significados, experiências e vivências de uma série de profissionais altamente qualificados e experientes na área da violência sexual exercida contra menores. Deste modo, pretende-se criar uma articulação entre as diferentes perspectivas e pareceres, a fim de gerar mais riqueza e profundidade na maneira como todos nós compreendemos esta realidade, para que melhor a possamos prevenir.

Os critérios de selecção dos participantes no estudo prenderam-se com as seguintes variáveis: que trabalhem ou tenham trabalhado directamente com vítimas/agressores sexuais de menores; que representem uma das áreas: social, judicial, jurídica, saúde, psicológica, educacional; que representem instituições ou entidades governamentais e não governamentais ligadas à temática da violência sexual e que tenham um tempo de serviço superior a 5 anos.

Depois de seleccionados os sujeitos procedeu-se a um primeiro contacto que pretendia auscultar o seu interesse para a participação na investigação, explicando, genericamente, o tema do estudo e os objectivos do mesmo. Este primeiro contacto foi

feito via telefone ou via e-mail, consoante os casos. Como sucede em muitos estudos, algumas pessoas inicialmente contactadas acabaram por não participar na investigação, ou por não terem respondido ao e-mail inicial ou por alegarem indisponibilidade. Não obstante, como aquilo que se pretende num estudo qualitativo é a recolha de informação detalhada e em profundidade sobre um determinado tema, as questões de amplitude da amostra não se colocam.

Na recolha de dados optámos pela técnica de entrevista, utilizando a entrevista semi-directiva, pois considerámos este o melhor método de análise dos diferentes pareceres e perspectivas dos entrevistados, uma vez que a informação obtida é altamente detalhada.

Neste estudo, o guião de entrevista (Anexo I) foi elaborado tendo por base a revisão bibliográfica precedente. O guião de entrevista está dividido em duas secções distintas. Na primeira parte são recolhidos dados sócio-profissionais e a segunda parte, por seu turno, comporta as questões que efectivamente interessam ao estudo propriamente dito. As duas primeiras questões remetem-nos para os aspectos que o entrevistado considera positivos e negativos, respectivamente, na área da prevenção das agressões sexuais a menores em Portugal. A terceira questão pretende recolher informação sobre as propostas que o sujeito considera relevantes na prevenção desta problemática. Por fim é colocada uma última questão aberta, onde se ausculta o interesse do entrevistado em acrescentar alguma informação ao que foi dito.

Neste estudo participaram um total de sete sujeitos de diferentes áreas (psicológica, social, educacional, judicial, judiciária, médica), com grau académico distinto, desde licenciados a doutorados e com formação na área da psicologia, do direito, da medicina e da educação. Em termos de tempo de serviço, estes variam entre um mínimo de seis e um máximo de trinta e nove anos. Todos os entrevistados trabalham e/ou trabalharam directamente com vítimas/agressores sexuais de menores e representam instituições ou entidades governamentais e não governamentais ligadas à temática da violência sexual.

As entrevistas foram realizadas em diferentes locais, de acordo com a disponibilidade e comodidade dos entrevistados, sendo que a maior parte foi conduzida no local de trabalho do sujeito. Neste estudo a recolha de informação demorou cerca de quatro meses, estendendo-se de 29 de Outubro de 2009, altura em que se realizou a primeira entrevista, a Fevereiro de 2010. A duração das entrevistas variou entre os 5 e os 25 minutos. À medida que as entrevistas eram efectuadas iam sendo integralmente transcritas a fim de se poder proceder a uma análise detalhada do seu conteúdo.

De salientar que tivemos o cuidado de manter uma postura neutral antes e no decorrer das entrevistas, a fim de evitar influenciar o discurso do entrevistado, mantendo, concomitantemente, uma atitude de interesse por todos os pontos abordados, certificando-nos de que o sujeito dava continuidade ao seu raciocínio.

Como já foi referido, o guião de entrevista foi elaborado tendo por base a revisão bibliográfica precedente. A interpretação de resultados foi feita através de uma análise de conteúdo, baseada numa grelha de análise constituída pelas seguintes categorias temáticas: investigação, informação, formação e acção. A análise das entrevistas focalizou-se no discurso dos sujeitos, na identificação dos temas principais e frequência da sua ocorrência, tendo sempre por base a literatura que se debruça sobre a temática da violência sexual exercida contra menores.

A análise de conteúdo efectuou-se em dois momentos distintos. Num primeiro momento procedeu-se a uma análise *vertical* detalhada de cada uma das entrevistas separadamente, que culminou com a elaboração de um pequeno sumário do discurso dos sujeitos relativamente a cada uma das categorias temáticas. Num segundo momento efectuou-se uma análise *horizontal*, ou seja, procedeu-se a uma comparação sistemática entre as diferentes análises individuais, relativamente a cada uma das categorias temáticas abordadas.

Para além do exposto, contribuiu ainda para este estudo a recolha bibliográfica precedente, incluindo a consulta de propostas de autores internacionais que serão abordadas oportunamente aquando da discussão do presente estudo.

2. PROPOSTA DE UM PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EXERCIDA CONTRA MENORES

Do nosso ponto de vista, acreditamos ser fundamental o arranque de iniciativas no âmbito da prevenção dos maus tratos a menores, iniciativas essas que devem ser pensadas e planeadas de modo sério e holístico, com a intervenção de pareceres de diferentes técnicos especializados e altamente experientes, juntamente com o poder político e legislativo. Ou seja, apesar de não podermos almejar nunca um plano perfeito e com resultados imediatos na área da prevenção da violência sexual exercida contra menores, acreditamos que temos as condições técnicas e humanas suficientes para que se dê início a projectos válidos desta índole. Obviamente que a aplicação de estratégias, disponibilização de meios e realização de diferentes acções irá suscitar discussão, muitas outras questões se levantarão e muitos outros desafios e entraves de colocarão, mas só estaremos preparados para os solucionar se de facto dermos o primeiro passo, pois o *caminho faz-se caminhando*. Julgamos que não devemos aceitar mais uma sociedade alicerçada na prevenção terciária ou na não intervenção, devemos sim procurar e iniciar uma prevenção de raiz, pensando na estabilidade do ser humano e na evolução da humanidade.

O objectivo geral deste nosso estudo é a elaboração de uma proposta de um plano nacional de prevenção de violência sexual exercida contra menores, que permita diminuir a incidência e prevalência de menores sexualmente agredidos/agressores sexuais de menores. Esta proposta é apresentada neste capítulo, onde se encontram ainda discriminados os objectivos específicos e, para cada um deles, são definidas estratégias, meios e acções de consecução, não esquecendo de os enquadrar no respectivo nível de prevenção.

Naturalmente que para o êxito desta proposta é fundamental a tutela, financiamento e orientação governamental, nomeadamente do Ministério da Educação, da Saúde, da Justiça, do Trabalho e da Solidariedade Social, da Administração Interna e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Deste modo, apesar de não serem sistematicamente referidos enquanto meios de consecução dos diferentes objectivos propostos, estas estruturas devem patrocinar e coordenar, em articulação, todas as acções apresentadas neste projecto de prevenção.

De salientar que este plano está academicamente dividido em quatro áreas distintas mas perfeitamente interligadas entre si, são elas a área da investigação; a área da formação; a área da informação e, por fim, a área da acção. Para cada uma das áreas estão definidos um ou mais objectivos de acordo com a especificidade da população alvo ou da própria temática envolvente, sendo que cada uma das iniciativas propostas acaba

por, de um modo ou de outro, dinamizar e interferir em cooperação com as outras acções apresentadas.

A - ÁREA DA INVESTIGAÇÃO

A1 - Objectivo específico: Aumentar o conhecimento científico sobre a sexualidade infantil e a violência sexual exercida contra menores.

Nível de prevenção: primário.

Estratégias: Promover e realizar investigação científica na área da sexualidade infantil e da violência sexual exercida contra menores.

Meios: Universidades e Institutos politécnicos do sector privado e público.

Acções: Por exemplo: Delimitação do conceito de agressões sexuais a menores para a realidade portuguesa; Auscultação de mitos e tabus da população e dos profissionais em relação à sexualidade infantil e à violência sexual exercida contra menores; Auscultação dos hábitos dos menores na Internet, assim como da vigilância e meios de segurança imputados pelos pais; Auscultação junto dos jovens de potenciais contactos inoportunos na Internet e modo como actuaram; Investigação directa com agressores/potenciais agressores; entre outros.

B - ÁREA DA INFORMAÇÃO

B1 - Objectivo específico: Aumentar o conhecimento da população geral sobre a questão da sexualidade infantil e da violência sexual exercida contra menores.

Nível de prevenção: primário.

Estratégias: Utilizar os meios de comunicação social para informar a população geral dos conhecimentos científicos em relação à sexualidade infantil e violência sexual exercida contra menores, assim como dos serviços de apoio disponíveis e formas de encaminhamento protocolares.

Meios: Comunicação social; elaboração e afixação de cartazes em locais específicos da comunidade (Centros de Saúde; Juntas de Freguesia; Postos da GNR; Câmaras Municipais e outros serviços camarários, entre outros).

Acções: Por exemplo: Debates e entrevistas a técnicos especializados que trabalhem directamente com esta temática; apresentação de anúncios informativos (dados epidemiológicos, sinais de alarme, consequências; evolução psicopatológica do potencial agressor/agressor; serviços telefónicos, sítios da Internet, formas de encaminhamento protocolares,...); a questão da Internet como meio de muitos sujeitos com pedofilia aliciarem menores deve ser igualmente abordado, assim como as questões de segurança e protecção.

Nota: A mudança atitudinal da população é fundamental para que esta por um lado compreenda a dimensão da questão e por outro desenvolva competências de detecção e encaminhamento, não tolerando esta situação ao mesmo tempo que compreende a necessidade de tratar precocemente os sujeitos com pedofilia. O facto de abranger a população geral abarca, necessariamente e propositadamente, vítimas, técnicos, agressores e potenciais agressores.

B2 - Objectivo específico: Aumentar o conhecimento das crianças e jovens em relação à sexualidade.

Nível de prevenção: primário.

Estratégias: Promover e realizar acções de educação sexual para crianças e jovens.

Meios: Escolas, desde creches a secundárias, englobando desde o sector privado ao sector público. Os professores e educadores devem ter formação específica (ver área da formação - objectivo específico C1).

Acções: as acções de educação sexual devem ser adaptadas ao nível de desenvolvimento dos menores, sendo fundamental que as crianças e jovens percebam a sexualidade não como algo nefasto mas sim como parte do desenvolvimento. É importante focar a importância da afectividade, o conhecimento do corpo, o toque bom e mau, a pessoa e local seguro, entre outros. A Internet como meio de muitos sujeitos com pedofilia aliciarem crianças deve ser igualmente abordado, assim como as questões de segurança e protecção.

Nota: Existem projectos neste sentido que estão este ano lectivo a arrancar ao abrigo da Lei 60 de 6 de Agosto de 2009. O relatório final do grupo de trabalho de educação sexual, coordenado pelo Professor Doutor Daniel Sampaio, deve igualmente ser consultado.

B3 - Objectivo específico: Aumentar o conhecimento das famílias sobre questões educativas, desenvolvimentais, parentais, afectivas e ainda sobre a temática da violência, incluindo a sexual, ao mesmo tempo que se pretende promover a vinculação entre pais e filhos (biológicos/afectivos).

Nível de prevenção: primário.

Estratégias: Promover e realizar acções de educação parental colectivas junto dos pais nas Escolas; Promover e realizar acções de educação parental individual junto dos pais nos Centros de Saúde e Maternidades aquando as consultas de vigilância de saúde materna/infantil. Promover e realizar visitas domiciliárias com o intuito de educar a diferentes níveis as famílias sinalizadas.

Meios: Escolas, desde creches a secundárias, englobando desde o sector privado ao sector público; Centros de Saúde; Maternidades. A educação parental deve ser realizada

por psicólogos com formação na área do desenvolvimento e da violência. As visitas domiciliárias deveriam ser realizadas por técnicos de diferentes áreas (Enfermeiros, Psicólogos, Técnicos Superiores de Serviço Social, entre outros, dependendo das carências envolvidas na especificidade de cada família.

Acções: Por exemplo: importância dos vínculos afectivos, do tempo em família, da afectividade e da comunicação; estratégias para lidar com comportamentos disfuncionais da criança; desenvolvimento de competências parentais assertivas; promoção do desenvolvimento global; incluir ainda a temática da violência em geral e da violência sexual em particular, esclarecendo e informado, ao mesmo tempo que ensina estratégias para comunicar com a criança sobre a sexualidade; a Internet como meio de muitos sujeitos com pedofilia aliciarem crianças deve ser igualmente abordado, assim como as questões de segurança e protecção; outros temas de acordo com as necessidades, dúvidas e dificuldades sentidas pelos pais.

Nota: as reuniões de pais e as consultas de vigilância materna/infantil seriam um momento oportuno para a realização das acções de educação parental.

A vinculação deve ser promovida mesmo antes a concepção e deve sempre ser avaliada e reforçada, quer durante a gravidez, quer ao longo do crescimento do menor.

B4 - Objectivo específico: Prestar apoio informativo individualizado a técnicos, famílias e comunidade geral sobre questões relacionadas com a violência sexual exercida contra menores e a sexualidade infantil.

Nível de prevenção: primário e secundário.

Estratégias: criação de uma linha telefónica gratuita e de um sítio na Internet que preste apoio informativo na temática das agressões sexuais a menores e sexualidade infantil; divulgação destes serviços (contemplado no objectivo B1).

Meios: Sítio da Internet e serviço telefónico ligados a instituições governamentais, com funcionamento 24 horas por dia, 365 dias por ano. A divulgação destes serviços deve ser feita pelos meios de comunicação social (contemplado no objectivo B1).

Acções: o apoio informativo disponível deve funcionar no sentido de esclarecer comunidade e técnicos acerca de questões e dúvidas ligadas ao crime sexual exercido contra menores e sexualidade infantil, incluindo formas de encaminhamento protocolares dos casos suspeitos. O sítio da Internet deve conter informação científica e actualizada, de fácil acesso e consulta, deve ainda conter espaço para dar resposta às questões mais frequentes e, por fim, deve disponibilizar um serviço e-mail. Em ambas as situações, sempre que for requerido, deve ser respeitada a confidencialidade e anonimato dos intervenientes.

C - ÁREA DA FORMAÇÃO

C1 - Objectivo específico: Habilitar professores e educadores a realizarem acções de educação sexual junto dos seus alunos.

Nível de prevenção: primário.

Estratégias: Promover e realizar acções de formação de formadores a professores e educadores na área da sexualidade.

Meios: Escolas, desde creches a secundárias, englobando desde o sector privado ao sector público.

Acções: Acções de formação de formadores na área da sexualidade promovidas e realizadas por técnicos habilitados neste âmbito.

Nota: Existem projectos neste sentido que estão este ano lectivo a arrancar ao abrigo da Lei 60 de 6 de Agosto de 2009. O relatório final do grupo de trabalho de educação sexual, coordenado pelo Professor Doutor Daniel Sampaio, deve igualmente ser consultado.

C2 - Objectivo específico: Dotar os profissionais de conhecimentos que lhes permitam detectar precocemente e encaminhar de modo célere e correcto, situações de violência sexual exercida contra menores.

Nível de prevenção: primário e secundário

Estratégias: Incluir a temática da violência em geral e da violência sexual exercida contra menores em particular em todos os programas curriculares de licenciaturas/mestrados integrados de todos os futuros profissionais que, de um modo ou de outro, possam ter intervenção directa ou indirecta com crianças, agressores e suas famílias; Promover formações contínuas de todos os técnicos que, de um modo ou de outro, possam ter intervenção directa ou indirecta com crianças, agressores e suas famílias.

Meios: Universidades e Institutos politécnicos pertencentes ao sector público e privado; Unidades de formação contínua dos diferentes serviços, em articulação com entidades governamentais e não governamentais ligadas à problemática da violência.

Acções: Os programas curriculares e a formação contínua devem incluir todo o conhecimento científico e modos de actuação assertivos perante casos suspeitos e confirmados, de acordo com a especificidade de cada uma das áreas de actuação, não esquecendo a importância da articulação e da pluridisciplinariedade (ver objectivo D1).

C3 - Objectivo específico: Especializar profissionais que trabalhem directamente no âmbito da protecção, avaliação, investigação e intervenção nas questões associadas à violência sexual exercida contra menores.

Nível de prevenção: primário, secundário e terciário.

Estratégias: Promover a especialização dos profissionais que trabalhem directamente no âmbito da protecção, avaliação, investigação e intervenção das questões associadas à agressão sexual de menores.

Meios: Universidades e Institutos politécnicos pertencentes ao sector público e privado.

Acções: Criação de especializações, pós-graduações, mestrados e doutoramentos ligados à temática da violência, incluindo a violência sexual exercida contra menores.

Nota: a experiência profissional neste âmbito é, com certeza, uma mais-valia e um modo de especialização de muitos profissionais.

D - ÁREA DA ACÇÃO

D1 – Objectivo específico: Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores, de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos.

Este objectivo específico encontra-se dividido em duas alíneas complementares e estritamente interligadas entre si, a primeira voltada para a operacionalização, ou seja, para a articulação de recursos; e a segunda para o conteúdo de concretização dessa mesma proposta, ou seja, para a criação de equipas multidisciplinares e de um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos.

D1' - Objectivo específico: Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores, de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos.

Nível de prevenção: secundário e terciário.

Estratégias: Agendamento de reuniões nacionais com os responsáveis de cada distrito, onde também devem estar presentes membros de organizações não governamentais; Agendamento de reuniões locais periódicas com os técnicos e especialistas responsáveis pelos recursos de determinado distrito, onde também devem estar presentes membros de organizações não governamentais; Agendamento de reuniões locais periódicas com os técnicos e especialistas responsáveis pelos recursos de determinada comunidade; Agendamento de reuniões para cada instituição/serviço específico.

Meios: Comissões de Protecção de Crianças e Jovens; Redes Sociais ou outros serviços camarários; Hospitais (Pediátricos, Psiquiátricos, Distritais, Gerais); Centros de Saúde; Escolas (desde creches a secundárias, do sector privado ao público); Polícia Judiciária; Guarda Nacional Republicana; Polícia de Segurança Pública; Departamentos de Investigação e Acção Penal; Tribunais de Família e Menores; Instituto de Medicina Legal; Instituto de Reinserção Social; Instituto Português da Juventude; certas Faculdades, nomeadamente de Psicologia que possam desempenhar um papel importante na

avaliação de vítimas, famílias e agressores; Centros de Acolhimento e Lares - privilegiando a pluridisciplinariedade e incluindo organizações não governamentais, como a APAV e o IAC, entre outras.

Acções: as reuniões devem ser uma forma de partilha de saberes e experiências, com vista à promoção de um encaminhamento célere e correcto dos casos, criando-se um assim um protocolo de actuação que maximize os recursos e minimize a necessidade de repetição de exames e entrevistas à alegada vítima. Todos os tópicos discutidos e modos de actuação devem ser posteriormente partilhados com os colegas de trabalho de cada um dos intervenientes directos das reuniões, para que todos os técnicos das mais diversas áreas e comunidades saibam agir e actuar de acordo com o protocolo estabelecido (ver objectivo específico D1’’).

Nota: Na cidade de Coimbra existe um projecto de articulação semelhante.

Este objectivo específico D1’, como foi referido anteriormente, é sobretudo voltado para a operacionalização, ou seja, para a articulação de recursos.

D1’’ - Objectivo específico: Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores, de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos.

Nível de prevenção: secundário e terciário.

Estratégias: Criação de equipas pluridisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos.

Meios: Comissões de Protecção de Crianças e Jovens; Redes Sociais ou outros serviços camarários; Hospitais (Pediátricos, Psiquiátricos, Distritais, Gerais); Centros de Saúde; Escolas (desde creches a secundárias, do sector privado ao público); Polícia Judiciária; Guarda Nacional Republicana; Polícia de Segurança Pública; Departamentos de Investigação e Acção Penal; Tribunais de Família e Menores; Instituto de Medicina Legal; Instituto de Reinserção Social; Instituto Português da Juventude; certas Faculdades, nomeadamente de Psicologia que possam desempenhar um papel importante na avaliação de vítimas, famílias e agressores; Centros de Acolhimento e Lares - privilegiando a pluridisciplinariedade e incluindo organizações não governamentais, como a APAV e o IAC, entre outras.

Acções: Definição de equipas vocacionadas para a detecção, protecção, avaliação, investigação, intervenção. Definição de um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos.

Nota: como foi referido, esta alínea é sobretudo voltada para o conteúdo de concretização desta mesma proposta, ou seja, para a criação de equipas

multidisciplinares e de um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos.

D2 - Objectivo específico: Detectar precocemente indivíduos com predisposição para a pedofilia ou com pedofilia e iniciar uma intervenção terapêutica ou intervenção terapêutica preventiva imediata.

Nível de prevenção: primário, secundário e terciário.

Estratégias: Criação e divulgação de instituições e serviços adaptados para avaliar e apoiar (a nível psicológico, psiquiátrico, jurídico e social) agressores e potenciais agressores.

Meios: Hospitais, Universidades, linha telefónica (número verde) pertencente a uma organização governamental.

Acções: Criação e divulgação de uma linha telefónica confidencial, para além de outras unidades de atendimento presenciais, para que o agressor/potencial agressor tenha disponíveis meios de ajuda na resolução da sua perturbação. Formação de técnicos habilitados na área da violência sexual exercida contra menores para prestarem apoio especializado aos intervenientes neste tipo de problemática (contemplado no objectivo específico C3). Criação de protocolos para avaliação e intervenção nos casos suspeitos e confirmados de pedofilia.

D3 - Objectivo específico: Legislar no sentido de apoiar legalmente o presente plano de prevenção de agressões sexuais a menores.

Nível de prevenção: primário, secundário e terciário.

Estratégias: Legislar no sentido de viabilizar as declarações para memória futura, gravadas em áudio e vídeo, proibindo a repetição de entrevistas ao menor vítima de agressão sexual. Legislar no sentido de adopção de medidas terapêuticas durante a condenação e de medidas de monitorização após libertação dos agressores condenados.

Meios: O legislador deve ser apoiado pelos elementos da equipa multidisciplinar que participam nas reuniões de âmbito nacional.

3. DISCUSSÃO

A prevenção é uma área pouco privilegiada pelos diferentes governos, incluindo o português, a prevenção de agressões sexuais a menores não é excepção. As questões envolvidas nesta problemática, quer para os menores, quer para a família, quer para o próprio agressor e até para a sociedade em geral, fazem da prevenção uma verdadeira e premente necessidade (Pinto da Costa, 1991; Maia e Azevedo, 2006)

O objectivo geral do nosso estudo vai ao encontro dessa mesma necessidade e visa exactamente a elaboração de uma proposta de um plano nacional de prevenção de violência sexual exercida contra menores, pretendendo oferecer uma visão holística e partilhada da questão, envolvendo pareceres de diferentes personalidades e entidades associadas à temática do crime sexual, sempre apoiada na revisão de literatura precedente, contando ainda com a nossa própria contribuição e visão pessoal.

Derivado deste objectivo geral, a finalidade do nosso plano de prevenção é precisamente a diminuição da prevalência e incidência de menores sexualmente agredidos. Contudo, iríamos mais além e arriscávamos em definir como meta global do plano a diminuição da incidência e prevalência de indivíduos com pedofilia e de agressores sexuais de menores colocando, logo à partida, a carga da acção não na criança mas sim no sujeito agressor. Para a consecução deste objectivo é necessário reunir esforços e pensar com prudência diferentes estratégias que englobem todo o território, toda a comunidade e todos os profissionais que de uma forma ou de outra possam contribuir para este fim. Ou seja, a prevenção de agressões sexuais a menores tem que passar por todos e por cada um de nós para que, de uma forma articulada, tenhamos a consciência e os conhecimentos necessários para ponderar e actuar de modo eficaz e eficiente perante os casos.

No entanto, para o êxito deste projecto de prevenção é fundamental a tutela, financiamento, direcção, orientação e apoio governamental, nomeadamente do Ministério da Educação, da Saúde, da Justiça, do Trabalho e Solidariedade Social, da Administração Interna e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Todas estas entidades devem coordenar e patrocinar o programa preventivo, conferindo-lhe dinamismo e idoneidade, sempre numa perspectiva articulada e focada nos objectivos propostos.

Magalhães (2002), no mesmo sentido, refere a necessidade de articulação de organizações governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais que se dedicam à questão da violência sexual exercida contra menores, envolvendo igualmente a sociedade civil em geral, certos grupos específicos da comunidade, universidades e cientistas, para que os planos de prevenção traçados tenham como finalidade a promoção de alterações a diferentes níveis (económicas, culturais, normativas, etc.),

necessárias para que se minimizem os ambientes disfuncionais, potenciadores de violência.

Como é também defendido pela autora (Magalhães, 2002), um outro aspecto fundamental na aplicação de programas de prevenção é a sua longa duração, com as eventuais e necessárias alterações pontuais, sempre assente numa avaliação cuidada, baseada em indicadores de fiabilidade, validade e eficácia da intervenção.

Como foi referido no capítulo antecedente, o plano de prevenção proposto encontra-se dividido em quatro áreas basilares de actuação que, mais uma vez de modo interdependente, devem coexistir articuladamente. São elas a área da investigação, a área da informação, a área da formação e a área da acção. Para cada uma das áreas está prevista a concretização de um ou mais objectivos específicos, onde por sua vez se propõem meios, estratégias e acções de os alcançar.

Seguidamente procedemos à análise e discussão do plano nacional de prevenção de violência sexual exercida contra menores proposto nesta dissertação, acompanhando os pontos focados e explicando, de forma crítica e sempre apoiada na revisão bibliográfica e nas entrevistas conduzidas, cada uma das opções, não esquecendo de demonstrar a necessidade de interligação entre as diferentes propostas.

A - Área da investigação

Antes de iniciar a apresentação deste tema, importa salientar que a questão da Internet é referida repetidas vezes ao longo do plano de prevenção, sobretudo na área da investigação, informação e formação, e ela merece de facto um especial enfoque. Na realidade, o aliciamento de menores pela Internet, assim como os números de visitas a sítios de pornografia infantil, aproximam-nos mais da verdadeira dimensão da pedofilia. Este assunto é retractado na literatura, por exemplo por Sanderson (2005).

A Internet acaba por conferir ao sujeito com pedofilia uma acessibilidade muito mais facilitada a menores, seja ela física (se conseguir um encontro) ou apenas virtual (visionamento de crianças que estão no seu quarto com uma *web cam* ligada; de fotografias e filmes caseiros grandemente difundidos pelas diversas redes sociais; de crianças protagonistas nas fotografias e filmes pornográficos). Um sujeito com pedofilia referia, inclusivamente, que o “sonho de qualquer pedófilo era que cada criança tivesse no seu quarto um computador ligado à Internet e uma *web cam*” (Sanderson, 2005, p.139) – situação cada vez mais real, sobretudo pela distribuição no nosso país (e noutros) de computadores *Magalhães* a crianças do ensino básico.

Esta maior acessibilidade a crianças e jovens pode responder a diferentes necessidades do sujeito com pedofilia, como seja a sua desinibição interna e externa; o acesso real a menores ou apenas a gratificação sexual conferida pela possibilidade de os

observar (Finkelhor, 1984; Sanderson, 2005). No seguimento desta linha, é de todo o interesse focar que muitos destes sujeitos podem nunca chegar a agredir sexualmente e presencialmente crianças. Alguns obtêm prazer sexual apenas pelo visionamento de menores em situações absolutamente quotidianas, pois o que os excita é a inocência da própria infância. Outros vão seduzindo o menor, ao mesmo tempo que o comprometem, para que este realize comportamentos e acções de crescente exposição e erotização do próprio corpo. Outros acedem à pornografia infantil obtendo prazer sexual pelo visionamento desde fotografias ou cenas de carácter sensual até fotografias ou cenas de pendor sádico (Sanderson, 2005). Outros porém, iniciam uma escalada de estímulos, baseada no ciclo de fantasia-masturbação-orgasmo, tendo necessidade de pôr em prática as suas fantasias com uma ou mais crianças (Sullivan e Beech, 2004, cit. in Sanderson, 2005).

Todos estes conhecimentos (e outros), referentes à Internet e sua relação com a pedofilia, são de total relevância e devem, no nosso ponto de vista, fazer parte integrante de toda a (in)formação a ser difundida, não esquecendo que esta deve também ser uma área de eleição para a investigação científica ligada a este tipo de criminalidade.

As investigações no âmbito do crime sexual tendo como prelúdio o *ciber* espaço, devem iniciar-se pela auscultação dos hábitos dos menores em relação ao computador em geral e à Internet em particular. Estas ferramentas são extremamente úteis para todos nós, sobretudo para as crianças e jovens, quer pelo seu valor educativo, informativo, lúdico mas também pela sua componente social, pois o menor, ao contrário do que o senso comum julga, utiliza a Internet sobretudo para comunicar, a diferença é que o outro pode ser qualquer um fazendo-se passar por qualquer outro (Sanderson, 2005). Desta forma, é necessário inventariar quais as faixas etárias, grupos sociais e regionais que têm acesso a computadores ligados à Internet; se estes são pessoais, se pertencem à família ou a outras instituições; onde estão colocados (quarto do menor, escritório, sala, outras divisões da casa); se estão ligados a uma *web cam*; quais os mecanismos de segurança e monitorização parental; quais os sítios mais visitados; quais as redes sociais em que estão implicados; quem são os sujeitos com quem comunicam (estranhos, conhecidos, familiares, amigos...); quais os cuidados do próprio em relação à sua identidade pessoal e segurança; averiguar ainda se já foram alvo de contactos inoportunos na Internet ou se visitaram acidentalmente sítios de conteúdo pornográfico envolvendo crianças e jovens e forma como actuaram; entre outros. De salientar que existe um estudo que engloba o Ministério da Educação e a Microsoft, que tenta averiguar algumas destas questões, ao mesmo tempo que desenvolve acções de informação para menores e pais sobre a temática da segurança e da protecção na Internet (sítio da Microsoft).

A área da investigação é portanto uma mais-valia e uma necessidade na dinamização e consecução do plano de prevenção, como também defendem Alberto (2006) e Pinto da Costa (1991). A investigação científica na área da sexualidade infantil e do crime sexual contra menores deve prosseguir no sentido de actualizar conhecimentos e validar estudos para a realidade do nosso país. Fávero (2003) refere esta mesma carência, acrescentando a importância da delimitação do conceito de agressão sexual a menores para a sociedade portuguesa, uma vez que, como vimos na primeira parte deste estudo, existe uma grande dificuldade conceptual em volta desta problemática, com variações importantes na análise inter-cultural.

De entre os estudos propostos no plano de prevenção, além dos já referidos e associados à Internet, encontram-se investigações que pretendem realizar uma auscultação cuidada de mitos e tabus da população e dos profissionais em relação à sexualidade infantil e à agressão sexual de menores, pois existe uma grande ignorância em volta deste tema (Fávero, 2003). Só percebendo estas carências e lacunas podemos direccionar a (in)formação, de forma a melhor preparar a população geral e os diferentes profissionais a detectar precocemente e a encaminhar de modo célere e correcto os casos suspeitos.

Resta fazer uma última ressalva para a questão da investigação directa com agressores e potenciais agressores sexuais de menores. Esta é sem dúvida uma questão de total relevância e com pouca expressividade em termos de investigação científica, uma vez que, como nos mostra a literatura (p.e. Fávero, 2003; Gonçalves, 2005, Sanderson, 2005), a maioria dos ofensores sexuais de menores são desconhecidos. No entanto, com a implementação deste plano de prevenção, nomeadamente no que diz respeito ao ponto D2 da área da acção, prevê-se que esta questão estará a médio longo prazo facilitada, criando-se assim as condições para entendermos esta problemática do ponto de vista do agressor. No entanto, deixo este assunto para ser discutido detalhadamente mais adiante (ver objectivo D2 - *Detectar precocemente indivíduos com predisposição para a pedofilia ou com pedofilia e iniciar uma intervenção terapêutica ou intervenção terapêutica preventiva imediata*).

Julgamos que os estudos sugeridos são uma base sólida para assim caracterizarmos a realidade do nosso país em relação à sexualidade infantil e à problemática das agressões sexuais a menores, como também alega Magalhães (2002). Depois deste primeiro levantamento muitas outras propostas de investigações neste âmbito serão pertinentes, devendo posteriormente ser analisadas.

A investigação será então uma ferramenta indispensável ao nível da prevenção primária e terá como meios auxiliares as Universidades e Institutos Politécnicos, sendo fundamental que os estudos se realizem em diferentes domínios do conhecimento, seja

ele associado à área da saúde, do direito, da sociologia, da psicologia, da educação ou outros, pois esta é uma problemática multi-disciplinar (Fávero, 2003).

B - Área da informação

O objectivo comum desta área de intervenção é o de informar desde a criança mais pequena ao idoso, do habitante do litoral ao centro, do norte ao sul do país, do indivíduo sem qualquer escolarização ao quadro superior, do sujeito com pedofilia ao terapeuta ou ao juiz. Ou seja, a informação, para ser fluida e mudar mentalidades, atitudes, tabus e crenças deverá estar disponível e acessível a todos, sem excepção.

Deste modo, para que se cumpra esta necessidade, optámos por discriminar quatro objectivos distintos a alcançar nesta área, alguns têm como público-alvo a população geral, outros, por seu turno, indivíduos pertencentes a determinado grupo específico.

B1 - Aumentar o conhecimento da população geral sobre a questão da sexualidade infantil e da violência sexual exercida contra menores

Como nos mostra Fávero (2003) e Sanderson (2005), existem muitos mitos e falsas crenças em torno destes temas, situação que conduz com frequência a que, pelo desconhecimento, as crianças não estejam de facto protegidas e as pessoas não estejam alertadas para determinados sinais de alarme e situações de risco. Por outro lado, existe a dificuldade por parte das famílias e de alguns técnicos em encaminhar de forma correcta e eficaz os casos suspeitos, pelo que a informação e divulgação de serviços deve ser igualmente uma preocupação primordial. Magalhães (2002), Alberto (2006), López e Sanches (1995), Pinto da Costa (1991) e Sanderson (2005) ressaltam que a prevenção de agressões sexuais a menores é da responsabilidade de todos, sendo então fundamental informar, sensibilizar e estimular a opinião pública sobre esta questão. Três dos entrevistados diziam exactamente isto: *Eu acho que vai essencialmente com uma campanha de educação junto de todos nós, de sabermos como lidar com essas situações* (Excerto da entrevista - E1); *Maior abertura social ao problema (...) melhor saúde e melhor educação* (Excerto da entrevista E2); *quanto mais chegarmos à população em geral melhor estamos aqui a ir no caminho da prevenção* (Excerto da entrevista E3).

Do nosso ponto de vista, este é um dos objectivos mais importantes do plano de prevenção proposto, pois é sabido que a informação gera assertividade e mudança atitudinal. A mudança atitudinal da população é essencial para que esta por um lado compreenda a dimensão da questão, esclareça dúvidas, falsas crenças e mitos, e por outro desenvolva competências de detecção e encaminhamento de casos suspeitos. Com o conhecimento, a comunicação e o debate, promovemos uma atitude colectiva que não mais tolera as agressões sexuais a menores, ao mesmo tempo que compreende a

necessidade de tratar precocemente os sujeitos com pedofilia (ver objectivo D2 - *Detectar precocemente indivíduos com predisposição para a pedofilia ou com pedofilia e iniciar uma intervenção terapêutica ou intervenção terapêutica preventiva imediata*). No entanto, é necessário fazer um balanço cuidado entre a banalização e a dramatização (Rodrigues, 1992, cit. in Alberto, 2006; Canha, 2000), ao mesmo tempo que se deve alertar para o perigo de falsas denúncias, muito frequentes nos processos de regulação das responsabilidades parentais, o que aliás foi salientado por uma das entrevistadas – (...) *aquilo que na verdade é um assunto sério, que é um assunto complexo, passou a ser de alguma maneira um subterfúgio para se conseguirem bens, ou para se conseguir um caminho secundário, por exemplo para a obtenção de um divórcio, para de alguma maneira conseguir algum proveito (...) na regulação das responsabilidades parentais.* (Excerto da entrevista E3).

Só com a ajuda da comunicação social, pelo seu poder na formação da opinião pública, é possível almejarmos uma informação tão ampla como esta (Magalhães, 2002), pelo que a participação dos *media* é crucial e decisiva para que todos sejam abrangidos, incluindo, obviamente e propositadamente, vítimas, famílias, profissionais, agressores e potenciais agressores.

Como é proposto no plano de prevenção apresentado, seria interessante, entre outros, promover debates e entrevistas a técnicos especializados que trabalhem directamente com esta temática, assim como apresentar pequenos anúncios informativos que, por um lado explorem questões chave em torno da questão da agressão sexual de menores (dados epidemiológicos, estratégias de sedução; segredo; sinais de alarme do menor e do agressor, consequências; evolução psicopatológica do potencial agressor/agressor; questões de segurança e protecção associadas à utilização da Internet; formas de encaminhamento, objectivos e estratégias do plano de prevenção, entre outros) e por outro divulguem os serviços telefónicos e os sítios da Internet informativos, bem como os serviços terapêuticos que serão propostos mais adiante (ver objectivo D1” – *Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores, de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos* e objectivo D2 - *Detectar precocemente indivíduos com predisposição para a pedofilia ou com pedofilia e iniciar uma intervenção terapêutica ou intervenção terapêutica preventiva imediata*). A elaboração e afixação de cartazes em locais específicos da comunidade (Centros de Saúde; Juntas de Freguesia; Postos da GNR; Câmaras Municipais, entre outros) serviria para reforçar localmente a campanha nacional.

Todo este suporte da comunicação social deve ser pensado para um tempo longo de acção, sendo que as campanhas devem ser diárias e os debates e entrevistas devem

surgir em diferentes formatos de programas, com vista a alcançarmos o maior número possível de ouvintes e telespectadores.

B2 - Aumentar o conhecimento das crianças e jovens em relação à sexualidade

O segundo objectivo proposto na área da informação é o de aumentar o conhecimento dos menores em relação à sexualidade, promovendo e realizando acções de educação sexual para crianças e jovens.

Durante a realização da presente dissertação, foi aprovada a Lei 60/2009, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, fundamentada no relatório final do grupo de trabalho de educação sexual, coordenado pelo Professor Doutor Daniel Sampaio (sítio da Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular). Este passo é um importante marco nas campanhas de educação para a saúde em meio escolar, pois a educação sexual era uma lacuna e uma necessidade à muito sentida pelos mais diversos técnicos, especialistas e professores. Estes últimos acabavam muitas vezes por desenvolver acções de formação no âmbito da sexualidade aos seus alunos, mas o carácter esporádico e isolado das mesmas não obtinha efeitos na grande massa estudantil. No entanto, apesar da Lei 60/2009 ainda não estar regulamentada, já existem muitos projectos concretos e globais de educação sexual nas escolas que estão este ano lectivo a arrancar, o que demonstra a relevância da aplicação desta lei.

Posto isto, optámos por fazer uma análise da legislação em vigor, ao mesmo tempo que apresentamos críticas fundamentadas e alternativas concretas, baseadas nas propostas apontadas no plano de prevenção.

Como é sabido, nos dias que correm, uma grande percentagem de crianças frequenta estruturas educativas desde uma idade bastante precoce (Brazelton & Greenspan, 2002), sendo que o ensino básico, pela sua obrigatoriedade, é frequentado pela totalidade das crianças e jovens do nosso país, salvo, obviamente, raras excepções, pelo que é de total pertinência que a educação sexual seja realizada em meio escolar (Azevedo e Maia, 2006). No entanto, não devemos nunca esquecer que cabe às famílias o papel central na educação da criança, pelo que uma das nossas propostas é exactamente a educação parental (ver objectivo específico B3 - *Aumentar o conhecimento das famílias sobre questões educativas, desenvolvimentais, parentais, afectivas e ainda sobre a temática da violência, incluindo a sexual, ao mesmo tempo que se pretende promover a vinculação entre pais e filhos - biológicos/afectivos*), que, como veremos de seguida, pode ter um papel crucial na intervenção de base junto dos menores. Ou seja, não devemos nunca analisar as questões apenas de um só ponto de vista, devemos sim examiná-las na globalidade e recorrer a diferentes meios de resolução, para assim abarcarmos o maior

número de sujeitos o que, naturalmente, incrementa as hipóteses de sucesso da nossa intervenção. Por este mesmo motivo, na área da informação referida no plano de prevenção proposto, são estabelecidos três objectivos específicos que visam na sua essência a informação, pois nem só a educação sexual, nem só a educação parental ou a educação da população geral englobaria o mesmo número de sujeitos, nem tão pouco criaria neles um ímpeto de mudança tão completo. Resumindo, a educação sexual nas escolas é fundamental mas não é suficiente, ela deve sempre fazer parte integrante de outras estratégias que de um modo global procurem aquilo que é essencial - a educação.

Retomando a análise da Lei 60/2009, logo no artigo 1.º, que faz referência ao objecto e âmbito de aplicação, podemos constatar que estão abrangidos por esta nova norma os estabelecimentos de Ensino Básico e Secundário pertencentes à rede pública e rede privada e cooperativa com contracto de associação, de todo o território nacional, o que deixa de fora todos os estabelecimentos de Ensino do Pré-Escolar. Do nosso ponto de vista, esta exclusão não faz qualquer sentido, sobretudo se tivermos em conta os dados epidemiológicos referentes à idade média de início das agressões sexuais, que se situa entre os 4 e os 12 anos, sendo que muitas crianças podem ser agredidas antes ou depois desta data, existindo mesmo casos de violência sexual cometida contra recém-nascidos (Sanderson, 2005, Wolfe *et al.*, 1988, Lutzker, 1998 cit. in Machado, 2002). Por outro lado, as capacidades desenvolvimentais das crianças, ao nível da linguagem (receptiva e expressiva) e da cognição não lhes permitem uma compreensão destes temas antes de determinada idade (Lourenço, 2002). Todavia, a partir do ano e meio, quando a criança começa a controlar os esfíncteres, há um aumento natural da sua curiosidade sexual, pelo que é frequente que surjam certas questões relacionadas com o próprio corpo (Brazelton, 2002), sendo que o menor já é capaz de entender determinadas mensagens de crescente complexidade (Lourenço, 2002). Por estes motivos, na idade pré-escolar e a partir dos dezoito meses deveria ter início a educação sexual, obviamente adaptada ao nível de desenvolvimento da criança, com recurso a estratégias lúdicas grupais e a livros diversificados (muito divulgados no Plano Nacional de Leitura), aproveitando sempre as dúvidas e comentários dos menores com abertura e sinceridade. Interessante salientar que um dos entrevistados referiu esta mesma necessidade, ou seja, uma educação sexual precoce – (...) *Pessoalmente entendo, contrariamente ao que muita gente pensa, que com um ano e meio a criança já deve ter um processo de identificação dos órgãos que tem (...), não entrar na funcionalidade em si mas que a criança possa reconhecer-se a si mesmo, de que tem um corpo que há-de aumentar de tamanho e de outras funções, etc., mas ficar por aí.* (Excerto da entrevista E4). De destacar ainda que, no geral, na idade pré-escolar as crianças ficam satisfeitas com respostas simples de funcionalidade (Brazelton, 2002). Deste modo, as mensagens a serem transmitidas à criança, desde a

idade pré-escolar, devem ser no sentido da afectividade e da não-violência, estendendo-se ao conhecimento do próprio corpo, da importância do respeito por si e pelo seu corpo, do respeito pelo outro e pelo seu corpo, do reconhecimento dos afectos, do significado do bom e mau segredo, do bom e mau toque, da pessoa e local seguro, entre outros (Finkelhor, 1994).

No que diz respeito às finalidades da aplicação da legislação, contemplada no artigo 2.º, consideramos bastante positivo o facto de serem valorizados todos os aspectos da sexualidade, ou seja, não são contemplados apenas as questões de risco (como as doenças sexualmente transmissíveis; as agressões sexuais e a gravidez adolescente) e as questões relativas à anatomia e fisiologia da reprodução, mas também são relevados os temas de cariz afectivo, de respeito e igualdade, que são realmente a base de uma sexualidade saudável e responsável. Na realidade é fundamental que as crianças e jovens compreendam as situações de risco inerentes a determinadas práticas sexuais ou até mesmo afectivas mas, sobretudo, que percebam a sexualidade não como algo nefasto mas sim como algo positivo e intrínseco a um desenvolvimento salutar e completo (Brazelton, 2002). Um dos entrevistados foi mais longe definindo a sexualidade como (...) *uma compreensão do comportamento que nós temos instintivo, sexual é como o instinto de conservação da vida, nós nascemos com ele, portanto como é que havemos de temperar, aproveitar, moderar esses instintos para que sejamos cada vez mais felizes e menos conflituosos uns com os outros em termos de responsabilidade.* (Excerto da entrevista E4).

Nos artigos 3.º e 4.º da Lei 60/2009 são propostas as diferentes modalidades e conteúdos curriculares de aplicação da referida legislação. No entanto, estes pontos remetem para a regulamentação governamental que, apesar de estar prevista no prazo de 60 dias (artigo 12.º) ainda não está concluída. Todavia, como atrás foi referido, as escolas estão a desenvolver os seus próprios projectos neste âmbito, com base no relatório final do grupo de trabalho de educação sexual, coordenado pelo Professor Doutor Daniel Sampaio. O projecto educativo da escola (artigo 6.º) e o projecto de educação sexual de turma (artigo 7.º), prevêem esta mesma obrigatoriedade, salientando que o conselho geral, as associações de estudantes, as associações de pais e os professores devem ser ouvidos e ter um papel activo e participativo nesta matéria (artigo 11.º). Esta preocupação em articular todos os intervenientes da comunidade escolar é uma importante mais-valia, pois gera comunicação, discussão e sobretudo implicação pessoal num projecto que deve realmente ser de todos.

No que diz respeito ao artigo 5.º, que delibera a carga horária dedicada à educação sexual, é definido um mínimo de 6 horas para o 1.º e 2.º ciclos do Ensino Básico e um mínimo de 12 horas para o 3.º ciclo do Ensino Básico e Secundário, distribuídas de forma

equilibrada pelos três períodos lectivos. Apesar de, como já foi referido, ser de toda a relevância a implementação do ensino sexual nas escolas, a carga horária mínima parece-nos de todo insuficiente e, com todas as outras exigências que são colocadas no ensino, sem querer fazer previsões precipitadas, infelizmente julgamos que a maioria das escolas vai cingir-se ao mínimo decretado, com prejuízo dos menores.

Relativamente ao pessoal docente (artigo 8.º), é deliberado que cada agrupamento de escolas e escolas não agrupadas deverá ter um professor coordenador e uma equipa interdisciplinar de educação para a saúde e educação sexual, o que é de todo relevante quer pela gestão dos próprios projectos educativos, quer pelo conglobar de informação, quer ainda pela fiscalização e avaliação do trabalho desenvolvido nesse âmbito e em cada uma das turmas envolvidas. O mesmo artigo define ainda que o Ministério da Educação se compromete a garantir a formação necessária e claramente indispensável para o exercício dessas mesmas funções, quer ao professor coordenador, quer à equipa, quer ainda aos professores responsáveis em cada turma pela educação para a saúde e educação sexual. O mesmo Ministério compromete-se a garantir a avaliação periódica da implementação da legislação.

A Lei 60/2009, no artigo 9.º remete para a possibilidade de serem feitas parcerias, salientando a importância do envolvimento dos profissionais de saúde da comunidade local e de outras entidades não governamentais devidamente reconhecidas e especializadas. O envolvimento de profissionais exteriores ao ambiente escolar, experientes e com uma forte componente de formação de base na área da saúde é de grande interesse, pois enriquece sobremaneira os conteúdos curriculares na área da educação para a saúde e educação sexual. No entanto, julgamos que, apesar das finalidades da aplicação da lei serem globais, este artigo de certa forma direcciona a sexualidade a uma componente mais biológica, esquecendo toda a sua envolvência e esquecendo também que muitos outros técnicos da comunidade e do distrito podem e devem estar envolvidos, como sejam os agentes da autoridade, nomeadamente da Polícia Judiciária. A intervenção destes profissionais nas escolas seria uma mais-valia para as questões de segurança e protecção dos menores em relação a um possível agressor físico/psicológico ou ofensor sexual, quer seja ele um estranho, um conhecido, um namorado, quer os contactos sejam presenciais ou estabelecidos via Internet.

Estão ainda previstos, com a aplicação desta lei, a criação de gabinetes de informação e apoio na área da educação para a saúde e educação sexual nas Escolas Básicas do 2.º e 3.º ciclos e nas Escolas Secundárias. As medidas referidas neste artigo vão no sentido de propiciar aos alunos um espaço confidencial para que estes esclareçam as suas dúvidas com pessoal docente qualificado, em articulação com os profissionais de saúde da comunidade local, assegurando-se ainda o acesso aos meios

contraceptivos adequados. Apesar desta medida ser bastante pertinente, cremos que mais uma vez estamos a sobrevalorizar a questão sexual e não a sexualidade como um todo, correndo o risco de, em muitas escolas, os gabinetes de informação e apoio funcionarem sobretudo como meros intermediários na aquisição de contraceptivos. As vivências amorosas neste período do desenvolvimento, os sentimentos arrebatadores próprios da puberdade e o natural afastamento das figuras de vinculação parentais, fazem com que o pré-adolescente e sobretudo o adolescente não consiga facilmente estabelecer uma relação de confiança com um adulto (Matos, 2002). Neste sentido, propomos que no gabinete sejam criadas as condições de empatia e empenho para que este seja um espaço sobretudo de comunicação dos jovens sobre a sua sexualidade, no seu sentido mais amplo. Deste modo, parece-nos fundamental que o elemento responsável pelo gabinete de apoio e informação possua competências sociais e relacionais que lhe permitam empatizar com os jovens (Rogers, 1977), além de, naturalmente, possua os indispensáveis requisitos académicos e profissionais. Neste sentido, seria de todo o interesse que o gabinete tivesse como técnico responsável um Psicólogo com conhecimentos alargados à área da saúde.

Não obstante, a lei que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, apesar de possuir alguns pontos que nos parecem que poderiam estar melhor explorados na sua abrangência (quer em relação aos técnicos envolvidos, quer em relação aos objectivos previstos e temas desenvolvidos, quer mesmo em relação à população alvo), esta iniciativa por parte do governo é, na generalidade e na sua essência, de louvar, pois só dando início a projectos desta índole é que podemos receber críticas construtivas que os aperfeiçoem, sempre com o intuito de melhor servir os menores e a sociedade futura numa óptica de prevenção. Curioso salientar que um dos entrevistados defendia isto mesmo – (...) *eu costumo dizer que o óptimo é inimigo do bom, portanto se estamos à espera de um programa óptimo para educação sexual em Portugal, é capaz de nunca se fazer nada, se arranjarmos um esquema bom ou suficiente, depois há possibilidade de se vir a melhorar (...)* (Excerto da entrevista E4).

Na realidade a educação sexual em meio escolar é uma importante medida de prevenção primária (Magalhães, 2002; Azevedo e Maia, 2006) e até mesmo ao nível da prevenção secundária, pois muitas crianças e jovens poderão perceber a dimensão desta problemática e denunciar a sua própria situação enquanto vítimas.

Segundo Nagel *et al.* (1997, cit. In Fávero, 2003) são três as formas de revelar uma situação agressiva de natureza sexual: revelação intencional (é a própria vítima que rompe o silêncio); revelação a partir de um evento causador (acontece sobretudo com crianças mais pequenas perante acções de formação/educação sexual, programas de televisão); revelação accidental (identificação por terceiros de sinais e sintomas

identificativos da situação agressiva). A difusão de informação, quer pelos meios de comunicação social, quer pela implementação da educação sexual nas escolas, vai incrementar o número de crianças que têm acesso a essa mesma informação o que, em teoria, irá aumentar o número de denúncias, resta-nos aguardar pela avaliação desta situação.

Apesar de ser com certeza uma mais-valia que mais situações desta natureza sejam denunciadas, se a criança não tiver participação directa na revelação as suas reacções tendem a ser mais favoráveis e menos graves. Alguns autores defendem que os menores que tomam a iniciativa de revelar o *segredo* experienciam mais ansiedade (mesmo com reacções favoráveis do meio), pois a criança sente-se culpada e responsável pelos acontecimentos que sucedem à revelação (Nagel *et al.*, 1997, cit. In Fávero, 2003). Não obstante, diversos autores não concordam com esta visão, defendendo que a revelação (quando o apoio e a reacção do meio são favoráveis) é sempre preferível ao silêncio (Barudy, 1998, Furniss, 1993, López, 1995). Do nosso ponto de vista, apesar da indubitável importância da revelação (independentemente do sujeito que toma essa iniciativa), para que a situação agressiva cesse e o tratamento seja implementado, não devemos nunca passar a mensagem à criança, mesmo que de modo indirecto, que é da sua responsabilidade a denúncia, pois este seria mais um dilema que estaríamos a colocar sobre o menor. De facto, parece-nos que a responsabilidade da revelação não pode e não deve recair sobre o menor, pois como em muitas questões de saúde, desenvolvimentais, educativas e outras, são os adultos que lidam com a criança (comunidade local, família, comunidade educativa, técnicos de saúde,...) que têm esse dever. Deste modo, só uma informação/formação global (Pinto da Costa, 1991) poderá dotar a comunidade geral e os diversos técnicos e especialistas de saúde e educação, de conhecimentos na área da sexualidade infantil e da violência sexual exercida contra menores, que lhes permitam detectar precocemente e encaminhar celeremente casos suspeitos de agressão sexual, informação essa que deve abarcar não só os sinais de alarme dados pelo menor mas também pelo próprio ofensor sexual. Acrescentamos ainda que, como veremos adiante (objectivo D2 - *Detectar precocemente indivíduos com predisposição para a pedofilia ou com pedofilia e iniciar uma intervenção terapêutica ou intervenção terapêutica preventiva imediata*), o próprio agressor sexual deve ter acesso a informação (através dos meios de comunicação social; sítios da Internet e serviços telefónicos específicos) sobre a evolução psicopatológica da pedofilia, para que possa ser também ele próprio a *revelar* a sua condição e procurar ajuda especializada, idealmente antes de passar aos actos as suas fantasias sexuais com menores.

Para finalizar este ponto, resta apenas destacar que a educação sexual em meio escolar é indubitavelmente uma medida fundamental mas não suficiente para a

prevenção de agressões sexuais a menores. Deste modo, devem coexistir outras estratégias e meios de investigação, informação, educação e acção que, de forma articulada e holística procurem o mesmo objectivo comum - diminuir a incidência e prevalência de menores sexualmente agredidos/ agressores sexuais de menores. Não esquecer ainda que uma das finalidades da educação sexual não deve passar, como é salientado na Lei 60/2009, na alínea e) do artigo 2.º, pela *capacidade de protecção face a todas as formas de exploração e abuso sexual*. O menor, na sua circunstância, tem o direito de ser protegido, e é ao adulto que cabe a responsabilidade e o dever de o proteger face a todas as formas de abuso e exploração sexual (Convenção sobre os Direitos da Criança, adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Dezembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990 – sítio da UNICEF), percebendo os sinais de alarme, denunciado e procurando ajuda especializada.

B3 - *Aumentar o conhecimento das famílias sobre questões educativas, desenvolvimentais, parentais, afectivas e ainda sobre a temática da violência, incluindo a sexual, ao mesmo tempo que se pretende promover a vinculação entre pais e filhos (biológicos/afectivos).*

Os vínculos entre pais e filhos são a base da construção da personalidade do menor e da construção da própria família (Winnicott, 1983; Spitz, 2004; Bowlby, 1969-1980; Ausloss, 1996; Relvas, 2000 e Alarcão, 2002). Apesar do tema da vinculação ser largamente difundido e existirem muitos trabalhos neste âmbito que demonstram a importância de uma vinculação segura e confiante, é sabido que, dada a conjectura actual, a grande maioria dos pais/mães é precocemente *separada* dos seus filhos após uma licença de maternidade que ronda os seis meses. Deste modo, a maioria dos bebés de hoje é colocada em instituições educativas desde os quatro, cinco, seis meses, passando grande parte do dia ao encargo de auxiliares de acção educativa e educadoras. Não duvidando das competências afectivas, cuidadoras e profissionais que cada um destes elementos possa ter no desempenho das suas funções, o facto de existirem muitas crianças com necessidades e temperamentos diferentes, dificulta o processo do desenvolvimento de segurança e confiança dos menores, na mesma medida em que dificulta a vinculação, a afectividade e a comunicação entre pais e filhos pelo afastamento e pela escassez de tempo em família (Erikson, 1959 cit. in Sprinthall, N & Sprinthall, R., 1993; Brazelton e Greenspan 2002; Marcelli, 2005). Apesar das questões associadas à vinculação saírem um pouco do âmbito desta dissertação, é do conhecimento científico que embora qualquer criança possa ser uma potencial vítima, as crianças vulneráveis (depressivas, carentes, de pais divorciados, institucionalizadas, a

viverem em famílias de acolhimento e adoptivas...) são as que mais são vitimizadas neste tipo de criminalidade, por serem mais facilmente instrumentalizadas (Pinto da Costa, 1991; Waller e Lindsay, 1990, cit. in Fávero, 2003). Deste modo, o facto de existirem cada vez mais casais separados e divorciados, de existir cada vez menos tempo no dia-a-dia para as famílias, de muitos destes menores passarem parte do seu dia fora de casa ou na Internet, entre outros, faz com que o número de crianças vulneráveis cresça e as torne um alvo mais fácil de sedução e agressão sexual.

Neste sentido e para a promoção de uma vinculação segura e confiante entre pais e filhos, seria necessário alterar as políticas nacionais e a legislação da maternidade e paternidade. Não podendo intervir directamente nesta falha basilar, pode-se pensar em estratégias mais concretas, como seja a educação parental precoce, mesmo antes da concepção e durante a gravidez, aquando as consultas de vigilância de saúde materna.

Finkelhor (1994) é um dos autores que defende a importância da educação parental, considerando fundamental que a prevenção de agressões sexuais a menores se consolide a nível familiar. No nosso país, algumas investigadoras (Magalhães, 2002; Azevedo e Maia, 2006) também defendem esta medida, quer ao nível da prevenção primária, quer numa perspectiva mais vocacionada para a prevenção secundária, ou seja, na intervenção com certos grupos específicos da comunidade.

Durante a presente investigação, uma das entrevistadas mencionou de modo bastante pertinente a relevância da educação parental, numa perspectiva mais ampla, associada à prevenção primária – (...) *Acho que é importante que se utilize a prevenção cada vez mais numa via mais genérica, no sentido da prevenção e do trabalho para a não-violência, para o respeito pelo outro, para a assertividade, para a igualdade. (...) é sempre um desafio pensarmos na prevenção junto por exemplo das famílias, e portanto a educação familiar (...) pode permitir que realmente não foquemos só o abuso como se ele só ocorresse extra familiar, porque muitas vezes estamos a batalhar num contexto onde realmente não é o contexto principal de ocorrência de abuso sexual. É um desafio esta questão de envolver mais a família nas actividades, envolver mais a família na prevenção, responsabilizar mais a família também depois ao nível de criação de um espaço de maior conforto e de maior afecto. Isto é um desafio para as famílias em geral e de certeza se houver aqui uma maior coesão, uma maior responsabilização das famílias nesta prevenção, por um lado estamos a hipoteticamente, (...) a evitar que eventualmente ocorram casos de abuso dentro da própria família sem que ninguém note (...), porque às vezes as famílias estão tão pouco sensíveis e esperam tudo menos aquilo (...) e depois acabam por não estar muito sensíveis também àquilo que podem ser alguns dos sinais da ocorrência de abuso (...). Por um lado sensibilizamos mais a família se trabalharmos com ela, por outro lado não criamos uma óptica de culpabilização da própria família*

quando se descobre que realmente há um membro, eventualmente que comete este tipo de abusos. (Excerto da entrevista E3).

Do nosso ponto de vista, a educação parental poderia englobar estas diferentes visões, pois elas complementam-se e completam-se. Deste modo, a educação parental poderia ser vista em duas perspectivas diferentes, uma mais generalista no seu conteúdo, dinamismo e grupo alvo e uma outra mais específica.

Num primeiro momento, todas as famílias com menores a seu cargo (à frente denominamos por pais), independentemente do seu estatuto sócio-económico, profissional ou cultural deveriam beneficiar de sessões de educação parental. Esta medida é proposta por dois motivos essenciais, primeiro porque todas as famílias deviam ter acesso presencial a informação credível sobre questões desenvolvimentais e parentais, pois a tarefa de construir uma família, criar e educar filhos pode colocar dúvidas e desafios inauditos, que merecem um esclarecimento oportuno e especializado (Sá, 2000a; Sá, 2000b; Ausloss; 1996; Relvas, 2000; Alarcão, 2002). Por outro lado, é sabido que as agressões sexuais a menores são um fenómeno transversal nas classes sociais (Wolfe & Birt, 1997), pelo que só abarcando todos os grupos familiares podemos chegar, também, às famílias que, mesmo que em *segredo*, estejam em risco.

De entre os temas a serem abordados nas sessões de educação parental destacamos alguns que nos parecem pertinentes: importância dos vínculos afectivos, do tempo em família, da afectividade e da comunicação; estratégias para lidar com comportamentos disfuncionais da criança; desenvolvimento de competências parentais assertivas; desenvolvimento infantil e sua promoção. Além destas temáticas de carácter mais extensivo, a educação parental deveria incidir directamente nas questões da violência em geral e da violência sexual em particular, esclarecendo e informado, ao mesmo tempo que ensina estratégias para comunicar com a criança sobre a sexualidade. A Internet como meio de muitos sujeitos com pedofilia aliciarem crianças deveria ser igualmente abordado, assim como as questões de segurança e protecção. Por fim, julgamos que outros temas poderiam surgir no desenrolar das sessões, respeitando sempre as necessidades, dúvidas e dificuldades sentidas pelos pais.

Para a consecução deste objectivo pensámos em duas estratégias complementares: uma que visa a promoção e realização de acções de educação parental colectivas junto dos pais nas Escolas (idealmente nas reuniões de pais); e outra que visa a promoção e realização de acções de educação parental individuais junto dos pais/futuros pais nos Centros de Saúde e Maternidades. Para que a informação fosse científica e especializada, julgamos que as sessões, colectivas e individuais, deveriam ser conduzidas por Psicólogos com formação na área do desenvolvimento e da violência. Mais concretamente nos Centros de Saúde e Maternidades, a educação parental poderia

funcionar aquando das consultas de vigilância de saúde materna/infantil, nos moldes de uma consulta de psicologia, em articulação com a consulta de enfermagem e a consulta médica. Todavia, esta consulta de psicologia, no âmbito da educação parental, deveria funcionar num momento e num espaço físico diferente, que proporcionasse aos pais uma atmosfera empática e confidencial (Rogers, 1977), onde estes pudessem esclarecer as suas dúvidas e serem informados com transparência e credibilidade, ao mesmo tempo que se avaliava o desenvolvimento do menor nas suas múltiplas vertentes e os padrões de vinculação em construção ou estabelecidos, promovendo e reforçando os laços afectivos entre pais e filhos.

No entanto, para que este objectivo fosse alcançado seria necessário envolver todas as Escolas do território nacional (desde creches a secundárias, englobando desde o sector privado ao sector público); todos os Centros de Saúde e Maternidades. Obviamente que teria que ser criado um programa base que homogeneizasse a sua implementação nas diferentes localidades, sendo que, concomitantemente, teria que ser dada liberdade aos técnicos, para que adaptassem esse mesmo programa à realidade da sua comunidade e necessidades das famílias.

Num outro nível, a educação parental poderia ser mais incisiva naqueles grupos específicos da comunidade que, por questões de pobreza, exclusão e outras, constituam um risco crescido de violência familiar (Magalhães, 2002). Nestes grupos poderiam ser planeadas e realizadas visitas domiciliárias pluridisciplinares (com Educadores, Professores, Enfermeiros, Técnicos Superiores de Serviço Social, Psicólogos, entre outros) de acordo com as carências específicas de cada família. Deste modo, as visitas domiciliárias teriam um carácter não só diagnóstico mas também educativo, onde seriam fornecidas informações e desenvolvidas competências nas áreas deficitárias.

Para finalizar esta questão, resta lembrar que a educação é na realidade a arma mais eficaz na prevenção, e no caso concreto da educação parental, o facto de dotarmos ou fortalecermos as famílias de competências ao nível da afectividade e de conhecimentos concretos no âmbito da violência, estamos sobretudo a responsabilizá-las (Ausloss, 1996; Relvas, 2000; Alarcão, 2002), para que estas fiquem atentas a sinais de alarme, procurem ajuda especializada e denunciem este tipo de situações a quem de direito.

B4 - Prestar apoio informativo individualizado a técnicos, famílias e comunidade geral sobre questões relacionadas com a violência sexual exercida contra menores e a sexualidade infantil.

Como já foi reiteradamente referido, é fundamental que a informação, a educação chegue a todos e de cada um. No entanto, as estratégias anteriores, como sejam a

informação da população geral, a educação sexual e a educação parental acabam por ser estratégias globais, sendo que muitas vezes surgem dúvidas pontuais em momentos e em situações específicas, que levantam questões que só podem ser correctamente respondidas por profissionais habilitados e altamente experientes na matéria. Desta forma, pensou-se em criar serviços que prestem este tipo de informação mais concreta e particular de modo individualizado, vinte e quatro horas por dia, trezentos e sessenta e cinco dias por ano. O que se pretende é que qualquer membro da comunidade ou pertencente a determinada família, bem como qualquer técnico que desempenhe as suas funções em qualquer ponto do país, possa colocar e esclarecer as suas dúvidas e questões em tempo real. Como estratégias para a consecução deste objectivo sugerimos: a criação de uma linha telefónica gratuita e de um sítio na Internet que preste apoio informativo na temática das agressões sexuais a menores e da sexualidade infantil. Obviamente que estes serviços têm que ser largamente difundidos nos meios de comunicação social (objectivo específico B1 - *Aumentar o conhecimento da população geral sobre a questão da sexualidade infantil e da violência sexual exercida contra menores*).

Tanto o sítio da Internet como o serviço telefónico deveriam estar adstritos a instituições governamentais e, sempre que for requerido, deve ser respeitada a confidencialidade e anonimato dos intervenientes. Ambos os serviços, como já foi referido, devem funcionar vinte e quatro horas por dia, trezentos e sessenta e cinco dias por ano. Este requisito é fundamental uma vez que as questões e sobretudo as dúvidas quanto ao encaminhamento protocolar de determinado caso suspeito (ver objectivo D1 - *Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores, de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos*), podem surgir em qualquer momento do dia ou da noite, pelo que se não forem criadas as condições de esclarecimento e informação imediatos, corremos o risco comprometer de raiz toda a investigação e a inerente e preocupante protecção do menor.

Resta acrescentar que o sítio da Internet deve conter informação científica actualizada, de fácil acesso e consulta, devendo ainda conter espaço para dar resposta às questões mais frequentes, disponibilizando igualmente um serviço e-mail.

C - Área da formação

A área da formação é outro dos pontos essenciais no sucesso desta proposta. Apenas com a formação e a especialização de profissionais de diferentes áreas podemos almejar uma detecção precoce de casos, bem como uma investigação e intervenção céleres e eficientes.

Fávero (2003), relativamente à formação e informação, defende que os trabalhos de prevenção devem retirar a abordagem às crianças e dirigi-la para preparar os profissionais e a sociedade em geral com vista a prevenir as agressões sexuais no seu sentido mais amplo. Magalhães (2002) e Alberto (2006) são outras autoras que acreditam na potencialidade da formação profissional específica. Rodrigues (1992, cit. in Alberto, 2006) vai mais longe defendendo que devemos repensar a formação inicial e desenvolver a formação permanente dos diferentes profissionais intervenientes nas questões da violência sexual exercida contra menores.

C1 - *Habilitar professores e educadores a realizarem acções de educação sexual junto dos seus alunos.*

Não nos vamos alongar muito na discussão desta proposta pois, como foi referido no objectivo específico B2 (*Aumentar o conhecimento das crianças e jovens em relação à sexualidade*), relativo à implementação da educação sexual em meio escolar, existem projectos neste sentido que estão este ano lectivo a arrancar. A Lei 60 de 6 de Agosto de 2009, mais concretamente o artigo 8.º, prevê a formação de todos os intervenientes no processo, desde o professor coordenador, passando pela equipa e ainda pelos professores responsáveis em cada turma pela educação para a saúde e educação sexual, sendo que esta formação é garantida pelo Ministério da Educação. Mais uma vez salientamos que seria importante que as creches e os estabelecimentos de educação pré-escolar da rede privada e pública estivessem implicados na aplicação desta lei, pelo que acrescentamos que os educadores também deveriam ter acesso a formação específica, que os habilitasse a desenvolver acções de educação sexual junto dos seus alunos.

C2 - *Dotar os profissionais de conhecimentos que lhes permitam detectar precocemente e encaminhar de modo célere e correcto situações de violência sexual exercida contra menores.*

Para a consecução deste objectivo específico, situado ao nível da prevenção primária e secundária, pensou-se em duas estratégias complementares: incluir a temática da violência em geral e da violência sexual exercida contra menores em particular em todos os programas curriculares de licenciaturas/mestrados integrados de todos os futuros profissionais que, de um modo ou de outro, possam ter intervenção directa ou indirecta com crianças/agressores e suas famílias; promover formações contínuas de todos os técnicos e especialistas que, de um modo ou de outro, possam ter intervenção directa ou indirecta com crianças/agressores e suas famílias. Os programas curriculares e a formação contínua devem incluir todo o conhecimento científico e modos de actuação

protocolares e assertivos perante casos suspeitos e confirmados, de acordo com a especificidade de cada uma das áreas de actuação, não esquecendo a importância da articulação e da pluridisciplinariedade (ver objectivos específicos D1 *Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores, de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos* e D2 - *Detectar precocemente indivíduos com predisposição para a pedofilia ou com pedofilia e iniciar uma intervenção terapêutica ou intervenção terapêutica preventiva imediata*).

Dada a abrangência deste objectivo é fundamental ter a colaboração de todas as Universidades e Institutos Politécnicos pertencentes ao sector público e privado; e ainda das unidades de formação contínua dos diferentes serviços, em articulação com entidades governamentais e não governamentais ligadas à problemática da violência.

Dentro dos grupos profissionais abrangidos por esta temática pretendemos salientar alguns pela sua maior proximidade ou relevância de actuação com os menores, famílias e/ou agressores: Médicos das diferentes especialidades; Enfermeiros; Psicólogos; Farmacêuticos; Terapeutas da Fala; Fisioterapeutas; Técnicos Superiores de Serviço Social; Juristas; Magistrados; Procuradores; Agentes da Guarda Nacional Republicana e da Polícia de Segurança Pública; elementos da Polícia Judiciária; elementos das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens; Professores, Educadores, entre outros. Somos de opinião que genericamente estes profissionais se encontram bem preparados quer ao nível da formação básica, quer ao nível da formação contínua, mas importa continuar a investir na sua actualização. Importa ainda, e de forma particular, alargar/melhorar a formação a outros grupos que por agora não se encontram tão informados e sensibilizados para estas questões.

Ou seja, a formação deve envolver todos os profissionais que de algum modo possam ter influência directa ou indirecta na detecção de casos suspeitos (Sanderson, 2005), na protecção dos menores, na investigação criminal, no julgamento e na intervenção terapêutica (Magalhães, 2002; Rodrigues, 1992, cit. in Alberto, 2006), para que de facto se melhorem as condições de acesso à instituição judicial e judiciária (Rodrigues, 1992, cit. in Alberto, 2006), se melhorem as respostas sociais e terapêuticas e, sobretudo, para que os profissionais das diferentes áreas tenham as competências necessárias para detectarem precocemente casos suspeitos e conheçam os trâmites de actuação protocolares (objectivo específico D1” - *Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores, de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos*), a fim de não comprometerem de base toda a investigação criminal e a consequente protecção à vítima e família.

Esta questão da formação ao nível dos diferentes profissionais foi salientada por uma das entrevistadas, apesar desta delimitar a formação apenas a três categorias profissionais (...) *Por isso é fazer campanha, fazer formação, nestes três grupos essencialmente* – referindo-se a professores, médicos e agentes da autoridade - *Alertar os médicos para a necessidade e a obrigação de fazerem este tipo de exames, não estarem à espera do médico legista porque não há médicos legistas que cheguem no país inteiro (...) todo o médico tem que saber fazer este tipo de intervenção (...) Todos os polícias deviam ter formação adequada para saber lidar com esta problemática, saber atender as crianças, os seus familiares* (Enxerto da entrevista E1). A mesma entrevistada salientava (...) *a falta de sensibilização de todo o aparelho judicial mas essencialmente dos juízes, na análise destes casos. Temos aí sentenças que denotam uma falta de informação dos magistrados perante esta problemática enorme, porque não percebem muitas vezes o desenvolvimento sexual, psicológico das crianças, nem percebem o que é uma patologia, o que é um indivíduo doente e como não percebem e não sabem dão acórdãos que são errados* (Excerto da entrevista E1).

C3 - Especializar profissionais que trabalhem directamente no âmbito da protecção, avaliação, investigação e intervenção nas questões associadas à violência sexual exercida contra menores.

O último objectivo específico da área da formação é uma especificação do anterior, abarcando os três níveis de prevenção. Ou seja, apesar de ser importante a formação inicial e contínua dos diferentes profissionais que, de um modo ou de outro, possam ter intervenção directa ou indirecta com crianças/agressores (objectivo específico C2 - *Dotar os profissionais de conhecimentos que lhes permitam detectar precocemente e encaminhar de modo célere e correcto situações de violência sexual exercida contra menores*) é fundamental a especialização concreta de alguns profissionais que lidam directamente com estas questões. Uma das entrevistadas defendia isto mesmo (...) *esta perspectiva exige que as pessoas realmente, para já que se especializem nestas matérias, é preciso gente preparada em todos os campos (...)* (Excerto da entrevista E7)

Existem algumas instituições governamentais que efectivamente promovem a especialização dos seus profissionais, nomeadamente na Polícia Judiciária, que possui brigadas ou secções específicas que investigam o crime sexual nos diferentes Departamentos, investindo ainda na formação dos Investigadores e criando o *Manual de Boas Práticas para a Intervenção em Situações de Abuso Sexual de Crianças* (Paulino, 2009). No entanto, apesar de existirem de facto alguns locais do país e determinadas instituições que procuram esta diferenciação ela não é global/nacional. Deste modo, seria fundamental que a equipa distrital multidisciplinar (ver objectivo específico D1 - *Articular*

os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores, de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos) de protecção, avaliação, investigação e intervenção tivesse ao seu dispor elementos das diferentes categorias profissionais, especializados na temática da violência sexual de menores. Assim, desde os Magistrados, aos Procuradores, passando pelos Médicos, Psicólogos, Técnicos Superiores de Serviço Social e Inspectores da Polícia Judiciária que trabalham directamente estas questões e que têm poder decisório, todos deveriam especializar-se pois esta temática é demasiado complexa e requer uma atenção e cuidados especiais. Uma das entrevistadas salientava esta mesma questão (...) *Temos só um magistrado que tem os crimes de abuso sexual portanto de crianças, portanto no fundo está-se a especializar nessa matéria (...) portanto estamos a criar nichos de especialização (...) isto tem a ver com a intimidade das pessoas, com, é muito, muito mais complicado, e tem que se estar muito mais atento, porque pode causar, as consequências são graves (...)* (Excerto da entrevista E7).

Outra questão fundamental, ligada à especialização, é a necessidade de existir, no momento da apreciação imediata dos casos, a avaliação por parte de especialistas de saúde mental, nomeadamente Psiquiatras e Psicólogos, idealmente pertencentes ao Instituto de Medicina Legal (ver objectivo específico D1” - *Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores, de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos*). Duas das entrevistadas salientaram esta mesma necessidade: (...) *a própria Medicina Legal devia ter uma equipa que acesse de imediato e que realmente vocacionada para isto, e preparada para isto, para os menores, na área da psicologia e da psiquiatria e que realmente no imediato fizesse uma avaliação da situação* (Excerto da entrevista E7), neste caso acrescentaríamos que a equipa de saúde mental também deveria ser vocacionada para a avaliação imediata do agressor; (...) *Fazerem um processo o mais rápido possível. Complementarem com os exames de psiquiatria e psicologia porque também são muito importantes (...)* (Excerto da entrevista E1)

A especialização que aqui se defende poderia ser conseguida através de pós-graduações, mestrados e doutoramentos ligados à temática da violência sexual de menores, contando com a colaboração de Universidades e Institutos Politécnicos pertencentes ao sector público e privado. Obviamente que não podemos esquecer que a experiência profissional neste âmbito é indubitavelmente uma mais-valia e pode ser um modo de especialização acreditada de muitos profissionais, sendo fundamental que todos os elementos, sem experiência na área e que pretendam integrar as equipas, primeiramente realizem um estágio para se inteirarem das normas, protocolos, diligências

e sobretudo para adquirirem determinadas capacidades, competências e aptidões indispensáveis para quem lida diariamente com este tipo de problemática

Área da Acção

As áreas anteriormente apresentadas estão essencialmente vocacionadas para uma prevenção primária, mas é na área da acção que se podem definir objectivos e estratégias que contemplem uma prevenção secundária e terciária eficazes, globais, que articulem visões e pareceres para que cada vez mais se possa intervir de modo célere e correcto nestes casos, evitando a revitimização e promovendo o tratamento e reabilitação de todos os intervenientes na situação agressiva (vítimas, famílias e ofensores).

De facto, alguns dos entrevistados referiam que em Portugal a prevenção está muito voltada para a intervenção e quando questionados directamente sobre o que de positivo existe no âmbito da prevenção de agressões sexuais a menores, alguns entrevistados foram mais longe referindo: (...) *o que é que se faz de positivo? faz-se muito pouco, não se faz quase nada. (...) Depois de o crime ter ocorrido é que então as pessoas se alertam* (Excerto da entrevista E1); *Portanto, caricaturando nada, agora, esmiuçando faz-se muito pouco* (Excerto da entrevista E6).

Deste modo, a área da acção contempla três objectivos específicos mas que, mais uma vez, se encontram intimamente interligados entre si e, obviamente, estreitamente interligados com todas as restantes áreas já abordadas.

D1 - Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos.

Optou-se por dividir este objectivo específico em duas alíneas complementares e estritamente interligadas entre si. Esta opção prendeu-se com uma necessidade meramente académica, baseada essencialmente em dois motivos: primeiro porque apesar de constituírem duas propostas diferentes a sua estreita ligação e complementaridade não tornava viável a sua separação; por outro lado era necessária uma certa diferenciação, de forma a melhor explicar cada uma das propostas individualmente. Deste modo, a primeira alínea do objectivo específico D1 está sobretudo voltada para a operacionalização, ou seja, para a articulação de recursos e a segunda alínea, por seu turno, está especialmente orientada para o conteúdo de concretização dessa mesma proposta, ou seja, para a criação de equipas multidisciplinares e de um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos.

D1' - *Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos.*

Como já foi referido esta primeira alínea está sobretudo orientada para a articulação de recursos humanos na área da violência sexual exercida contra menores.

Ribeiro (2009) num estudo recente, chegou à conclusão que as crianças vítimas de crime sexual eram, em média, sujeitas a oito interrogatórios durante o processo judicial, apontando como causa principal a falta de articulação entre o sistema judicial e o de protecção. Magalhães (2002) é outra autora que defende a articulação interinstitucional, reforçando ainda a importância do papel das organizações comunitárias. A falta de articulação foi também um dos aspectos mais criticados pelos entrevistados e também uma das propostas mais veemente defendidas por eles. Apresentamos, seguidamente, alguns excertos de entrevistas que ilustram esta mesma questão.

(...) a falta de colaboração e de interligação entre os agentes que intervêm nestes processos também são nefastas, porque a pessoa tem que contar n vezes a história, a n pessoas diferentes, em n locais, está sempre a revitimizar-se e isso é das coisas mais negativas. (Excerto da entrevista E1)

(...) continua a haver uma grande lacuna na articulação de informação interinstitucional e portanto as vítimas vêm-se muitas vezes obrigadas a repetir vezes sem conta os relatos (...) penso que ainda falta aqui alguma articulação de maneira a criar aqui um sistema (...) a nível de informação mais fluído e por outro lado mais célere (...) (Excerto da entrevista E3).

(...) a falta de articulação dessas instituições, acabam por estar muitas das vezes desligadas, sem comunicação entre elas. Me parece que às vezes há essa, uma certa concorrência, uma disputa e isso (...) é negativo, porque são bons recursos, mas por falta de estratégia e, enfim, de um caminho correcto a seguir, acabam por dispersar esses recursos e que têm implicações (...) numa prevenção mais eficaz. (...) E isso obviamente que envia um sinal muito negativo, não só à comunidade em geral, porque se apercebem disso, mas também às pessoas que lidam directamente com isto (...) tem que haver uma articulação, uma comunicação directa entre as instituições (...) o problema é que não existindo sistemas centrais (...) ou hierarquizados, portanto as coisas funcionam cada uma como uma ilha (...) o contacto tem que ser sistemático (...), para haver essa articulação (Excerto da entrevista E5).

(...) O que existe de negativo é realmente não existir esta articulação (...) E sem esta interligação, sem esta articulação, sem as pessoas realmente falarem umas com as outras, trocarem informação, não ficarem com informações truncadas (Excerto da entrevista E7).

Para a consecução deste objectivo, aparentemente fácil de concretizar, é necessário muito empenho individual e institucional, é necessário colocar certas divergências e contrariedades de parte e realmente sentar à mesma mesa as diversas entidades envolvidas na questão das agressões sexuais a menores. Em Coimbra existe um projecto semelhante que foi sucintamente apresentado por uma das entrevistadas (...) *a nível do DIAP de Coimbra, o que nós tentámos fazer foi portanto antes de mais sentar à mesma mesa todas as entidades que lidam com esta problemática, não é?: Tribunal de Família; Comissão de Protecção de Crianças e Jovens; Polícia Judiciária, portanto a Comissão de Protecção e Tribunal na protecção, Polícia Judiciária na investigação e depois na avaliação, a pedopsiquiatria, o Hospital Pediátrico, o Instituto Nacional de Medicina Legal, obviamente no topo, a Faculdade de Psicologia e depois numa área um pouco já mais diferente mas para avançarmos também para aí eventualmente, o serviço e violência familiar do Hospital, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra no acompanhamento dos agressores (...). Portanto aqui sentámos à mesma mesa todas essas entidades, começámos a conversar, já fazemos isto à volta de três anos, é extremamente difícil as pessoas que não estão habituadas a conversar nem a articular-se depois fazerem isso, portanto o ponto de partida tem de ser esse, portanto sentar à mesma mesa e as pessoas começarem a conversar e começarem a ver.* (Excerto da entrevista E7).

Este protocolo de articulação é sem dúvida uma mais-valia e uma estratégia de grande interesse e o que se pretende é resumidamente explicado por um dos entrevistados (...) *O que acontece e o que se procurou é que existindo toda esta rede, a partir do momento em que há um caso suspeito todos nós somos activados, se eu não tiver conhecimento através de um dos parceiros eu irei ter conhecimento através de outro (...). Portanto, procura-se aqui assim uma articulação entre todas estas entidades e tem, tem resultado bastante bem especialmente numa intervenção rápida (...). Relativamente a este grupo e tem funcionado bem, criamos também, tentámos criar uma espécie de um manual de boas práticas que deve ser seguido por todos e (...) uma troca de saberes, que todos nós vamos adquirindo quer com a experiência quer com alguma pesquisa, algum estudo e depois entre nós vamos trocando e vamos actualizando, fazendo uns updates e obviamente que temos os contactos entre uns e outros e qualquer dificuldade, qualquer dúvida, qualquer conhecimento que queiramos trocar temos sempre bons interlocutores (...)* (Excerto da entrevista E5).

As estratégias concebidas no plano de prevenção aqui defendido, para a consecução deste objectivo, vão ao encontro do que existe em Coimbra mas pensando numa perspectiva mais ampla, envolvendo todo o território nacional e envolvendo mais instituições e entidades.

Na realidade, uma das entrevistadas falava nessa mesma necessidade de alargar este tipo de estratégias a todo o país: (...) *criar-se a nível nacional, eu penso que a nível das procuradorias, dos DIAP's distritais tem que haver estratégias para enfrentar isto e passa muito pelas pessoas que estão nos departamentos, pelo Ministério Público, enfim que no fundo é quem, como detentor da acção penal é quem tem que gerir estas coisas e tem que arranjar estratégias de actuação e que tem que por as pessoas realmente a conversar e a falar (...), neste tipo de criminalidade* (Excerto da entrevista E7).

No entanto, iríamos mais longe e proporíamos algumas estratégias estritamente interligadas entre si e que efectivamente visam: por um lado a articulação das instituições e entidades do território nacional e por outro a articulação de cada uma das instituições e entidades distritais e, por fim, a articulação das instituições e entidades das comunidades locais. Ou seja, julgamos que não basta pensarmos num plano global que esqueça a realidade de cada distrito e concelho, nem em planos localizados que apesar da potencial eficácia, esta é circunscrita e objectivamente não abarca todos os menores que estão em risco e perigo.

As estratégias pensadas passam essencialmente pelo agendamento de reuniões periódicas, em quatro níveis de abrangência (nacional, distrital, municipal e institucional): Agendamento de reuniões nacionais com os responsáveis de cada distrito, onde também devem estar presentes membros de organizações não governamentais; Agendamento de reuniões locais periódicas com os técnicos e especialistas responsáveis pelos recursos de determinado distrito; Agendamento de reuniões locais periódicas com os técnicos e especialistas responsáveis pelos recursos de determinada comunidade; Agendamento de reuniões para cada instituição/serviço específico. Um dos entrevistados ressaltava a importância deste tipo de estratégia (...) *se houvesse umas reuniões, em que todas as tendências tivessem presentes e discutissem e se elaborasse (...) uma espécie de uma acta, depois far-se-ia outra reunião até obtermos um consenso a nível nacional* (Excerto da entrevista E4).

Obviamente que para conseguirmos a abrangência pretendida é necessário contar com a colaboração do maior número de instituições, serviços e entidades que de algum modo possam estar ligadas à questão das agressões sexuais a menores, quer no âmbito da detecção, quer no âmbito da protecção, investigação, avaliação ou intervenção, privilegiando-se a pluridisciplinariedade e incluindo também organizações não governamentais, pois elas também desempenham um papel importante neste tipo de problemática. Dentro das instituições pensadas para fazerem parte deste sistema hierarquizado de articulação salientam-se: Comissões de Protecção de Crianças e Jovens; Redes Sociais ou outros serviços camarários; Hospitais (Pediátricos, Psiquiátricos, Distritais, Gerais); Centros de Saúde; Escolas (desde creches a

secundárias, do sector privado ao público); Polícia Judiciária; Guarda Nacional Republicana; Polícia de Segurança Pública; Departamentos de Investigação e Acção Penal; Tribunais de Família e Menores; Instituto de Medicina Legal; Instituto de Reinserção Social; Instituto Português da Juventude; certas Faculdades, nomeadamente de Psicologia que possam desempenhar um papel importante na avaliação de vítimas, famílias e agressores; Centros de Acolhimento e Lares; APAV; IAC, entre outras.

As reuniões de âmbito nacional, como já foi referido, devem englobar os responsáveis por determinadas instituições ou entidades governamentais nacionais e/ou distritais, bem como os responsáveis por certas organizações não governamentais. Dentro das organizações governamentais que devem estar representadas salientamos: os diversos Departamentos de Investigação e Acção Penal distritais; os Institutos de Medicina Legal; as Directorias da Polícia Judiciária; os Tribunais de Família e Menores; os serviços ou Hospitais Pediátricos centrais; os serviços ou Hospitais Pedopsiquiátricos e Psiquiátricos centrais; as Faculdades de Psicologia que contemplem serviços de avaliação de vítimas, famílias e agressores sexuais e a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens. O objectivo destas reuniões deverá passar pela criação de uma forma de encaminhamento e actuação protocolar em casos suspeitos (Ver objectivo específico D1” - *Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores, de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos*), bem como pela definição de estratégias e linhas orientadoras de condução das reuniões distritais e municipais (organizações envolvidas, temas a abordar, finalidades, critérios de avaliação de eficácia, entre outros).

As reuniões de âmbito distrital, por seu turno, devem ser periódicas e funcionar em todos os distritos do território nacional, devendo envolver os técnicos e especialistas responsáveis pelos recursos do distrito, bem como membros de organizações não governamentais. A coordenação das reuniões deverá estar ao cargo do Departamento de Investigação e Acção Penal distrital, sendo importante que sejam convidados o maior número de instituições, entidades e serviços que de alguma forma possam ter influência na detecção, encaminhamento, protecção, investigação, avaliação e intervenção em situações de violência sexual exercida contra menores, pois só assim se conseguirá almejar uma prevenção eficaz em todos os seus níveis. Ressalvamos a ideia de que realmente é necessário envolver as organizações que possam ter um papel preponderante na detecção de casos suspeitos como Escolas, Hospitais e Centros de Saúde (entre outras), pois muitas vezes é neste ponto inicial que toda a investigação criminal fica comprometida, quer pela incúria na observação de sinais de alarme (aspecto já salvaguardado na área da formação), quer por uma abordagem e/ou encaminhamento

inicial erróneo. Uma das entrevistadas, salientava este mesmo aspecto, neste caso reportando-se ao caso concreto das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (...) *andarem as Comissões de Protecção a fazer o seu trabalho de proteger realmente a criança mas se se focalizarem só nisso e esquecerem de que aquela prática configura um crime que tem que ser investigado e que há um agressor que tem que ser perseguido, e que a investigação não pode ser contaminada por isso.* (Excerto da entrevista E7).

Dentro das organizações que possam estar presentes nas reuniões de âmbito distrital salientam-se as seguintes (se existirem): Comissões de Protecção de Crianças e Jovens dos municípios do distrito; Hospitais Centrais/Distritais; Centros de Saúde; Escolas (desde creches a secundárias, do sector privado ao público); Polícia Judiciária; Guarda Nacional Republicana; Polícia de Segurança Pública; Tribunal de Família e Menores; Instituto de Medicina Legal; Instituto de Reinserção Social; Instituto Português da Juventude; Faculdade de Psicologia com serviço de avaliação de vítimas, famílias e agressores; Centros de Acolhimento e Lares.

O objectivo das reuniões de âmbito distrital deverá passar pela comunicação, discussão e adaptação do protocolo de encaminhamento e actuação em casos suspeitos definido nas reuniões nacionais. Cada uma das entidades representadas deverá ficar consciente da sua esfera de actuação, sabendo exactamente o que fazer e com quem se articular: (...) *se cada um souber exactamente qual é o seu papel, o que é que tem a fazer, quando é que deve transmitir ao outro, o que é que deve transmitir ao outro, saber qual é o papel do outro, tudo funciona muito melhor* (Excerto da entrevista E7).

No entanto, é sabido que cada distrito é composto por uma série de municípios que albergam instituições e serviços que lidam directamente e diariamente com centenas de crianças e famílias. Estando estas entidades na primeira linha de contacto com os menores e suas famílias, é de toda a conveniência que os técnicos e especialistas dos recursos municipais sejam correctamente informados das práticas protocolares analisadas e discutidas no âmbito nacional e distrital, para mais uma vez estarem conscientes da sua esfera de actuação e das questões que envolvem a problemática das agressões sexuais a menores. Neste sentido, é de toda a relevância o agendamento de reuniões locais periódicas com os técnicos e especialistas responsáveis pelos recursos de determinada comunidade, para que realmente todos estejam cientes quer dos sinais de alarme e outras questões envolventes na violência sexual exercida contra menores (área da formação), quer da importância do seu papel na detecção e encaminhamento correcto de casos suspeitos.

Dentro das instituições que possam estar presentes nas reuniões de âmbito municipal salientam-se (se existirem): as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, as Redes

Sociais e outros serviços camarários voltados para a área social e psicológica; as Escolas (desde as creches aos estabelecimentos de ensino secundário, pertencentes ao sector privado e público); Hospitais, Centros de Saúde, Guarda Nacional Republicana; Polícia de Segurança Pública. De relevar o facto de que as reuniões deverão ser presididas pelo elemento que participa nas reuniões de âmbito distrital, nomeadamente por um elemento da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens local.

Como facilmente se percebe, é incomportável que todos os profissionais das diferentes organizações participem nas reuniões acima descritas, contudo, é fundamental que todos eles tenham conhecimento das posições e acções defendidas nas reuniões de âmbito nacional, distrital e municipal, pelo que cada entidade deverá promover reuniões internas. Só desta forma todos os técnicos e especialistas podem saber exactamente o seu papel e a sua esfera de actuação, de forma a encaminharem correctamente os casos suspeitos, sem caírem em decisões que possam de alguma maneira comprometer a protecção da criança (e até mesmo do alegado agressor sexual e sua família) ou a própria investigação criminal.

D1'' - *Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos.*

As reuniões (nacionais, distritais, municipais e institucionais) previstas anteriormente devem ser uma forma de partilha de saberes e experiências, promovendo a articulação interinstitucional e interdisciplinar, com vista à detecção precoce de casos suspeitos e à criação de equipas multidisciplinares, devidamente formadas e informadas na temática da violência sexual, e de um protocolo de actuação que maximize os recursos e minimize a possibilidade de revitimização, aspecto este que é proposto e discutido nesta alínea.

Na literatura muitos são os autores que abordam a necessidade de criação de equipas pluridisciplinares, como Magalhães (2002), Calabuig (2005) ou Furniss (1987), reiterando a ideia de que é necessário existirem profissionais especializados nos diferentes domínios do conhecimento (social, psicológico, médico e legal), para que a intervenção e investigação dos casos suspeitos seja objectiva, célere, eficaz e eficiente.

No seguimento do que foi transcrito na primeira alínea, alguns dos entrevistados salientaram estas mesmas necessidades, apontando inclusivamente algumas estratégias de consecução: (...) *apesar da lei já ter criado mecanismos para memória futura, por exemplo, mas ainda assim, não é linear que a pessoa diga a sua história uma ou duas vezes, o habitual é a pessoa ter que relatar as situações três, quatro, cinco, seis vezes ou até mais* (Excerto da entrevista E3); (...) *perante um caso concreto se arranje uma estratégia, uma abordagem, para despistar a situação logo à partida e depois para*

também, caso os indícios sejam suficientes para se fazer uma investigação criminal que se faça sem atropelos uns dos outros (...) uma espécie de manual de boas práticas mas tem que ser implementado para todos (...), seria importante obviamente todas as instituições que lidam com crianças se aproximassem no sentido de se articular, portanto haver uma rede de contactos entre todos (...). E pensando sempre isto não na questão individual de cada uma das instituições mas sempre na protecção da criança, ela passa exactamente por isso, sempre com uma actuação célere e articulada, não numa actuação, enfim, desarticulada, individual, porque é morosa, (...) uma rede de contactos, em que onde há um que detecta os indícios de um eventual abuso e que haja logo uma fluidez, um fluxo de informação que corra para todos aqueles que podem ter uma intervenção na área, pensando na protecção, que seja rápida e articulada, e isso é possível. Porque, eu penso que existem neste momento quer a nível material de estruturas quer a nível legal, os meios suficientes para actuar de uma forma eficaz, o que não há aqui é articulação, criam-se as coisas mas não se pensa de uma forma global, em articulação, como é que elas se vão articular (Excerto da entrevista E5); (...) o Ministério Público confinar-se aos seus gabinetes, ver papéis, ver processos e não contactar com as pessoas, com as crianças, com os agressores, não ter esta massa humana ali a ver-se, que é complicado, e tem que sair e tem que fazer e tem que haver esta articulação entre todas estas entidades, cada uma a fazer o seu papel, a saber exactamente o que é que o outro faz e até onde ela vai e depois passa para outro, ou então qual é a sua esfera, sem andarmos aqui todos a fazer o mesmo, a tropeçarmo-nos uns nos outros (...) quem julga e quem avalia e quem tem que decidir afinal, tem que ter uma visão do todo, não pode ter visões parciais, e portanto ao Ministério Público que é o detentor da acção penal, compete (...) este papel de recolher toda esta informação, de articular todas estas pessoas, e todas estas entidades e elas entre si também trocarem informação e saber exactamente o que estão a falar e acho que é isso que falha às vezes (Excerto da entrevista E7).

Ou seja, à semelhança do projecto que existe em Coimbra, deveriam ser criadas equipas multidisciplinares que actuassem de forma coordenada e imediata nos casos suspeitos. No entanto, como ficou demonstrado anteriormente, julgamos que seria importante alargar estas equipas também à esfera da detecção e encaminhamento precoce, pois muitas vezes é nesse ponto que ocorrem as falhas. Deste modo, preconiza-se a definição de cinco domínios de actuação, articulados e pluridisciplinares: detecção/encaminhamento precoce; investigação criminal; protecção; avaliação; intervenção/reabilitação.

No âmbito da detecção e encaminhamento precoce devem estar todas aquelas pessoas, instituições e serviços que contactam directamente e/ou diariamente com o

menor (ou agressor) e que se encontram numa posição privilegiada de observação de sinais de alarme. Obviamente que aqui são contemplados especialmente os profissionais dos Centros de Saúde, Hospitais e Escolas mas também os próprios elementos da família e da comunidade. As estratégias defendidas nas áreas da formação e da informação são ferramentas essenciais para a estimulação de capacidades individuais de detecção e encaminhamento de situações desta natureza, assim como a articulação de recursos contemplada na primeira parte deste objectivo. Ou seja, todas as estratégias pensadas ao longo desta proposta vão confluir num mesmo ponto, a abrangência e a articulação de todos nós, cada um com a sua especificidade singular.

Assim, o que se pretende é que se algum profissional ou elemento da comunidade detectar (domínio da detecção e encaminhamento) uma situação suspeita de violência sexual, deverá imediatamente contactar a directoria da Polícia Judiciária da sua área de abrangência (que possui brigadas próprias de investigação de crimes de natureza sexual, que funcionam ininterruptamente), não deixando arrastar o processo, nem tão pouco dando início a intervenções que de alguma forma possam comprometer a protecção e/ou a investigação criminal. Um dos entrevistados reportava-se a esta mesma questão, dando o exemplo concreto das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens: (...) *Inclusivamente até instituições que podem, como as CPCJ's que podem ter intervenções quer junto da família que vão depois destabilizar a própria família, porque se pensa que há um abuso que nunca existiu e que está, enfim, a ser laborado em erro. E essa situação tem que ser desmontada (...) muitas situações que às vezes não são denunciadas com esse argumento de que bom nós tivemos a ver, tivemos a avaliar e não nos parece. Eu posso-lhe dizer que muitos casos que passaram aqui pela polícia e alguns dramáticos, foram situações de que não parecia, os indícios eram ténues, e depois veio-se a provar que de facto os abusos aconteciam* (Excerto da entrevista E5).

Depois do caso suspeito chegar ao conhecimento da Polícia Judiciária este deve ser comunicado de imediato ao Departamento de Investigação e Acção Penal distrital, que é o detentor da acção penal, sendo que estas duas organizações ficam responsáveis pelo domínio da investigação criminal, sem obviamente esquecer os outros domínios, nomeadamente da protecção, avaliação e intervenção.

Deste modo, a Polícia Judiciária ao mesmo tempo que contacta imediatamente o Departamento de Investigação e Acção Penal distrital deve igualmente contactar a/as entidade/s responsáveis pela avaliação, pois, como foi referido por algumas entrevistadas, a avaliação tem que ser imediata: (...) *Devia-se criar uma equipe pluridisciplinar que actuasse de imediato, colhesse toda a informação e nunca mais fossem importunar a vítima, quer dizer não existe isso* (Excerto da entrevista E1); (...) *para além do arrastar dos processos porque as avaliações depois são pedidas muito*

tarde, (...) Quer dizer há uma avaliação tem que ser imediatamente, tem que ser feita logo, não é? (...) mas ela (criança) não pode ser ouvida como se diz muitas vezes, foi ouvida sete, oito, nove vezes, isso é que não pode acontecer (Excerto da entrevista E7).

Assim sendo, a avaliação das situações suspeitas de agressão sexual deve ser célere e envolver equipas pluridisciplinares, idealmente pertencentes ao Instituto de Medicina Legal em eventual colaboração com outras organizações (Faculdades de Psicologia; Hospitais, entre outros), que de imediato procedam à avaliação protocolar sistemática e global de todos os envolvidos no processo (menor, família e alegado agressor sexual). As equipas devem ser constituídas por Médicos-Legistas (se bem que qualquer clínico deve ter conhecimentos técnicos suficientes para recolher ou documentar eventuais provas físicas de evidência de violência sexual), Psiquiatras, Pedopsiquiatras, Sexólogos, e Psicólogos. Os especialistas de saúde mental devem ter formação específica para avaliar vítimas, famílias e agressores, pois como referem Pinto da Costa (1991), Magalhães (2002) e Calabuig (2005), a grande maioria dos actos de natureza sexual cometidos contra menores são comportamentos sem contacto ou comportamentos com contacto de onde não resulta prova forense inequívoca (como presença de esperma, lesões nos órgãos genitais ou doenças sexualmente transmissíveis). Diversos estudos demonstram mesmo que as carícias sexuais estão entre as práticas sexuais mais comuns utilizadas pelos agressores (López *et al.*, 1994; Sariola e Uutela, 1996, Gold *et al.*, 1996, Padayachi, 1997, cit. in Fávero, 2003). Furniss, (1993), comprova inclusivamente que as estratégias utilizadas pelos ofensores muitas das vezes não englobam violência física, mas sim rituais comportamentais de sedução e aliciamento.

Deste modo, a avaliação precoce e pluridisciplinar, incluindo a avaliação psicológica e psiquiátrica de todos os envolvidos no processo (criança, família e agressor) é fundamental, pois é da junção de todas as provas médicas, psiquiátricas e psicológicas destes sujeitos que se pode analisar de forma global os contornos e a veracidade das suspeitas (Calabuig, 2005). Este aspecto foi igualmente referido por algumas das entrevistadas: *(...) olhe, criando equipas pluridisciplinares para ouvirem as crianças, as crianças e às vezes não são tão crianças (...). Fazerem um processo o mais rápido possível. Complementarem com os exames de psiquiatria e psicologia porque também são muito importantes, porque às vezes a gente pode ter casos de simulação, de a criança inventar ou até o agressor ser também atrasado mental e isso tudo tem que ser bem esclarecido* (Excerto da entrevista E1); *(...) Relativamente à avaliação depois, portanto a Medicina Legal faz a avaliação física e psíquica e nós entendíamos também que a própria Medicina Legal devia ter uma equipa que acesse de imediato e que realmente vocacionada para isto, e preparada para isto, para os menores, na área da psicologia e da psiquiatria e que realmente no imediato fizesse uma avaliação da*

situação e não depois aquelas avaliações que depois são pedidas da credibilidade e depois demoram muito tempo. (Excerto da entrevista E7).

Outra questão fundamental, ainda respeitante à avaliação, reporta-se à importância de evitar a repetição de exames e entrevistas ao menor, de forma a prevenir a sua revitimização. Como nos diz Edwards (1982, cit. in Alberto, 2006), o primeiro relato da vítima é sempre o mais importante e também o mais traumático, deste modo, têm que ser proporcionadas todas as condições de segurança, confidencialidade e empatia. Assim sendo, a entrevista de avaliação ao menor reveste-se da maior importância, pelo que deve ser pensada e concebida para ser única. Este aspecto foi também uma das preocupações de muitos dos entrevistados, como já foi possível constatar na leitura de alguns excertos transcritos, sendo que duas das entrevistadas apontaram uma alternativa já contemplada na legislação, estou-me a referir às gravações para memória futura: (...) *as vítimas vêm-se muitas vezes obrigadas a repetir vezes sem conta os relatos, apesar da lei já ter criado mecanismos para memória futura, por exemplo, mas ainda assim, não é linear que a pessoa diga a sua história uma ou duas vezes, o habitual é a pessoa ter que relatar as situações três, quatro, cinco, seis vezes ou até mais* (Excerto da entrevista E3). No excerto que se segue podemos ver que a entrevistada apresenta não só uma visão crítica desta proposta, como também sugere alguns aperfeiçoamentos da técnica: (...) *quanto mais rápida for a intervenção e quanto mais todas estas entidades retirarem daquela primeira impressão do menor as suas conclusões, melhor, e portanto para a criança ser ouvida uma vez e o que nós apostávamos era que ela realmente fosse ouvida uma vez e que esse depoimento ficasse gravado em áudio e vídeo, porque só uma gravação, as gravações para memória futura até aqui e continuam um bocado a ser a criança vai falando e aquilo vai ficando registado e portanto e transcrito, ora isto é muito pouco, não é?, e portanto se houvesse uma gravação quer em áudio, quer em vídeo, com várias câmaras, portanto, daria uma visão muito mais exacta daquela criança, é isso que nós pretendemos (...) depois o legislador obriga às declarações para memória futura mas essas declarações para memória futura não impedem que a criança vá ao julgamento se o juiz assim entender que é necessário. Portanto as declarações para memória futura com gravações áudio e vídeo de certo modo seriam um obstáculo para que a criança fosse ouvida outra vez em julgamento, embora com todas as garantias (...) há uma criança que acima de tudo tem que ser protegida e que tem que ser retirada do processo o mais cedo possível (...) Independentemente do processo prosseguir depois relativamente ao agressor a criança tem que ser retirada o mais depressa possível do processo, continuar com a sua, no âmbito da protecção, etc., tudo bem mas já numa fase fora do processo ela não tem que ficar no processo indefinidamente, ser ouvida hoje, ser ouvida amanhã, enfim. Isso aí é que eu acho que é perturbador e portanto ela tem que*

ser retirada do processo o mais depressa possível, o seu depoimento tem que ser recolhido tem que ser, depois o resto a prova tem que se procurar (...) Eu penso que menos que duas vezes é impossível num processo, não ser ouvida porque terá que ser. Mas se ela for ouvida uma vez com estas entidades todas envolvidas e depois for ouvida para, nas declarações para memória futura, devidamente acompanhada, enfim com que ela se sinta segura, que saiba para onde é que vai, o que é que vai acontecer, isto nas crianças um bocadinho mais velhas, as mais pequeninas, nas mais pequeninas, sei lá, uma criança com menos de três anos ou assim eu penso que nem sequer deve, pode ir, ou ser quer dizer a prova tem que ser recolhida de outra maneira e de outro modo (...) (Excerto da entrevista E7). De acordo com estas propostas e com a literatura específica, seria importante que na avaliação dos menores, a criança ou o jovem fosse devidamente acompanhado por diferentes técnicos e especialistas na sua entrevista de revelação. Os profissionais deveriam propiciar ao menor todas as condições de segurança e empatia, explicando todos os procedimentos, possíveis consequências e soluções. As declarações para memória futura deveriam ser gravadas em áudio e vídeo e deveria ser proibida a repetição de entrevistas ao menor vítima de agressão sexual, retirando-o o mais precocemente possível do processo-crime contra o agressor. O menor apenas poderia eventualmente ser chamado novamente para uma única entrevista individual com o juiz, sempre na presença dos técnicos e especialistas que o acompanharam na entrevista de revelação, para que em último recurso fossem esclarecidas determinadas alegações ou circunstâncias, só passíveis de serem clarificadas pela vítima (ver objectivo específico D3 - *Legislar no sentido de apoiar legalmente o presente plano de prevenção de agressões sexuais a menores*).

Ainda no âmbito da avaliação é importante que se criem linhas orientadoras e um protocolo de avaliação sistemático e exaustivo quer no domínio Médico-Legal, quer no domínio Psiquiátrico, Pedopsiquiátrico e Psicológico. Na área da Psicologia, a Unidade de Consulta de Psicologia da Justiça da Universidade do Minho é um bom exemplo no que respeita à criação e implementação de protocolos de avaliação de alegados agressores (Gonçalves, 2005) e alegadas vítimas menores (Machado e Antunes, 2005) de violência sexual. Deste modo, seria importante que as equipas pluridisciplinares de avaliação preconizadas estudassem a viabilidade deste protocolo e o melhorassem ou adaptassem à sua própria realidade, alargando-o ainda aos diferentes domínios da avaliação.

Depois de detectado um caso suspeito de agressão sexual a menor e iniciada a investigação criminal e a avaliação, é importante que concomitantemente (mas sempre posteriormente), se accionem os mecanismos de protecção à vítima. As organizações

que deverão estar a cargo da protecção são obviamente os Tribunais de Família e Menores e as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens.

Logicamente que a protecção do menor deve ser uma prioridade mas é preciso bastante cautela na análise do caso e no tipo de intervenção terapêutica a adoptar. Deste modo, a protecção nunca deve colidir com os domínios da investigação, avaliação e intervenção, sendo crucial a articulação de todos os intervenientes e a consciência da esfera de actuação de cada um (o que é salvaguardado no objectivo específico D1' - *Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos*), pois a adopção de medidas de protecção inadequadas (por excesso ou defeito) pode comprometer todos os outros domínios, incluindo a própria protecção do menor.

Apesar da necessidade de interligação estreita de todos os domínios e da importância única de cada um deles, a intervenção terapêutica desempenha um papel fundamental, quer na recuperação do menor, família e agressor, quer na prevenção de recidivas. A intervenção terapêutica deverá estar sob a responsabilidade de equipas, mais uma vez pluridisciplinares e especializadas nas questões da violência, nomeadamente da violência sexual exercida contra menores, constituídas por Psiquiatras; Pedopsiquiatras, Sexólogos (e outros clínicos se assim for necessário); Psicólogos e eventualmente Técnicos Superiores de Serviço Social (Furniss, 1992; Magalhães, 2002; Alberto, 2006). Furniss (1992), defende ainda que nas equipas deverá existir um elemento responsável pela coordenação de todo o plano de intervenção.

A intervenção terapêutica deverá ter por base a avaliação global precedente das dinâmicas agressivas e incidir em todo o sistema familiar (incluindo no agressor). Furniss (1992) considera que sobretudo quando estamos perante casos de agressão intrafamiliar, é fundamental analisar a questão numa perspectiva sistémica, privilegiando a intervenção primária terapêutica ao invés da intervenção primária punitiva ou protectora da criança, uma vez que estas últimas assentam na consideração básica da necessidade de protecção da criança e punição do agressor, defendendo indubitavelmente a retirada urgente da criança do seu ambiente familiar. Segundo Furniss (1992), este tipo de intervenções são altamente penalizadoras, uma vez que retiram aos pais o direito de se relacionarem com os filhos e aos filhos o direito de se relacionarem com os pais, o que pode acarretar efeitos indesejáveis no ambiente familiar e especialmente no menor, podendo ainda agravar a experiência traumática, pois independentemente da situação de violência sexual, a criança continua a estar vinculada às figuras parentais e perturba-se por ser afastada delas, sentindo-se muitas das vezes responsável, culpada, envergonhada e punida pela desorganização familiar que a revelação acarretou (Alberto,

2006), para além de que um novo ambiente (institucional ou outro), pressupõe uma nova conjuntura que é para a criança assustadora e não a auxilia na análise e resolução da sua condição de vítima. Furniss (1992), acrescenta ainda que tanto na intervenção punitiva como na intervenção protectora da criança, a eventual junção da família, muito provavelmente trará de volta as mesmas estratégias e modos de violência, desta vez com uma maior incidência de secretismo, pois não houve uma intervenção sistemática e alargada no sistema familiar, apenas determinação de culpados e sua punição.

Deste modo, Furniss (1987, 1992) defende a importância da implementação preferencial da intervenção primária terapêutica, que apesar de considerar a responsabilidade única do agressor, alerta para a necessidade de utilizarmos uma abordagem sistémica, realçando a causalidade circular e considerando a família como a unidade fundamental da sociedade. Assim sendo, a intervenção terapêutica deve ser dirigida ao menor, família e agressor, prevendo-se sessões individuais e grupais, cada uma das quais com um Psicólogo/Terapeuta distinto. De acordo com o mesmo autor, apenas nas situações mais graves o agressor deve ser retirado do contexto familiar (e não a criança), até que a intervenção assegure a segurança do menor. Apesar destas considerações, ainda existe um longo caminho a percorrer, que só será possível com a formação e especialização de profissionais (objectivo específico C3 - *Especializar profissionais que trabalhem directamente no âmbito da protecção, avaliação, investigação e intervenção nas questões associadas à violência sexual exercida contra menores*) e a estreita articulação interinstitucional e interdisciplinar (objectivo específico D1' - *Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos*), pois como nos diz Edwards (1982, cit. in Alberto, 2006) e o próprio Furniss (1987), é fundamental o debate sobre o mau trato infantil enquanto crime, para que haja diálogo e coordenação entre a intervenção terapêutica e a legal, para que estas não mais se incompatibilizem e procurem uma solução de compromisso entre a protecção da criança e a reabilitação do agressor e da família.

Ao nível da intervenção com o menor, Furniss (1992) ressalva a importância da análise das áreas afectadas, bem como da identificação do impacto da situação sexualmente agressiva no desenvolvimento global da vítima. Como já foi reiteradamente referido na fundamentação teórica, o agressor sexual de menores geralmente utiliza técnicas de aliciamento e sedução para conseguir a gratificação sexual pretendida, evitando ser manifestamente violento, pois tal afastaria a criança ou jovem e precipitaria a denúncia. Desta forma, muitas das vezes a própria vítima sente aqueles momentos com afecto, podendo inclusivamente experienciar prazer sexual (Sanderson, 2005). Assim sendo, o impacto da violência sexual no menor vai depender de diversas circunstâncias

personais, familiares, sociais e situacionais, no entanto, geralmente manifestam-se severas consequências traumáticas (Furniss, 1993, Finkelhor, 1987, López *et al.*, 1994), sobretudo numa fase posterior, quando a vítima percebe a situação como agressiva. Ou seja, geralmente entre o início das manobras de aliciamento e sedução por parte do agressor e a compreensão por parte do menor de que aquela prática é censurável, existe um lapso temporal (maior ou menor, muito vai depender de diversas condições – factores internos e externos de manutenção do segredo – Furniss, 1993) onde as práticas sexuais vão assumindo contornos cada vez mais erotizados e/ou intrusivos. É exactamente neste espaço de tempo que o ofensor trabalha a questão do segredo, precipitando no menor determinados sentimentos e receios que criam e reforçam crenças erróneas de que são responsáveis ou cúmplices da situação agressiva, o que vai evitar ou adiar a denúncia (Furniss, 1993). Quando as agressões são intrafamiliares geralmente a sintomatologia emocional agrava-se quer pela ambivalência de sentimentos em relação ao ofensor, quer pela quebra da relação de confiança (Browne & Finkelhor, 1985, Elwell & Ephross, 1987, cit. in Alberto, 2006; Furniss, 1992; Fávero, 2003), pelo que em muitos destes casos a intervenção sobre o menor requer outra especificidade, não podendo de maneira alguma ser uma intervenção isolada, sendo crucial a co-existência de terapia familiar (menor, família e agressor), onde seja analisado, entre outros, o papel do progenitor não incestuoso (no caso do agressor ser o pai ou a mãe) ou dos progenitores e o tipo de apoio que estes prestam ao menor após a revelação. Os profissionais que lidam com as vítimas de crime sexual devem ainda procurar a minimização do dano secundário, resultante da intervenção após a revelação (Furniss, 1993), pois a “reacção impiedosa” da comunidade perante a criança, a mãe, o agressor, outros filhos devasta a família (Giarretto, 1982, cit. in Alberto, 2006), levando frequentemente a rupturas e fragmentações familiares, que potenciam os efeitos da violência sexual, especialmente pela culpabilização sentida pela criança, que muitas vezes acredita que foi conivente com a situação agressiva e que é responsável pelo drama familiar consequente.

Relativamente à intervenção com agressores, Furniss (1992) ressalva a ideia de que é preciso evitar adoptar uma atitude punitiva a/ou acusatória, sendo que o ofensor deve ter ajuda terapêutica (individual e grupal) com vista a que o sistema familiar (nos casos de agressão intrafamiliar) seja melhorado, indagando e alterando as situações que favorecem a agressão (Cordeiro, 2003; Gonçalves, 2005; Furniss, 1992). O agressor sexual de crianças tem muitas vezes a crença que perdeu o seu lugar na sociedade e está a ser perseguido pelo sistema judicial criminal. Deste modo, é essencial que se consciencialize e admita que tem um problema de não ser capaz de controlar os seus impulsos incestuosos. É uma realidade o facto da sociedade adoptar frequentemente uma postura altamente condenatória relativamente aos agressores sexuais, no entanto, a

questão de que os ofensores sexuais são muitas das vezes indivíduos com psicopatologia – pedofilia – está fortemente documentada na literatura, nomeadamente na DSM IV e ainda na CID10, o que foi aliás apontado por alguns dos entrevistados: (...) *nem percebem o que é uma patologia, o que é um indivíduo doente* (Excerto da entrevista E1); (...) *é perceber o que é que leva um agressor a praticar os crimes e grosso modo perceber de que se trata de necessidades, portanto aqui não é um crime de oportunidade (...), enfim não é disso que se trata, trata-se de facto de um problema conhecido que se pode por ao nível da patologia, da doença* (Excerto da entrevista E5); (...) *os agressores sexuais num país em que a pena máxima são 25 anos e que não há a pena de morte, portanto os agressores sexuais normalmente também são pessoas, têm olhos, cabeça, pés e braços, não é, raramente são inimputáveis (...), agora que têm alguma perversão têm que ter, agora os médicos é que podem dizer isso, vocês todos* (Excerto da entrevista E6). Além da pedofilia, os agressores sexuais de menores tendem a ter associado outro tipo de características ou até mesmo distúrbios de personalidade (Cordeiro, 2003; Gonçalves, 2005). Deste modo, da conjugação idiossincrática do agressor com as circunstâncias da agressão e da vítima, ressaltam estilos e padrões de funcionamento diferentes, apontando para expectativas de tratabilidade também elas díspares (Cordeiro, 2003; Gonçalves, 2005)

Gonçalves (2005) ressalva ainda a importância da intervenção terapêutica com agressores, quer em meio prisional, quer sob outra medida alternativa à pena de prisão. Dois dos entrevistados salientavam também a importância da intervenção terapêutica com os agressores sexuais: (...) *temos um sistema que condena obviamente com todas as implicações que tem e a própria arquitectura do sistema penal português, especialmente ao nível das penas, procura ter não um efeito meramente punitivo mas ressocializador, portanto preparar a pessoa para uma vida social de acordo com as regras. O que acontece é que nestes casos em especial, assim como na própria violência doméstica mas nestes casos em especial estamos a falar com indivíduos cuja possibilidade de reincidirem é enorme. Depois de cumprirem a pena, eu quase que me arrisco a dizer que desconheço se existe algum, alguma em Portugal, algum, enfim alguma instituição, alguma, se existe alguma forma de intervenção pós condenação sobre agressores sexuais. Enfim esta questão é bastante discutida, há várias experiências a nível internacional, sobre como intervir, mas eu julgo que aqui poderiam ser iniciadas algumas experiências, à semelhança também do que acontece em alguns países, noutros países, relativamente a intervenção sobre os agressores sexuais, em especial em situações, como acontece no Canadá, de cumprimento de pena. Portanto o indivíduo é condenado a uma pena de prisão, durante esse tempo que está na prisão serem acompanhados (voluntariamente) se, por técnicos especializados para definirem*

programas de actuação sobre, terapêuticos sobre indivíduos desta natureza, enfim com as técnicas já conhecidas, para procurar evitar que eles voltem a cometer este tipo de crimes, sendo que a possibilidade de isso voltar a acontecer é extremamente elevada (...) Portanto aqui pensar-se, não sei qual é a forma, qual é a forma de implementação mas pensar-se numa actuação sobre o agressor, sobre o agressor conhecido, condenado, obviamente. E depois há casos, por exemplo, como a Irlanda em que as pessoas cometem abusos, cometem abusos são depois monitorizados, é este o termo que se pode utilizar e se voltarem a cometer, crianças, ou se houver suspeita de que aquele continua a tentar fazê-lo, são aplicadas penas ainda mais drásticas. Depois existe o caso americano, é discutido também noutros países, (...) um site que se chama familywatchdog (...) um site onde estão os agressores sexuais (...) Portanto, é quase passar para a sociedade a sua própria protecção, uma vez que as instituições não conseguem garantir vamos passar informação às pessoas exaustiva, portanto uma lista exaustiva de todos os condenados por agressão sexual, nos Estados Unidos, são colocados lá. (...) Mas também destacava aqui o 152 relativamente à violência doméstica (...) a obrigação de frequência de programas específicos de prevenção de violência doméstica. O legislador aqui entendeu, se calhar bem, da possibilidade de obrigar, situações obviamente, recorrentes ou a avaliar pelo caso concreto de implementar, ou obrigar a pessoa, aqui o autor a frequentar programas de prevenção de violência doméstica, tratamento. Mas é uma boa, uma boa medida para situações de abuso sexual de crianças também (...) (Excerto da entrevista E5); (...) talvez se fosse mais curial pensar em os tratar (os agressores), neutralizando-os sempre com certeza tem que estar neutralizados (Excerto da entrevista E6).

No entanto, dada a importância e a especificidade da questão da intervenção terapêutica sobre agressores, esta será discutida mais detalhadamente no objectivo específico seguinte, pois ela acaba por estar estreitamente relacionada com o debate sobre a intervenção precoce nos casos de pedofilia.

Em síntese, percebe-se que este objectivo específico (D1) contempla uma série de medidas que, apesar da sua individualidade, devem coexistir pela sua íntima transversalidade, pois vítimas, agressor e família fazem parte de um complexo sistema de interacção que é preciso analisar e tratar de forma conjunta, pelo que todo o tipo de acções, sejam elas médicas, sociais, psicoterapêuticas, jurídicas ou outras devem funcionar em total articulação. Assim sendo, para a consecução global deste objectivo é necessário: uma estreita interligação e comunicação interinstitucional e interdisciplinar de todos os domínios de abrangência da questão (detecção e encaminhamento precoce; protecção; investigação criminal; avaliação e intervenção terapêutica), uma aposta forte

na investigação, na formação e especialização de profissionais e ainda na informação de toda a população geral. Ou seja, neste objectivo acabam por confluir todos os esforços pensados para esta proposta de prevenção, apenas com uma finalidade comum, a de diminuir a incidência e prevalência de menores agredidos sexualmente/agressores sexuais de menores

D2 - *Detectar precocemente indivíduos com predisposição para a pedofilia ou com pedofilia e iniciar uma intervenção terapêutica ou intervenção terapêutica preventiva imediata.*

De acordo com o Child Molestation Research & Prevention Institute, cerca de 95% dos agressores sexuais de menores são sujeitos com pedofilia, embora muitos dos sujeitos com pedofilia não sejam agressores sexuais, pois nunca actuaram sob a sua patologia. Independentemente deste facto, é sabido que os casos de agressões sexuais a menores que são denunciados e que vão a julgamento são uma minoria (Fávero, 2003; Sanderson, 2005), pelo que é indispensável criarmos estruturas médicas, sociais, psicológicas e legais que permitam ao agressor sexual de menores latente ou ao agressor sexual de menores desconhecido procurar ajuda especializada. Não nos podemos esquecer que apesar da prática de agressão sexual a menores configurar um crime, a pedofilia é uma patologia que, como qualquer patologia, deve dispor de meios de diagnóstico e intervenção terapêuticos adequados. Se continuarmos a fechar as portas dos serviços de saúde a indivíduos com esta perturbação, continuaremos a ostracizá-los e a tornar cada vez mais *secreta* a vitimização de um número indefinido de menores. Criando estruturas vocacionadas para a avaliação e tratamento desta patologia, estamos também a aumentar a nossa consciência sobre a verdadeira dimensão da questão e a possibilitar a expansão do conhecimento científico em relação a todos os domínios da pedofilia, para que futuramente melhor a possamos compreender, prevenir e tratar, pois a grande dificuldade dos investigadores, até ao momento, tem sido a falta de conhecimento relativamente à perspectiva do agressor sexual de menores nesta problemática (ver área da investigação - *Aumentar o conhecimento científico sobre a sexualidade infantil e a violência sexual exercida contra menores*).

Todavia, apesar de estarmos a falar de indivíduos com patologia, tal não invalida que os seus actos sejam criminosos e passíveis de punição, ou seja, é necessário haver um processo penal mas concomitantemente tem que coexistir um processo terapêutico. A sociedade tem normas mas também tem que oferecer aos sujeitos meios de se prevenirem e procurarem ajuda antes de criminalizarem as suas intenções agressivas e ainda meios de os reabilitarem depois do crime ter ocorrido, para que os agressores possam regressar à sociedade mais capazes de lidar com o seu distúrbio.

Como foi referido na fundamentação teórica, a DSM IV enquadra a pedofilia nas parafilias e reitera a ideia de que esta patologia tem um início precoce, situado na idade da adolescência e uma evolução crónica. Finkelhor (1986), no seu modelo explicativo da pedofilia, o modelo multifactorial, acrescenta ainda que esta patologia atravessa diferentes estadios, podendo ser considerada um processo onde o sujeito tem necessariamente que ultrapassar determinadas inibições internas e externas para conseguir colocar em prática as suas fantasias e desejos, salientando que a primeira condição é indubitavelmente o interesse sexual por menores. O mesmo autor vai ao encontro da restante literatura específica e bise o facto de que nem todos os sujeitos com pedofilia ultrapassam as suas inibições ou ainda a própria resistência dos menores, pelo que nem todos os indivíduos com esta patologia agredem sexualmente crianças ou jovens, sendo que muitos deles apenas mantêm em fantasia os seus impulsos agressivos. No entanto, é extremamente difícil prever quais os sujeitos com pedofilia que irão ou não, em determinado período da sua história pessoal e por diferentes factores precipitantes, agredir sexualmente um menor, pelo que a prevenção e a intervenção deverá recair sobre todos eles, sendo fundamental que se criem estruturas que possibilitem que chegue ao conhecimento clínico o maior número de indivíduos dispostos a submeterem-se a uma avaliação e tratamento.

Dado que a grande maioria dos agressores sexuais de menores são efectivamente indivíduos com pedofilia, as medidas apresentadas para a consecução deste objectivo específico visam essencialmente este grupo de sujeitos. Ressalvamos no entanto a ideia de que são estratégias pensadas, quer para os sujeitos com pedofilia agressores sexuais, quer para os sujeitos com pedofilia que ainda não passaram aos actos os seus desejos, fantasias e impulsos agressivos. No entanto, é expectável que os resultados sejam mais animadores na intervenção preventiva sobre o agressor latente, pois as pesquisas demonstram que quando o sujeito com pedofilia enceta relações com menores (mesmo que em fantasia) é extremamente difícil quebrar o ciclo de fantasia-masturbação-orgasmo, o que aumenta sobremaneira a possibilidade de evolução para situações cada vez mais violentas sexualmente, aumentando, igualmente, as taxas de reincidência, pela cronicidade inerente à própria patologia (Sullivan e Beech, 2004, cit. in Sanderson, 2005; Abel e Harlow, 2001; DSM IV).

De acordo com estas premissas basilares, o Child Molestation Research & Prevention Institute preconiza um plano de prevenção baseado em três passos essenciais. Numa primeira etapa defende que deve ser disponibilizada informação à população sobre a realidade das agressões sexuais, nomeadamente: que 95% dos agressores sexuais de menores praticam estes actos por problemas de conduta sexual dirigida a crianças; que é possível detectar precocemente o desenvolvimento desta desordem, durante a

adolescência ou até mesmo antes; que algumas pessoas com problemas de conduta sexual dirigida a crianças não são agressores sexuais porque nunca actuaram sob a sua patologia; e ainda que podemos reduzir drasticamente a maioria das agressões sexuais a menores seguindo este plano. O segundo passo pensado neste plano de prevenção reitera a ideia de que é fundamental focarmo-nos na causa principal de agressões sexuais a menores, ou seja, numa conduta sexual desviante dirigida a crianças. Por fim, uma última fase que defende o diagnóstico e intervenção precoces, através de testes, medicamentos e terapias sexuais específicas.

O plano de prevenção proposto pelo Child Molestation Research & Prevention Institute apesar de não contemplar todas as propostas já aqui apresentadas e discutidas, comporta uma mais-valia fundamental, o facto de colocar no agressor e principalmente no agressor latente o foco da sua atenção e actuação. Na realidade, pelos dados conhecidos e apresentados, é possível detectar precocemente o desenvolvimento da pedofilia em determinado indivíduo da população geral, idealmente na idade da adolescência ou jovem adultez, quando o potencial agressor ainda se encontra numa fase em que analisa as suas fantasias e desejos sexuais dirigidos a menores com alguma estranheza e desconforto.

No entanto, para que os sujeitos procurem ajuda terapêutica durante uma fase preliminar de evolução da sua psicopatologia, ou seja, quando ainda apresentam alguma crítica, é necessário que se criem estruturas e serviços clínicos de avaliação e apoio específico a este tipo de parafilia. O facto de não existirem serviços específicos, associado à carga social e moral extremamente negativa com que a sociedade conota os agressores sexuais de menores, faz com que muitos destes indivíduos, no início do desenvolvimento da sua psicopatologia, encetem uma série de medidas (como o visionamento de pornografia infantil, o contacto com outros agressores sexuais de menores, entre outros) que lhes permitam elaborar determinadas distorções cognitivas (não ser prejudicial para a criança, o seu acto ser justificável, a criança ser sedutora, entre outras) para que consigam superar as suas próprias inibições (Finkelhor, 1984). Alguns sujeitos podem nunca chegar a dominar essas inibições mas muitos de facto conseguem-no e depois de o conseguirem é frequente elaborarem um plano de agressão, colocando em prática os seus desejos e fantasias num crescendo e intensidade, sendo que os comportamentos sexuais com menores tendem a ser cada vez mais intrusivos para a consecução do mesmo nível de satisfação (Sullivan e Beech, 2004, cit. in Sanderson, 2005).

Na realidade é fundamental que a sociedade não mais tolere as agressões sexuais a menores, contudo a pedofilia existe e todos os contornos desta psicopatologia tornam-na numa problemática complexa. Assim sendo, o assumir de uma atitude condenatória por

parte da sociedade apenas agravará o *síndrome do segredo* e consequentemente o número de menores sexualmente agredidos. Apenas desenvolvendo uma atitude informada e sustentável em toda a comunidade, responsabilizando-a pela detecção e encaminhamento de casos suspeitos (o que é proposto nas áreas da formação, informação e acção) e retirando ao menor a carga da denúncia, podemos passar para o passo seguinte, defendido neste objectivo específico, e que na sua essência visa a criação e divulgação de serviços de apoio e informação especializados para sujeitos com este tipo de parafilia. Dotando a comunidade clínica deste tipo de estratégia, estamos a possibilitar ao sujeito com pedofilia o recurso a meios de resolução da sua perturbação e, antes de mais, a responsabilizá-lo pela procura de ajuda terapêutica, pois na realidade é ele que, em primeira instância, está consciente da sua orientação sexual.

Obviamente que a intervenção terapêutica após ocorrência de crime sexual desta índole, contemplada no objectivo específico D1” (*Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos*) é fundamental, todavia, neste ponto trata-se de disponibilizar ao agressor sexual latente ou ao agressor sexual desconhecido meios que o auxiliem no tratamento da sua psicopatologia antes de ela evoluir para formas mais graves.

Neste enquadramento, proporíamos a criação de dois tipos de serviços de apoio a agressores ou potenciais agressores sexuais de menores. Numa primeira linha um serviço telefónico, tipo número verde, pertencente a uma organização governamental que prestasse apoio informativo, anónimo e confidencial a sujeitos com este tipo de parafilia ou a familiares e outros grupos da comunidade que de alguma forma quisessem obter esclarecimentos neste âmbito. No Reino Unido e Irlanda existe uma campanha, denominada *Stop It Now!*, baseada numa outra iniciada nos EUA em 1995 por Fran Henry, cujo objectivo primordial é o de aumentar a consciência de que os agressores sexuais de menores podem ser tratados. A ênfase é colocada sobretudo no ofensor latente para que seja ele próprio a procurar ajuda antes de transgredir. Nesta acção o telefone é igualmente o ponto de partida para uma possível intervenção, sendo que também estão salvaguardadas as questões relacionadas com o anonimato e a confidencialidade, condições essenciais para que o sujeito sinta segurança na sua abordagem (Sanderson, 2005).

Para a consecução deste objectivo, numa segunda linha de acção, torna-se crucial a criação e divulgação de serviços especializados que avaliem e apoiem sujeitos com suspeitas de pedofilia, serviços esses que devem estar ligados a Hospitais Centrais abrangendo eventualmente determinadas Universidades. Os serviços devem contar com equipas multiprofissionais especializadas (formação contemplada no objectivo específico

C3 - Especializar profissionais que trabalhem directamente no âmbito da protecção, avaliação, investigação e intervenção nas questões associadas à violência sexual exercida contra menores), constituídas por Psiquiatras, Sexólogos, Psicólogos, Técnicos Superiores de Serviço Social, Advogados, entre outros, que nas diferentes dimensões esclareçam o diagnóstico e prestem o apoio adequado.

Não é expectável, por diversas ordens de razão, que indivíduos que suspeitem ou que saibam que têm uma orientação sexual dirigida a menores, recorram a serviços gerais para explanar as suas dúvidas e receios. No entanto, se for feita uma divulgação pelos meios de comunicação social, quer da linha telefónica, quer da assistência presencial, sempre associado à desmistificação de crenças e mitos (área da informação), é possível que os sujeitos que estejam numa fase precoce (ou mais avançada) de evolução psicopatológica da pedofilia recorram a estes serviços, a fim de obterem ajuda médica, psicoterapêutica, social e até jurídica. O facto do atendimento telefónico garantir o anonimato e a confidencialidade é sem dúvida uma mais-valia, pois retira ao sujeito certos receios que o estejam a impedir de procurar apoio, ao mesmo tempo que o esclarece dos moldes de funcionamento dos serviços especializados, clarificando que aquele é um espaço de ajuda e não de julgamento.

De salientar ainda que na avaliação de casos suspeitos de pedofilia, quer seja o pedido de ajuda um acto voluntário (como acontece neste objectivo), quer se trate de situações suspeitas de ocorrência de crime de natureza sexual (objectivo específico D1” - *Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos*) é fundamental a intervenção de profissionais de diferentes áreas, com formação específica e experiência comprovada (objectivo específico *C3 - Especializar profissionais que trabalhem directamente no âmbito da protecção, avaliação, investigação e intervenção nas questões associadas à violência sexual exercida contra menores*), bem como de um protocolo de avaliação sistemático e exaustivo, para que se faça um diagnóstico diferencial correcto e atento entre a pedofilia e outro tipo de perturbações, ou até mesmo de eventuais tentativas de simulação (Calabuig, 2005), pois o sujeito em avaliação, por diferentes motivos, pode estar somente a tentar obter determinados benefícios secundários (como atenuantes nas medidas de coacção) pela confirmação de uma patologia. No nosso entender, as agressões sexuais a menores, motivadas por uma base psicopatológica concordante com os critérios de diagnóstico de pedofilia, deveriam de facto merecer outro tipo de intervenção terapêutica e legal, onde se procurasse a conciliação destes dois interesses, especialmente nos casos de agressão intrafamiliar, sendo obviamente necessário uma análise e ponderação caso a caso.

Este objectivo específico, bem como as estratégias pensadas para a sua consecução, são no nosso entender um dos aspectos mais importantes deste plano, pois oferecendo ao agressor sexual de menores ou ao agressor latente meios de resolução da sua perturbação, responsabilizamo-lo pelo pedido de ajuda, ao mesmo tempo que possibilitamos à comunidade clínica e científica uma maior compreensão em relação à pedofilia, pela diminuição previsível de casos desconhecidos.

D3 - Legislar no sentido de apoiar legalmente o presente plano de prevenção de agressões sexuais a menores.

O último objectivo específico pensado para esta proposta global, visa a implementação de legislação que apoie legalmente o presente plano de prevenção de agressões sexuais a menores, pois muitas destas medidas requerem um suporte legal sólido e consistente.

Primeiramente é fundamental reiterar o facto de que temos que analisar a questão das agressões sexuais tentando sempre conciliar a intervenção terapêutica e a intervenção legal (Furniss, 1987), bem como as divergências processuais e de necessidades entre o que é o processo de protecção da criança e o processo-crime contra o agressor (Edwards, 1982 cit. in Alberto, 2006), pois sem esta articulação, a problemática de base e a revitimização perpetuam-se, o que é o oposto daquilo que se pretende.

A agressão sexual de menores configura um ilícito penal, previsto na secção II do capítulo V do Código Penal Português – crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual - contudo, julgamos que a legislação em vigor carece de medidas específicas que apoiem, quer a protecção da vítima, quer a intervenção e reabilitação do agressor. Neste sentido, sem entrarmos numa discussão exaustiva, pois tal sairia do âmbito desta dissertação, propomos determinadas estratégias basilares que complementem esta lacuna.

Uma das medidas que consideramos fundamental, que foi inclusivamente defendida por uma das entrevistadas e laboriosamente discutida no objectivo específico D1” (*Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos*), reporta-se à necessidade de legislar no sentido de viabilizar as declarações para memória futura, gravadas em áudio e vídeo, proibindo a repetição de entrevistas ao menor vítima de agressão sexual, retirando-o o mais precocemente possível do processo-crime contra o agressor. A única excepção admissível é que a vítima possa eventualmente ser chamada a uma segunda (e sempre derradeira) entrevista, na presença do juiz e da equipa pluridisciplinar que a acompanhou

no processo de avaliação, para que em último recurso sejam esclarecidos determinados aspectos que por algum motivo ficaram pendentes na gravação e só possam ser clarificados pelo e com o menor.

Outra medida que se torna bastante pertinente, que vai igualmente ao encontro do que foi discutido no objectivo específico D1” (*Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos*) diz respeito à necessidade de legislar no sentido de adopção de medidas terapêuticas durante a condenação e de medidas de monitorização após libertação dos agressores condenados. Como foi demonstrado ao longo desta dissertação, quando estamos perante agressões intrafamiliares a desagregação da família deve ser uma medida de último recurso, sempre com base numa análise individual e cuidada do estado emocional do menor, da perigosidade do ofensor, da dinâmica familiar e do suporte envolvente da comunidade (Furniss, 1987, 1992). Não obstante, a legislação em vigor favorece as medidas de coacção, aproximando-se daquilo que Furniss (1987) denominou como intervenção primária punitiva, o que limita uma intervenção terapêutica ajustada e global sobre o menor, o agressor e a família. Com este tipo de abordagem estamos: por um lado a ostracizar o agressor sexual de menores, o que apenas agrava o *síndrome do segredo*, pois esta prática existe transversalmente em toda a sociedade (Furniss, 1987; Wolfe e Birt, 1997), independentemente de qualquer forma de intervenção legal ou terapêutica; e por outro a realizar uma intervenção meramente condenatória, sem qualquer tipo e efeito ressocializador ou reabilitador (Gonçalves, 2005). Neste sentido, é importante que a legislação caminhe no sentido de possibilitar ao agressor sexual de menores uma intervenção terapêutica de base, independentemente de coexistir ou não, dependendo do caso concreto e da análise do colectivo de Juízes responsável pelo processo, de uma medida de pena acessória (Gonçalves, 2005; Furniss, 1987).

A par destas normas torna-se igualmente indispensável a viabilização legal dos serviços telefónicos e presenciais apresentados no objectivo específico D2 (*Detectar precocemente indivíduos com predisposição para a pedofilia ou com pedofilia e iniciar uma intervenção terapêutica ou intervenção terapêutica preventiva imediata*), para que não entrem em incompatibilidade as garantias de anonimato e confidencialidade dos mesmos e a obrigação de denúncia do crime de agressão sexual a menores enquanto crime público.

Para que a legislação sirva de facto as necessidades do menor e de todos os envolventes no processo (família, agressor e profissionais), evitando a revitimização e a recidiva, torna-se impreterível que o legislador reúna com os elementos da equipa pluridisciplinar que participam nas reuniões de âmbito nacional (contempladas no

objectivo específico D1' - *Articular os recursos humanos existentes na área da violência sexual exercida contra menores de forma a criar equipas multidisciplinares e um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos*), a fim de escutar os seus pareceres técnicos e de especialidade, para uma fundamentação legítima e holística das novas medidas a adoptar.

CONCLUSÃO

A realidade da violência sexual exercida contra menores é um tema que, na nossa óptica, tem sido tratado com alguma incúria pelos sistemáticos governos. Existem iniciativas pontuais de alguns autores que se preocupam com a questão e se interessam pela investigação desta temática; existem notícias que de tempos a tempos são difundidas nos meios de comunicação social informando, infelizmente muitas vezes com algum dramatismo, de casos de maior ou mais estreita dimensão; existem distritos, municípios, serviços e profissionais que procuram trabalhar estes casos de forma actual, célere e eficaz mas, na realidade, a temática das agressões sexuais a menores em geral e da pedofilia em particular nunca foi tratada no nosso país com a seriedade e abrangência que lhe é devida, pelo respeito que nos merecem as famílias e sobretudo os menores vítimas deste tipo de criminalidade que, como sabemos atravessam transversalmente toda a nossa sociedade.

Neste sentido, a nossa dissertação tinha como objectivo geral a apresentação de uma proposta de um plano nacional de prevenção de violência sexual exercida contra menores, que almejasse a diminuição da incidência e prevalência de menores sexualmente agredidos/agressores sexuais de menores, elaborado de acordo com a envolvência da revisão da literatura específica, de propostas nacionais e internacionais no âmbito da prevenção de agressões sexuais a menores e ainda da realização de entrevistas a profissionais de diferentes áreas e experientes no domínio do crime sexual. Esta nossa finalidade geral foi alcançada com sucesso, apesar de considerarmos que o universo dos sujeitos entrevistados, mesmo tratando-se de um estudo qualitativo, poderia ter sido mais amplo mas, dadas as dificuldades no contacto de alguns profissionais e as limitações temporais inerentes à elaboração de uma dissertação de mestrado, tal não nos foi possível.

Julgamos que esta nossa proposta pode sempre ser melhorada e actualizada mas de facto é indispensável que se iniciem projectos nacionais de prevenção deste tipo de criminalidade, que visem a globalidade e a articulação, bem como a análise multi-perspectivada da questão, tendo em linha de conta a óptica da vítima, da família, da sociedade mas também do agressor.

Das conclusões que retirámos do estudo podemos salientar algumas que nos parecem mais importantes e significativas. Primeiro, acreditamos que a prevenção do crime sexual dirigido a menores tem necessariamente que passar por uma abordagem holística, que considere a singularidade de cada área ou domínio mas nunca esquecendo a imprescindível articulação de pareceres e actuações específicas. A nossa proposta caminha exactamente neste sentido, visando um plano altamente abrangente que

coloque em primeira linha de discussão a agressão sexual de menores, para que toda a sociedade portuguesa se mobilize na prevenção deste tipo de criminalidade.

Neste enquadramento, é de toda a relevância implementar estratégias que envolvam individualmente e em articulação as quatro áreas propostas e discutidas no capítulo precedente – investigação; informação; formação e acção, pois só desta forma podemos almejar uma prevenção eficaz e eficiente.

Na área da investigação é de facto indispensável alargar o nosso conhecimento sobre a verdadeira dimensão da questão da violência sexual exercida contra menores, esclarecendo conceitos, avaliando os conhecimentos da população geral e de certos grupos profissionais específicos, analisando o crime sexual com prelúdio e utilização da Internet, compreendendo as dinâmicas implícitas e, sobretudo, estudando a perspectiva do sujeito agressor sexual de menores e/ou com pedofilia.

Na área da informação é crucial que sejam fornecidos contactos de serviços de apoio, bem como conhecimentos credíveis e científicos relativos a este tipo de psicopatologia e criminalidade. Esta informação deve chegar a toda a população (através dos meios de comunicação social) mas deve, igualmente, ser dirigida a determinados grupos específicos pelas suas características e particularidades, como sejam os próprios menores e os seus pais (biológicos/afectivos), assim como técnicos e especialistas que de alguma maneira possam necessitar de compreender determinados fenómenos e/ou comportamentos. Ainda relativamente a esta área, é fundamental que a informação geral e específica retire, de uma vez por todas, a carga da denúncia da vítima, passando para a família e para os profissionais, em especial da saúde e da educação, a protecção do menor neste âmbito, evidentemente responsabilizando o agressor pelas suas acções.

Na área da formação concluímos que é necessário haver uma aposta forte na formação inicial e contínua de todos os profissionais, que de um modo ou de outro possam ter intervenção directa ou indirecta neste tipo de criminalidade, para que estes, cada um no seu domínio, estejam despertos e conscientes dos aspectos envolvidos na temática das agressões sexuais a menores e saibam actuar perante a detecção de casos suspeitos. Para além da formação global e generalista, é fundamental especializar os profissionais que atendem directamente a este tipo de violência, pois o carácter traumático deste tipo de experiências e vivências agressivas deve ser analisado por profissionais experientes, competentes e especializados na matéria.

Na área da acção podemos salientar que na realidade é indispensável articular os recursos humanos existentes no domínio da violência sexual exercida contra menores, agendando reuniões de âmbito nacional, distrital, municipal e institucional com as diversas entidades e serviços que possam estar envolvidos na detecção/encaminhamento precoce de casos suspeitos, na protecção dos menores, na

investigação criminal e ainda na intervenção e reabilitação das famílias. A articulação dos recursos humanos deverá ter como finalidades, por um lado a constituição de equipas multidisciplinares e, por outro, a elaboração e implementação de um protocolo de detecção, encaminhamento e actuação nos casos suspeitos, que minimize a revitimização dos sujeitos. As intervenções devem ser pensadas para serem sistemáticas, céleres, eficazes e eficientes, evitando a repetição de exames/entrevistas, retirando o mais precocemente possível o menor do processo-crime contra o agressor, promovendo ainda a protecção e reabilitação do sistema familiar. Essencialmente nos casos de violência intra-familiar, deve haver um cuidado especial na articulação das medidas terapêuticas e legais, pois a punição isolada do agressor muitas das vezes não resolve a sua perturbação de base, cristalizando sim o secretismo podendo, inclusivamente, exacerbar a vivência traumática da vítima, pois o ofensor, independentemente da experiência agressiva, pode ter um papel importante enquanto figura de vinculação, pelo que o seu afastamento abrupto pode agravar no menor os sentimentos de culpa e vergonha. Além deste facto, importa salientar que para muitos menores a experiência agressiva não é vivenciada como violenta, podendo inclusivamente ser experienciada como positiva e deleitosa do ponto de vista emocional e até sexual, pelo que a intervenção deve ponderar todos estes factores.

Outro aspecto que pudemos concluir, e que nos parece a grande mais-valia da investigação, prende-se com a constatação de que na realidade a grande maioria dos agressores sexuais de menores são sujeitos com pedofilia. Sendo a pedofilia uma perturbação mental de início precoce (geralmente na idade da adolescência), com uma evolução psicopatológica faseada e crónica, onde o sujeito tem necessariamente que ultrapassar determinadas inibições internas e externas para passar aos actos as suas fantasias e impulsos sexuais com menores, concluímos que é de todo o interesse que o foco da prevenção seja sobretudo dirigido ao agressor sexual latente. Na realidade não podemos prever quais os sujeitos com pedofilia que se constituirão como ofensores sexuais de menores e que portanto ultrapassem as suas inibições mas, se for passada para o domínio público informação exacta sobre esta perturbação e se forem criadas estruturas médicas, psicológicas, sociais e jurídicas que apoiem estes indivíduos, acreditamos que mais sujeitos procurem apoio numa fase precoce de evolução psicopatológica. O que acontece na actualidade é que não existe este tipo de suporte o que, associado à elevada penalização moral e legal da sociedade para com estes indivíduos, conduz a que estes iniciem uma vivência paralela, onde as suas fantasias e impulsos, inicialmente repulsivos para o próprio, ganhem uma dimensão paradoxal de normalidade. Depois de iniciada esta escalada de distorções cognitivas e comportamentos, o sujeito com pedofilia tende a agredir sexualmente menores,

geralmente da família ou conhecidos, aperfeiçoando as suas técnicas de sedução e manutenção do segredo, o que muitas vezes invalida a detecção deste tipo de ilícito, comprometendo a reabilitação do sujeito, da vítima e da família.

Ou seja, a pedofilia enquanto patologia existe e se for tratada e respeitada enquanto doença do foro psicopatológico podemos almejar que mais sujeitos procurem ajuda numa fase precoce, diminuindo o secretismo associado a este tipo de criminalidade, diminuindo consequentemente o número de agressores/agressores desconhecidos, aumentando ainda as nossas possibilidades de intervenção e de investigação neste âmbito. No entanto, importa salientar que apesar da pedofilia existir enquanto patologia e de ser importante a diferenciação conceptual entre a doença e a acção penal, quando um sujeito agride sexualmente um menor os seus actos passam a ser criminosos e portanto passíveis de punição. Contudo, é necessário pensar uma abordagem onde co-exista um processo penal mas também um processo terapêutico. Se continuarmos apenas pela via da punição e esquecermos a prevenção primária e secundária, podemos apenas esperar que estes indivíduos cada vez mais aperfeiçoem as suas técnicas de aliciamento e manutenção do segredo, atraindo menores, como supostamente Lewis Carroll fazia, para um país cada vez mais *maravilhoso*, de onde eles dificilmente escaparão sem que *lhe cortem a cabeça*.

Para finalizar queremos apenas referir que julgamos que é fundamental continuar a investigar a temática das agressões sexuais a menores e que seria interessante alargar este estudo, entrevistando um maior número de profissionais, de diferentes áreas e pertencentes a diversos distritos do território nacional; vítimas, famílias de vítimas e, obviamente, agressores sexuais de menores latentes, suspeitos e condenados.

Queremos apenas fazer uma última referência, que se prende com uma opção meramente ética - decidimos não apresentar em anexo a transcrição das entrevistas, pois a sua leitura integral poderia colidir com o indispensável anonimato dos sujeitos entrevistados.

BIBLIOGRAFIA

1. Abel, G. & Harlow, N. (2001). *The Stop Child Molestation Book*. New York: Xlibris
2. Alarcão, M. (2002). *(des)Equilíbrios familiares* (2th ed.). Coimbra: Quarteto
3. Alberto, I. (1999). *Avaliação da perturbação de pós-stress traumático (PTSD) e suas consequências psicológicas em crianças e adolescentes vítimas de maltrato*. Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
4. Alberto, I. (2006). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Almedina.
5. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed): Washington DC. Author
6. Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias*. Lisboa: Climepsi Editores
7. Azevedo, M. C. & Maia, A. C. (2006). *Maus tratos à criança*. Climepsi Editores: Lisboa
8. Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecossistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Piados.
9. Brazelton, T. (2002). *O grande livro da criança o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiro anos*. Lisboa: Editorial Presença
10. Brazelton, T. E Greenspan (2002). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença
11. Brazelton, T. E Sparrow, J. (2006). *A criança dos 3 aos 6 anos: o desenvolvimento emocional e do comportamento*. Lisboa: Editorial Presença
12. Bowlby, J. (1969-1980). *Attachment and loss*. Nova York: Basic Books
13. Calabuig, G. (2005). *Medicina Legal e toxicologia* (5th ed.). Barcelona: Masson, S.A.
14. Canha, J. (2000). *Criança maltratada – o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação, estudo prospectivo de 5 ano*. Coimbra: Quarteto

15. Cordeiro, J. C. D. (2003). *Psiquiatria Forense*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
16. DeMause, L.I. (1991). *História de la infancia*. Madrid: Alianza Universidad.
17. *Diário da República*, 1.^a Série, N.º 151, de 6 de Agosto de 2009
18. Fávero, M. (2003). *Sexualidade infantil e abusos sexuais a menores*. Lisboa: Climepsi Editores
19. Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse. New theory and research*. New York: The Free Press
20. Finkelhor, D. (1994). *The international epidemiology of child sexual abuse, Child abuse and neglect*, 17, pp. 409-417
21. Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). *The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualisation, American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (4), pp. 530-541.
22. Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança. Uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas
23. Furniss, T. (1992). *The multiprofessional handbook of child sexual abuse. Integrated management, therapy & legal intervention*. New York: Routledge.
24. Gonçalves, M. (2004) *Código de Processo Penal Anotado e comentado* (14th ed). Coimbra: Almedina
25. Gonçalves, R. A. & Machado, C. (Coords.) (2002). *Violência e vítimas de crimes – volume 2 – crianças*. Coimbra: Quarteto
26. Gonçalves, R. A. & Machado, C. (Coords.) (2005). *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto
27. López, F. (1995). *Prevención delos abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones

28. López, F.; Fuertes, A.; Zapian, J.; Carpintero, E.; Hernandez, A.; Martín, M.J. (1994). *Abusos sexuales de menores: lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales
29. Lourenço, O. (2002). *Psicologia do desenvolvimento moral: teoria, dados e implicações* (3.^a ed.). Coimbra: Almedina
30. Lourenço, O. (2002). *Psicologia do desenvolvimento cognitivo: teoria, dados e implicações* (2.^a ed.). Coimbra: Almedina
31. Magalhães, T. (2002). *Maus tratos em crianças e jovens – guia prático para profissionais*. Coimbra: Quarteto
32. Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores
33. Marques, A M.; Vilar, D. & Forreta, (2002^a). *Educação sexual no primeiro ciclo: um guia para professores e formadores*. Lisboa: Texto Editora.
34. Marques, A M., Vilar, D. & Forreta, (2002^b). *Os afectos e a sexualidade na educação pré-escolar: um guia para professores e formadores*. Lisboa: Texto Editora.
35. Matos, A. C. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores
36. Paulino, M. (2009). *Abusadores sexuais de crianças – a verdade escondida*. Lisboa: Primebook
37. Pinto da Costa, J. (1991). *Medicina Legal*. Porto: Edições IMLP
38. Relvas, A. P. (2000). *Por detrás do espelho – da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto
39. Ribeiro, C. (2009). *A criança na justiça*. Coimbra: Almedina
40. Rogers, C. (1977). *Tornar-se pessoa* (4th ed.). Lisboa: Moraes Editores
41. Sá, E. (2000a). *Crianças para sempre*. Lisboa: Fim de Século

42. Sá, E. (2000b). *Más maneiras de sermos bons pais* (4th ed.). Lisboa: Fim de Século
43. Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças – fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais*. São Paulo: M. Books
44. Spitz, R. A. (2004). *O primeiro ano de vida* (3th ed.). São Paulo: Martins Fontes
45. Sprintall, N e Sprinthall, R (1993). *Psicologia Educacional – uma abordagem desenvolvimentista*. Amadora: McGraw-Hill
46. Strecht, P. (2000). *Crescer vazio* (3th ed.). Lisboa: Assírio e Alvim
47. Williams, L. M. & Finkelhor, D. (1990). *The characteristics of incestuous fathers: a review of recent studies*. In Marchall, W. L., Laws, D. R. & Barbaree, H. E. (eds.). *Handbook of sexual assault: Issues, Theories and Treatment of the offender*. New York: Plenum
48. Winnicott, D. (1983). *O ambiente e os processos de maturação – estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed
49. Wolfe, V. (1998). Child sexual abuse. In E. Mash & L. Terdal (Eds). *Behavioral Assessment of childhood disorders* (pp. 545-597). New York: Wiley.
50. Wolfe, V. & Birt, J (1997). *Child sexual abuse*. In E. Mash & L. Terdal (Eds), *Assessment of childhood disorders* (pp. 569-623). New York: The Guildford Press.

Endereços electrónicos consultados

http://www.childmolestationprevention.org/pages/prevention_plan.html acedido a 21 de Outubro de 2009

<http://www.microsoft.com/portugal/presspass/press/2010/fev10/02diainternetsaura>
acedido a 21 de Março de 2010

<http://.childmolestationprevention.org/pdfs/study.pdf> acedido a 21 de Outubro de 2009

www.unicef.pt acedido a 20 de Dezembro de 2009

www.dgidec.pt acedido a 15 de Dezembro de 2010

GUIÃO DE ENTREVISTA

**Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Universidade do Porto**

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal

***Proposta de um plano de prevenção de violência sexual exercida contra
menores***

Nome:

Formação académica:

Cargo actual:

Tempo de serviço:

**Funções que desempenha/desempenhou na área das agressões sexuais de
menores:**

**O que considera que de positivo se faz na área da prevenção das agressões
sexuais a menores em Portugal:**

O que de mais negativo existe neste âmbito, onde ocorrem as falhas:

**Que outras propostas julga terem interesse para a prevenção de casos de
agressões sexuais contra menores:**

Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?