

LINHAS ORIENTADORAS
PARA ACTUAÇÃO EM
CASOS DE INDÍCIOS
DE ABUSO SEXUAL
DE CRIANÇAS E JOVENS



Casa Pia
Lisboa

LINHAS ORIENTADORAS
PARA ACTUAÇÃO EM CASOS DE INDÍCIOS
DE ABUSO SEXUAL
de Crianças e Jovens

MAIO 2010

OS AUTORES

COORDENAÇÃO

CASA PIA DE LISBOA, I.P.

Maria da Luz Duque – Coordenadora do Gabinete de Promoção da Saúde

Olga Miralto – Gabinete de Promoção da Saúde

PRAZER DE PENSAR, LDA.

Empresa prestadora de serviços de psicologia clínica aos educandos da Casa Pia de Lisboa

Miguel Pinto Barros – Psicólogo Clínico

Teresa Leite – Psicóloga Clínica

CO-AUTORIA

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

Teresa Pires – Sector de Apoio Técnico à Prevenção do Risco da Unidade de Infância e Juventude do Departamento de Desenvolvimento Social

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA

Vera Vaz – Directora do Núcleo de Assessoria e Apoio Técnico da Direcção de Acção Social

COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Fátima Duarte – Equipa Técnica

POLÍCIA JUDICIÁRIA

Escola de Polícia Judiciária

Cristina Soeiro – Responsável pelo Gabinete de Psicologia e Selecção

Álvaro de Carvalho

Psiquiatra; Assistente da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa; ex-médico coordenador da Casa Pia de Lisboa

Maria Violete Morgado

Jurista

Miguel Matias

Advogado, Sócio de PCMS – Sociedade de Advogados, RL.

SUPERVISÃO

Prof. Doutor Tilman Furniss – Director do Departamento de Pedopsiquiatria da Universidade de Münster, Alemanha

ÍNDICE

Os Autores	3
Apresentação	7
Prefácio	12
Nota Prévia	17
1. Introdução	21
2. Definição	25
3. Enquadramento Legal	27
4. Procedimentos a empreender face a indícios de abuso sexual de crianças e jovens	33
4.1. Identificação de Indícios	35
4.2. Sinais que poderão ser observados em crianças/jovens que foram vítimas de abuso sexual	39
4.3. Consulta Interdisciplinar Confidencial (CIC) para clarificação dos indícios vagos ou iniciais e eventual plano de actuação	41
4.3. 1. Rede profissional que constitui e realiza a CIC	43
4.4. O modo de trabalhar os factores emocionais que poderão influenciar a capacidade da criança para revelar factos válidos em termos legais	46
4.4. 1. O papel da “pessoa de confiança”	49
4.4. 2. A revelação espontânea e explícita	51
4.4. 3. Processo de encaminhamento para os OPC	51
4.5. Processo de planeamento para uma intervenção	55
4.6. O papel dos profissionais de saúde mental	59
4.6. 1. Acompanhamento dos profissionais que lidam com as crianças/jovens envolvidas num contexto de abuso sexual	59
4.6. 2. Intervenção terapêutica com a própria criança/jovem vítima de abuso sexual	60
4.6. 3. Acompanhamento da família da criança/jovem vítima de abuso sexual ou dos seus cuidadores	61
5. Conclusão	63
Nota Final	67
Referências Bibliográficas	69
Anexos:	
Anexo I – Glossário de termos técnicos	73
Anexo II – Fluxograma	99
Anexo III – Abordagem psicológica às problemáticas do abuso sexual de crianças e jovens – contributos da Saúde Mental	111

APRESENTAÇÃO

As crianças ocupam hoje, no mundo desenvolvido, um lugar central nas sociedades, sendo alvo da maior atenção e protecção, até porque cada vez mais são “seres raros” tendo em conta as questões demográficas que vivemos.

No entanto, neste mundo de atenção e desvelo pelas crianças, existem pequenos “caos” em que elas próprias são vítimas e alvos de acções e omissões da parte de adultos, nomeadamente familiares, colocando-as em risco ou mesmo em situação de perigo.

De entre as muitas situações em que é posto em causa o bem-estar, a integridade física e psicológica e o próprio desenvolvimento equilibrado das crianças, ressaltam as de abuso sexual, como uma das mais graves e insidiosas situações de maltrato.

É um problema que não é recente, como sabemos, mas na última década tem vindo a ser “desocultado” e reconhecido como um atentado grave, um dos piores, qualificado, aliás, como crime, fruto da maior consciência das sociedades sobre os direitos e necessidades das crianças e adolescentes.

A Casa Pia de Lisboa, pelas suas responsabilidades particulares nesta matéria, não poderia deixar de dar o seu contributo para que os acontecimentos de abuso sexual vividos no passado recente sejam evitados, não só no seu seio e no de outras instituições, mas também na sociedade em geral, e, em particular, nas próprias famílias, onde como sabemos se verifica a maior parte deste crime contra as crianças.

Assim sendo, lançou “mãos à obra”, em parceria com a empresa prestadora de serviços de psicologia clínica aos educandos da Casa Pia, vindo a alargar a discussão e reflexão a outros organismos, serviços e especialistas competentes, qualificados e interessados nesta matéria.

Fruto deste trabalho multiprofissional, foi elaborado este documento que pretende constituir-se como uma ferramenta prática para os “agentes de proximidade”, visando qualificar e tornar mais eficaz a sua intervenção preventiva e curativa precoce na atenção à criança em perigo, nomeadamente de abuso sexual.

O acompanhamento especializado do Prof. Doutor Tilman Furniss muito contribuiu para a consolidação e sustentabilidade científica do documento.

Resta-me agradecer a todos e a todas, que de uma forma gratuita, comprometida e qualificada, deram o seu tempo e o seu saber para, com “olhos postos na criança” e no seu bem-estar, construírem esta ferramenta prática que, acreditamos, muito irá contribuir para uma intervenção mais atempada e mais eficaz junto das crianças e adolescentes, dolorosamente atingidos pelo uso desproporcionado do poder e pelo crime de abuso sexual.

“Foi o tempo que ocupei com a minha rosa
que tornou a minha rosa tão importante”
Saint-Exupéry

Maria Joaquina Madeira
Presidente do Conselho Directivo da Casa Pia de Lisboa

PREFACE

Prof. Tilman Furniss, M.D., M.Phil, FRCPsych
Professor of Child and Adolescent Psychiatry
University Hospital Münster, Germany

These guidelines are the outcome of three years intensive work of a multi-professional group of professionals from criminal law, civil and child protection law, education, child protection, medicine, psychotherapy and psychiatry, coordinated by the mental health team of Casa Pia de Lisboa on request and with the logistic and financial support of Casa Pia under the leadership of Dr. Maria Joaquina Madeira. The Multiprofessional Handbook of Child Sexual Abuse which served as basis for many aspects of the guidelines states in its first sentence of introduction: “Child sexual abuse is a minefield for all concerned – for the abused, the abusers, and the professionals involved in treatment and care. It is a genuinely multi-disciplinary problem requiring the close cooperation of a wide range of professionals with different skills.”

As in numerous countries the trigger for three years of hard work of the multiprofessional group involved was “THE BIG CASE” which in Portugal in 2002 hit Casa Pia with traumatic force and huge repercussions in the media, in the legal and child professions and in Portuguese society as a whole. “THE BIG CASE” hit Casa Pia but it could have happened to any institution involved in working with children in Portugal. Numerous countries had “THE BIG CASE”, - The United States, The United Kingdom, The Netherlands, Norway, Belgium, Germany and many other countries. All with extremely similar huge repercussions in the national press and in society as a whole, with deep insecurity, confusion and a great sense of anxiety and helplessness in the entire national professional community working with children and especially with at times devastating effects on the specific professionals and institutions involved in “THE BIG CASE”. Children’s work in institutions and beyond in Portugal had lost its innocence forever.

Emerging from the shock and confusion child professionals began to understand beyond the moral and ethical impact the unavoidable requirement

for the need for an informed professional approach, for close multiprofessional cooperation of all professionals involved from criminal and civil law to child protection, education, medicine, therapy, psychiatry and all other areas of children's work from the effects on voluntary work like football training to situations in church, school, residential settings, hospitals and most of all families. Professionals who had never before cooperated had to start to work with each other and try to understand each other in their diverse backgrounds of professional trainings, professional languages, ethics, tasks, responsibilities and views of the world, in the beginning often only united by multiple ignorance and with babylonian confusions of professional languages.

The same obstacles that had to be negotiated by the working group of the CIBA Foundation in London on "Child Sexual Abuse within the Family" in 1984 had to be renegotiated in Portugal. In the first year there was mistrust, misunderstanding and confusion between the members of the multiprofessional group. What was guilt for the therapist was not guilt for the lawyer. For the lawyer an accused and witnesses were involved, for child protection and social work a child client and its family and doctors and therapist saw psychiatrically traumatized patients. Legal colleagues dismissed treatment by doctors and therapists as "destroying evidence". Doctors and therapists were worried about police, lawyers and courts "putting the boot in", secondarily traumatising the child and damaging its health and healthy development even more. The second year we understood each other better and everybody tried to get the upper hand, to be the lead professional. The third year we understood that we could only do our own job if we truly understood and respected the different tasks, skills and responsibilities of all other professional disciplines involved: That we could only prevent further crime if we understood the psychological processes involved in child sexual abuse as relationship dynamic with incident moments, that we could only do effective therapy if children were truly protected and that we needed a statutory and legally responsible child protective service to develop new professional skills in dealing with the multiprofessional task of child sexual abuse and all necessary steps to prosecute and prove crime, to coordinate and safeguard child protection and to safeguard the children's health and healthy development.

And so it happened in Portugal and in Casa Pia with “THE BIG CASE”. Out of a highly traumatic and difficult situation grew the positive development of professional learning and intensive, multiprofessional cooperative work of a highly committed group to create multiprofessional guidelines arising out of a devastating crisis. I would like to congratulate Casa Pia, the leadership and all professionals involved, and especially the educators right at the front of the work with the children, to have turned a devastating experience into positive, professional work and accepting the challenge of working with sexually abused children and young people with sexually transgressive behaviour problems in the maze of multiprofessional complexity.

Child sexual abuse may have happened in all institutions and may happen again in the future in all institutions and it happens especially in families. And many children from sexually abusing families may end up in residential care as a result of family breakdown and individual trauma through sexual abuse. Becoming aware of the extent of sexual abuse in our families and in all social institutions, including residential care, social, educational and church settings, initially often has demoralising effects on all professionals involved. However, it also has a very hopeful aspect. These sexually abused children whom we never understood and who became psychosomatically ill, psychiatrically ill, became school failures, acted out in aggression, drug behaviour, promiscuity and life-long relationship failures, some of these children we are now able to understand and one or two out of ten we never understood before and whom we were never able to help, we are now beginning to be able to help and to set their life of devastation and destruction on a path of protection, health and hope of recovery.

These guidelines will contribute to the human rights, the child protection and the physical and mental health of children in Casa Pia and beyond in Portugal. My deep respect and best wishes to the multiprofessional team, to Casa Pia and all child professionals in Portugal, who dare to begin to take on this work for the physical and mental health, protection and a life fulfilling future of sexually abused children.

Tilman Furniss
Münster, Germany, May 2010

PREFÁCIO

Prof. Tilman Furniss, M.D., M.Phil, FRCPsych
Professor de Pedopsiquiatria
Hospital Universitário de Münster, Alemanha

O presente documento constitui o produto final de três anos de trabalho intensivo de um grupo de profissionais de diversas áreas de actividade, tais como o direito civil e criminal, a protecção de menores, a educação, a medicina, a psicoterapia e a psiquiatria, coordenados por membros da equipa que presta serviços de saúde mental na Casa Pia de Lisboa. Este trabalho foi desenvolvido a pedido da Casa Pia de Lisboa e com o apoio logístico e financeiro desta mesma instituição, sob a liderança da Sra. Presidente do Conselho Directivo, a Dra. Maria Joaquina Madeira. O manual "Abuso Sexual de Crianças: Abordagem Multiprofissional", que serviu de base para grande parte das linhas orientadoras delineadas neste documento, inclui a seguinte frase na sua introdução: "O abuso sexual de crianças é um campo minado para todos os que nele virão a estar envolvidos: para as vítimas, para os abusadores e para os profissionais envolvidos nos cuidados e no tratamento dos implicados. É verdadeiramente um problema multidisciplinar que requer uma cooperação estreita entre uma vasta gama de profissionais com competências diversas."

Tal como aconteceu em muitos outros países, os acontecimentos que, em última análise, estão na origem dos três últimos anos de trabalho intenso deste grupo multi-profissional constituem o chamado "primeiro grande processo", que em Portugal atingiu a Casa Pia de Lisboa em 2002 com um impacto traumático para a instituição e com enormes repercussões nos media, nas comunidades profissionais ligadas à lei e à infância, e na sociedade portuguesa como um todo. O "primeiro grande processo" atingiu a Casa Pia de Lisboa mas poderia perfeitamente ter ocorrido em qualquer outra instituição portuguesa onde se trabalhe com crianças. Muitos outros países tiveram o seu "primeiro grande processo" – Os Estados Unidos, o Reino Unido, a Holanda, a Noruega, a Bélgica, a Alemanha e outros. Em todos eles, o "primeiro grande processo" teve efeitos semelhantes, com

enormes repercussões na imprensa nacional e na sociedade em geral, gerando profunda insegurança, confusão e uma sensação generalizada de ansiedade e impotência, vividas por toda a comunidade profissional, a nível nacional, que estava ligada à infância. Por vezes, registaram-se efeitos particularmente devastadores para os profissionais e as instituições envolvidos no "primeiro grande processo". O cuidado de crianças em Portugal, dentro da instituição e para além dela, perdeu a sua inocência para sempre.

À medida que foram emergindo do choque e da confusão, os profissionais ligados à infância e juventude foram começando a perceber, para além do primeiro impacto ético e moral destes acontecimentos, a necessidade incontornável de assumir uma abordagem profissional e tecnicamente informada, de desenvolver uma cooperação multidisciplinar de todos os profissionais envolvidos, desde os juristas que trabalham nas áreas do direito civil e direito criminal até à protecção de menores, passando pela educação, a medicina, a psicoterapia, a psiquiatria e todas as outras áreas de trabalho directamente ligadas à criança, desde o trabalho voluntário como o treino de futebol até aos contextos ligados à igreja, à escola, ao contexto de acolhimento residencial, hospitais e, acima de tudo, às famílias. Profissionais que nunca antes tinham cooperado tiveram, desde então, que trabalhar uns com os outros e tentar compreender-se uns aos outros com os respectivos antecedentes no que diz respeito a formação profissional, linguagem, ética, tarefas e responsabilidades, bem como às várias formas de ver o mundo, inicialmente unidos apenas pela mútua ignorância em relação a este assunto e num ambiente de confusão babilónica de linguagens específicas das diversas profissões.

Os mesmos obstáculos que tiveram de ser negociados entre os membros do grupo de trabalho da CIBA Foundation em Londres no documento "Abuso Sexual na Família" em 1984 tiveram de ser renegociados em Portugal. No primeiro ano reinava a desconfiança, a falta de entendimento e a confusão entre os membros deste grupo multiprofissional.

O que constituía “culpa” para o terapeuta não constituía “culpa” para o jurista. Para os advogados, tratava-se de lidar com arguidos e testemunhas; para a protecção de menores e o serviço social tratava-se de um utente, a criança e a sua família; para os médicos e os psiquiatras tratava-se de pacientes psicologicamente traumatizados. Os colegas juristas desvalorizaram tratamento administrado por médicos e terapeutas sob o argumento de que estavam a destruir “provas”. Médicos e terapeutas preocuparam-se com os agentes da polícia, os advogados e os tribunais que “tratavam o assunto a pontapé”, provocando fenómenos de traumatismo secundário na criança e causando ainda mais danos no seu estado de saúde e no seu desenvolvimento futuro.

No segundo ano já percebíamos melhor o ponto de vista uns dos outros e todos tentaram impor a sua visão, assumir o controlo dos procedimentos. Por volta do terceiro ano percebemos finalmente que só iríamos conseguir realizar o nosso trabalho se realmente compreendêssemos e respeitássemos as diferentes tarefas, competências e responsabilidades de todas as outras disciplinas e profissionais envolvidos: percebemos que só iríamos conseguir evitar futuros crimes se conhecêssemos e compreendêssemos o abuso sexual de crianças em toda a sua dinâmica de relação interpessoal continuada com momentos de incidentes factuais; que só poderíamos fazer intervenções terapêuticas eficazes se as crianças estivessem de facto protegidas; que iríamos precisar de um sistema de protecção da criança com pleno estatuto e responsabilidade legal para desenvolver novas competências profissionais para lidar com a tarefa multidisciplinar de combater o abuso sexual de crianças e para pôr em prática os procedimentos necessários para agir legalmente e provar o crime, assegurar a protecção da criança e ainda garantir o bem-estar e o desenvolvimento saudável da criança.

E foi assim que tudo se passou, também em Portugal e na Casa Pia de Lisboa com o “primeiro grande processo”. A partir de uma situação difícil e fortemente traumática, gerou-se um movimento positivo de aprendizagem profissional e um trabalho multidisciplinar de cooperação intensa de um grupo de profissionais fortemente motivado para criar um conjunto de linhas orientadoras de procedimento multiprofissional, que resultaram em última análise de uma crise inicialmente devastadora. Gostaria neste

momento de congratular a Casa Pia de Lisboa, os seus líderes e todos os profissionais envolvidos, e em especial os educadores que estão na linha da frente do trabalho com as crianças e jovens, por terem transformado uma crise devastadora num trabalho profissional positivo, aceitando o desafio de trabalhar com crianças vítimas de abuso sexual e jovens com problemas de comportamento sexual transgressor, neste labirinto de complexidade profissional multidisciplinar.

O abuso sexual de crianças pode ter acontecido em muitas outras instituições, pode vir a acontecer no futuro em qualquer instituição e acontece com especial incidência nas famílias. Muitas das crianças que vivem em famílias onde ocorre abuso sexual poderão vir a ser colocadas em instituições de acolhimento residencial como resultado de uma situação de desmoronamento da família e trauma individual causado pelo abuso sexual.

A tomada de consciência da existência e da propagação do abuso sexual nas nossas famílias e em todas as instituições sociais, incluindo as instituições de acolhimento residencial, intervenção social, educativas e religiosas, tem no início um impacto desmoralizador em todos os profissionais envolvidos. No entanto, esta tomada de consciência tem também uma componente de esperança. Entre estas crianças sexualmente abusadas que até agora não compreendemos, que se tornaram psicossomática e psiquiatricamente doentes, que se tornaram um insucesso escolar e que recorreram ao comportamento agressivo, uso de drogas ilícitas, promiscuidade e relações perpetuamente votadas ao fracasso, existem algumas que somos agora capazes de compreender e uma ou duas em cada dez que nunca tínhamos conseguido compreender nem ajudar, e que agora estamos em posição de começar a conseguir ajudar redireccionando uma vida de devastação e destruição para um caminho de protecção, bem-estar e esperança de reparação dos danos causados.

As linhas orientadoras que aqui se apresentam vêm contribuir para a defesa dos direitos humanos, a protecção e a saúde física e mental de todas as crianças na Casa Pia de Lisboa e em Portugal. Apresento o mais profundo respeito e sinceros desejos à equipa multidisciplinar que as criou, à Casa Pia de Lisboa e a todos os profissionais dedicados à infância em

Portugal, os que ousam começar e carregar em mãos este trabalho em prole da saúde física e mental, da protecção e do futuro realizado das crianças vítimas de abuso sexual.

Tilman Furniss
Münster, Alemanha, Maio 2010

NOTA PRÉVIA

Em face da crescente consciencialização da situação do abuso sexual de crianças e jovens em Portugal e no mundo em geral, foi sentida pela Casa Pia de Lisboa a necessidade de melhor conhecer e aprofundar esta problemática.

O impacto deste fenómeno, pelo seu carácter multidimensional e pelas consequentes repercussões na vida das vítimas, das famílias, dos profissionais, e também das instituições, fez despertar para uma realidade que exigia uma abordagem e formação especializada.

Neste contexto, a equipa que prestava serviços de saúde mental à Casa Pia de Lisboa, na sequência do seu trabalho, quer ao nível do acompanhamento psicológico de crianças e jovens desta instituição, quer ao nível do contacto com as equipas técnicas, as equipas educativas e os professores, concluiu que existia uma necessidade evidente de criar um documento que explicasse de uma forma clara, passo a passo, o modo de actuar em casos de indício ou de confirmação de uma situação de abuso sexual.

Neste contexto, a Casa Pia de Lisboa solicitou a consultadoria do Prof. Doutor Tilman Furniss, figura internacionalmente reconhecida na área do abuso sexual a crianças, consultor permanente da OMS e Director Clínico do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Universitário de Münster, na Alemanha.

Desde o ano de 2005, o Prof. Tilman Furniss tem-se deslocado a Portugal para dar formação sobre as problemáticas do abuso sexual aos profissionais que lidam directamente com crianças e jovens em contexto de acolhimento institucional e em contexto escolar. A formação prestada na Casa Pia de Lisboa tem decorrido no tempo em sessões semestrais, e abriu desde logo novas perspectivas e entendimentos sobre o fenómeno do abuso sexual, centrando-se numa dinâmica específica e assente na ideia de que:

- É socialmente considerado como um tema tabu, e é fundamental que se ultrapasse esse mesmo tabu para poder criar uma linguagem que nos permita falar deste assunto;

- É um fenómeno transversal às famílias, instituições e sociedade em geral;
- Quebrar o silêncio é a primeira etapa para a reparação do dano.

No início de 2007, foi elaborada pelos membros da equipa que então prestava serviços de saúde mental aos educandos da Casa Pia de Lisboa uma primeira versão do documento, que foi apresentada ao Prof. Tilman Furniss, para sua apreciação.

Nessa altura, com o patrocínio da Casa Pia de Lisboa, o Prof. Tilman Furniss aceitou passar a supervisionar a elaboração deste documento, tendo também ficado decidido que seria muito importante que o documento não fosse apenas da autoria dos técnicos de saúde mental, mas que pudesse contar com o contributo de profissionais das diferentes áreas que estão implicadas nas situações de indícios de situações de abuso sexual, nomeadamente, a Justiça, as autoridades policiais, o Serviço Social, a Protecção e as entidades com competência em matéria de infância e juventude.

Surge assim, por iniciativa da Casa Pia de Lisboa, um grupo de trabalho multidisciplinar constituído por profissionais pertencentes a diversas entidades e instituições, que iniciou funções em 2008, sob a orientação científica do Prof. Tilman Furniss. O trabalho realizado por este grupo, entre Maio de 2008 e Abril de 2010 permitiu que o documento fosse sendo progressivamente alterado e melhorado. Na elaboração deste trabalho são propostos novos conceitos, novas abordagens, novas metodologias de actuação mais consonantes com o actual conhecimento científico do problema.

A preocupação de se produzir um instrumento de trabalho que conciliasse o rigor científico com as vicissitudes da intervenção prática exigia que, prévio à sua publicação, se realizasse um pré-teste de aplicabilidade que teve lugar no Centro Cultural Casapiano a 14.10.2009 e reuniu, a convite da Sra. Presidente do Conselho Directivo da Casa Pia de Lisboa, um conjunto de profissionais de diferentes instituições e áreas do saber.

A ideia central que presidiu a este pré-teste foi a de recolher reacções, dúvidas, bem como questões de conteúdo e de aplicabilidade, as quais foram avaliadas, discutidas e incorporadas como elementos facilitadores da comunicação. Pretendeu-se ainda com esta iniciativa averiguar se os

procedimentos de actuação recomendados no documento estariam descritos de um modo suficientemente claro, coerente e adequado às diferentes realidades, experiências e perspectivas dos profissionais a quem ele se dirige.

Compreender o abuso sexual na sua dinâmica do secretismo e da natureza aditiva do comportamento do abusador constituíram novas aquisições, geradoras de mudanças na atitude e actuação dos profissionais e das instituições.

A importância da aprendizagem adquirida nas várias sessões de formação impunha a estruturação desse conhecimento de forma a poder ser divulgado, apreciado e adaptado aos diferentes contextos em que o fenómeno pode ocorrer, e não apenas em instituições de acolhimento residencial.

Este é o objectivo a que corresponde o presente documento, assente numa lógica prática da aplicação do conhecimento e, que, numa visão ambiciosa de o potenciar, foi elaborado de forma a ser acessível e disponibilizado a todos quantos se confrontam com esta problemática ou que, numa óptica preventiva, tenham interesse no seu conhecimento.

O grupo de trabalho
Maio de 2010

1. INTRODUÇÃO

A necessidade de garantir uma especial protecção à criança está enunciada em diversos instrumentos internacionais, na Constituição da República Portuguesa, em diversa legislação e, em especial, na Lei nº 147/99, de 1 de Setembro, que aprovou a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo.

Esta lei, em harmonia com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que adopta uma abordagem integrada dos direitos da criança, veio consagrar, conjuntamente com a Lei Tutelar Educativa, um novo sistema de direito e de justiça de crianças e jovens.

Neste novo modelo, que tem por princípios orientadores a promoção dos Direitos da Criança e do Jovem, a protecção passa a ser configurada como forma de garantir que esses mesmos Direitos sejam respeitados para todas as crianças e jovens.

À luz desta concepção, a criança é um sujeito de direito, pelo que a sua protecção, como garante do seu bem-estar e do seu desenvolvimento integral, é indissociável da realização dos seus direitos individuais, económicos, sociais e culturais.

A legitimidade da intervenção para a promoção dos direitos e da protecção da criança e do jovem em perigo está expressamente consagrada no art.º 3º da Lei de Protecção, onde – a título exemplificativo – são identificadas situações em que se considera que a criança ou jovem se encontra em perigo.

Trata-se de situações que implicam uma acção abrangente a exigir uma articulação institucional entre as diversas entidades envolvidas e, em alguns casos até, face à sua natureza, a impor uma participação estruturada.

A natureza e a especificidade das situações naturalmente que apelam à formação e especialização dos técnicos nas várias ciências relevantes para uma abordagem multidisciplinar, da mesma forma que se considera essencial a

criação de instrumentos procedimentais como ponto de apoio para uma intervenção rigorosa, célere e eficaz.

Ora, se estes mecanismos de natureza institucional ou instrumental são relevantes no cômputo da avaliação e diagnóstico das situações de perigo elencadas na Lei de Promoção e Protecção, é de destacar a sua particular importância quando a situação se refere ao abuso sexual, referenciada na lei como situação em que a criança ou o jovem “é vítima de abusos sexuais”.

O abuso sexual, pela sua gravidade, pelos contornos que pode assumir num contexto intra e extra-familiar, e pela envolvimento de secretismo, ameaças ou silêncio, constitui uma das situações em que as instituições, os profissionais e outros agentes envolvidos sentem maiores dificuldades em actuar, mas na qual, por outro lado e pelas mesmas razões, se impõe, na defesa dos interesses e direitos da criança/jovem, uma actuação pautada por comportamentos e atitudes assertivos, balizada pelo rigor e ponderação, capaz de garantir em simultâneo a protecção e a salvaguarda da dignidade da criança ou jovem.

É pois neste contexto e com este objectivo, que a Casa Pia de Lisboa, IP (CPL), através da empresa Prazer de Pensar, Lda, e do Gabinete de Promoção de Saúde (GPS), e em colaboração com o Instituto de Segurança Social, I.P. (ISS, IP), a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR), o Ministério Público (MP), a Polícia Judiciária (PJ), e de peritos médico-psiquiátricos e jurídicos, na continuidade da sua abordagem orientada para a resolução do problema do abuso sexual com as crianças e jovens da instituição, elaborou o presente documento, com o objectivo de fornecer aos dirigentes e técnicos das instituições colaboradoras e outros parceiros sociais as principais linhas orientadoras em casos de indícios de abuso sexual em crianças e jovens.

Este documento tem como destinatários os responsáveis das instituições e todos os profissionais que estão em contacto com as crianças e jovens nos seus mais diversos contextos de vida, independentemente do cargo ou função que desempenham.

Qualquer intervenção no âmbito do abuso sexual da criança e adolescente implica necessariamente uma abordagem multidisciplinar, envolvendo vários intervenientes com papéis distintos em momentos diferentes do processo. Assim, é de extrema importância desenvolver “linhas orientadoras” que favoreçam uma abordagem concertada, coerente e cooperante, e que tenham em consideração o papel de cada interveniente no processo, as figuras de referência da criança e do adolescente, os profissionais de saúde física e mental, as equipas técnico-educativas, as comissões de protecção de crianças e jovens, os tribunais de família, os juristas, a polícia e a magistratura. A importância de se desenvolver um trabalho multidisciplinar concertado é tanto maior quanto mais se sabe que o contexto do abuso sexual da criança/jovem pode conduzir a uma crise na própria criança/jovem, nas famílias e nas redes profissionais, a qual poderá condicionar o processo a vários níveis.

NOTA: Quando neste documento se faz referência ao abuso sexual de “crianças e jovens” ou de “crianças e adolescentes”, pretende-se englobar todo o espectro de idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, estando subentendido que as designações “adolescente” e “jovem” se referem ambas ao indivíduo que, sendo menor de idade e não tendo ainda adquirido as características de um adulto, também já não é propriamente “criança”, tendo no mínimo atingido a puberdade, com as respectivas características físicas e psicológicas. Assim, serão utilizadas indiscriminadamente, ao longo de todo o documento, as designações “criança/adolescente” e “criança/jovem” que para efeitos da descrição dos fenómenos aqui representados, se referem a um só conceito, ou seja a todo e qualquer indivíduo menor de 18 anos, sendo que nesse conjunto se englobam as crianças propriamente ditas e todos os demais que já atingiram ou mesmo ultrapassaram a fase da puberdade.

2. DEFINIÇÃO

As definições de abuso sexual apresentam algumas variações por entre os diferentes autores. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define abuso sexual como “o envolvimento de uma criança em actividades sexuais que esta não compreenda, às quais não tenha capacidade para dar o seu consentimento informado, para as quais não esteja preparada do ponto de vista do seu estadio de desenvolvimento, ou ainda em actividades sexuais que constituam uma violação das leis ou normas sociais de uma dada sociedade” (WHO, 2006). Como parte integrante desta definição, para a OMS “a criança pode ser abusada por um adulto ou por outra criança que, dada a sua idade ou estadio de desenvolvimento, esteja em posição de responsabilidade, confiança ou poder sobre a vítima”.

Acrescentando à definição da OMS, propomos uma adaptação de Deslandes (1994), afirmando que abuso sexual “é todo o contacto, interacção ou relação sexual, cujo agressor estando, ou não, num estadio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança/jovem, tem a intenção de a/o estimular sexualmente ou de a/o utilizar para obter satisfação sexual. Estas práticas sexuais abusivas são impostas à criança ou ao jovem pela violência física, por ameaças ou por indução da sua vontade”.

Nesta definição destaca-se a ideia de que “existem diferentes tipos de actos sexuais abusivos, desde actos onde não existe contacto sexual (voyeurismo, exibicionismo), até aos actos com contacto sexual (masturbação, sexo oral), com ou sem penetração. As situações de exploração sexual que visam o lucro, como a prostituição e/ou a pornografia, também são consideradas abuso sexual”.

Existe ainda uma terceira definição a considerar (Kempe & Kempe, 1978), de todas a mais próxima das designações adoptadas pela lei portuguesa, segundo a qual o Abuso Sexual de Crianças se define como “o envolvimento de crianças e adolescentes dependentes, com um adulto em actividades sexuais que têm como objectivo a gratificação ou estimulação sexual do adulto”. No entanto, e conforme veremos no ponto seguinte, esta definição

é restritiva, na medida em que assume o abusador como adulto e a vítima como criança/adolescente dependente, o que pode não ser o caso.

Finalmente, a Sociedade Internacional para a Prevenção dos Maus Tratos e Negligência de Crianças (ISPCAN) define Abuso Sexual simplesmente como “a exploração de uma criança ou adolescente para satisfação sexual de outra pessoa”.

3. ENQUADRAMENTO LEGAL

CÓDIGO PENAL

Os crimes contra a auto-determinação sexual de crianças e de adolescentes encontram-se previstos e punidos nos artigos 171^o a 177^o do Código Penal. O crime de abuso sexual de crianças (artigo 171^o) tipifica alguns comportamentos penalmente puníveis, a que correspondem molduras penais diferentes. A lei penal não define “abuso sexual”, fala apenas em “acto sexual de relevo”, sendo que a sua noção assume aquilo que, no Direito, se costuma chamar de “conceito indeterminado” e que, por isso, deve ser integrado na prática dos Tribunais.

Assim sendo, a noção mais próxima será a de *acção de conotação sexual de uma certa gravidade objectiva realizada na vítima*, ou seja, “...são aqueles actos que constituem uma ofensa séria e grave à intimidade e liberdade sexual do sujeito passivo e invadem, de uma maneira objectivamente significativa, aquilo que constitui a reserva pessoal, o património íntimo, que no domínio da sexualidade é apanágio de todo o Ser Humano” (Código Penal II, pág. 368-9).

O artigo 171^o do Código Penal prevê quatro crimes distintos: o crime de prática de acto sexual de relevo (ex: masturbação, sexo oral); o crime de cópula, coito anal ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos; o crime de importunação (onde se inclui, por exemplo, a prática de actos exibicionistas e o constrangimento a contacto de natureza sexual); e o crime de actuação por meio de conversa, escrito, espectáculo ou objecto pornográfico.

Para além do abuso sexual de crianças previsto no supra mencionado artigo 171^o do Código Penal e que tem como bem jurídico protegido a liberdade de auto-determinação do menor de 14 anos de idade, outras

NOTA: Para além do enquadramento legal aqui descrito e das recomendações apresentadas no ponto 4 deste documento, remetemos o leitor para o Fluxograma que se apresenta no Anexo II deste documento e a respectiva descrição, no sentido de esclarecer a sequência dos passos a tomar, de agir em cumprimento da lei e em defesa da eventual vítima.

normas assumem especial relevo no âmbito dos crimes contra a auto-determinação sexual.

Assim e desde logo, o artigo 172º do Código Penal incrimina a prática de actos sexuais de relevo com a descrição anterior, relativamente a menores dependentes entre os 14 e 18 anos de idade. A especialidade deste artigo reside na confiança do menor para educação ou assistência do agente, ou seja, a protecção penal dada no artigo 171º aos menores de 14 anos é alargada pelo artigo 172º aos menores entre os 14 e os 18 anos quando entre o agente e o menor existir uma relação especial que é aproveitada por aquele para cometer o crime (Actas do Código Penal/Figueiredo Dias, 1993:263).

Também o artigo 173º vem tipificar outro crime com especial relevo nesta matéria e que desta feita visa proteger a liberdade de auto-determinação sexual do adolescente (menor entre os 14 e os 16 anos). Trata-se de um crime com os contornos objectivos do artigo 171º, mas com as seguintes especificidades:

1. Tem por agente um maior (de qualquer sexo);
2. Que, abusando da inexperiência do adolescente (de qualquer sexo), pratica ou leva a que o mesmo pratique actos sexuais de relevo;
3. Os quais podem ser de natureza homossexual ou heterossexual.

É da competência dos Órgãos de Polícia Criminal (OPC) especificamente da Polícia Judiciária¹, por ordem do Ministério Público, a investigação dos crimes contra a liberdade e auto-determinação sexual de menores ou incapazes. É nesta capacidade que a Polícia Judiciária intervém só e apenas quando é feita uma denúncia, assumindo a partir daí a condução do processo de investigação, que inclui a recolha de provas, inquirição de vítimas, interrogatório de suspeitos, marcação de exames, etc. Assim, os membros das CPCJ e os profissionais das instituições com competências em matéria de infância e juventude deverão desde o início abster-se de conduzir qualquer investigação em caso de suspeita de uma situação de abuso sexual.

¹ Lei nº 49/2008, de 27 de Agosto.

Esta abstinência de investigar não elimina a possibilidade de os profissionais estarem disponíveis para ouvir qualquer eventual declaração da criança/jovem, desde que não haja manipulação/sugestão das suas declarações. Todas as afirmações que a criança/jovem possa fazer junto dos profissionais de referência que estão em contacto directo consigo na instituição deverão ser registadas com as suas próprias palavras, datadas e assinadas por quem recolhe a informação e, se possível, pela própria criança/jovem.

Uma vez que a situação é denunciada aos órgãos de polícia criminal, os profissionais deverão organizar-se num processo colaborativo que visa a protecção da criança/jovem e o seu acompanhamento da mesma ao longo do processo, no sentido de a ajudar a gerir todas as adversidades e factores de ansiedade que se possam desencadear, bem como a intervenção terapêutica que visa a reparação dos danos causados à criança.

São desenvolvidas no ponto 4 as recomendações referentes ao processo de consulta e colaboração entre os profissionais que têm contacto directo com a criança, sendo de destacar a importância do escutar a criança sem fazer comentários e sem tomar partido de ninguém, fazendo perguntas com naturalidade mas sem incluir nas palavras da pergunta qualquer indução de sentido para a resposta.

LEI TUTELAR EDUCATIVA

Sempre que esteja em causa a prática de factos qualificados pela lei como crime, praticados por menores com idade entre os 12 e os 16 anos, o enquadramento legal é o constante da Lei Tutelar Educativa (Lei nº 166/99, de 14 de Setembro), podendo ser aplicadas as medidas específicas que visam a educação do menor para o direito e a sua inserção, de forma digna e responsável, na vida e na comunidade.

LEI DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM PERIGO

A criança vítima de abuso sexual encontra-se numa situação de perigo, a qual foi autonomizada pelo legislador no âmbito da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP, artigo 3º, nº 2, alínea b) da Lei nº 147/99, de 1 de Setembro), face à tipologia de maus-tratos físicos ou psíquicos.

Acresce referir que a LPCJP estabelece que, sempre que na sinalização os factos constituam crime (factos apurados no âmbito do diagnóstico/accompanhamento da situação de crianças e jovens em perigo), as entidades com competência em matéria de infância e juventude² e as CPCJ devem proceder à respectiva comunicação ao Ministério Público ou às entidades policiais (artigo 70º) que farão a investigação.

De acordo com a Directiva Conjunta da Procuradoria-Geral da República e a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco de 23 de Junho de 2009, sempre que as CPCJ tenham conhecimento de situações de maus tratos, negligência grave e abusos sexuais devem de imediato e em simultâneo:

- a) Efectuar a correspondente participação criminal, nos termos do artº70 da LPCJP, ao Ministério Público competente para o inquérito-crime;
- b) Comunicar ao Magistrado interlocutor a instauração do Processo de Promoção e Protecção, prestando informação sobre os elementos já recolhidos.

O Magistrado interlocutor deve, por seu turno, providenciar no sentido de interagir imediatamente com o Magistrado titular do inquérito-crime, de modo a garantir a rápida articulação entre as intervenções no domínio da Promoção e Protecção e no âmbito Penal.

O Instituto de Segurança Social – ISS, IP, no cumprimento do disposto no Decreto-Lei 332-B/2000, de 30 de Dezembro, artigos 7º e 8º, é a entidade com competência para prestar assessoria técnica ao tribunal no âmbito dos processos de promoção e protecção judiciais, competindo-lhe o acompanhamento dos menores em perigo junto dos tribunais, que se traduz no apoio técnico às decisões do tribunal, acompanhamento da execução das

² Pessoas singulares ou colectivas públicas, cooperativas, sociais ou privadas que desenvolvam actividades nas áreas da infância e juventude.

medidas de promoção e protecção aplicadas e apoio aos menores que intervenham em processos judiciais.

Neste contexto, por solicitação do tribunal, o ISS, IP através das EMAT (Equipas Multidisciplinares de Apoio Técnico) intervêm nas diferentes fases do processo judicial de promoção e protecção, sendo que é frequentemente solicitado para elaborar relatórios de avaliação diagnóstica da criança ou jovem, do seu agregado familiar e/ou das pessoas a quem ela está confiada. Estes relatórios visam avaliar se se mantém ou não a situação de perigo, elaborar um parecer com proposta de medida de promoção e protecção adequada a aplicar ao caso concreto, participar nas diligências instrutórias e intervir em audiência judicial. O ISS, IP é igualmente solicitado para efectuar o acompanhamento da execução das medidas de promoção e protecção aplicadas e emitir parecer sobre a evolução e adequabilidade das mesmas.

Importa salientar que, relativamente às crianças e jovens em perigo residentes na área do município de Lisboa, é à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) que compete prestar a mencionada assessoria técnica ao Tribunal de Família e Menores de Lisboa, através de uma equipa multidisciplinar constituída para o efeito (a Equipa de Apoio Técnico ao Tribunal de Lisboa — EATTL). Esta competência decorre do Protocolo celebrado entre o ISS, IP e a SCML, em 2 de Julho de 2003.

Nas situações de urgência (artigo 91^o: Procedimentos Urgentes na Ausência do Consentimento), quando exista perigo³, actual ou iminente, para a vida ou integridade física da criança/jovem (em que se inclui o abuso sexual) e haja oposição dos detentores das responsabilidades parentais ou de quem tenha a guarda de facto, qualquer das entidades com competência em matéria de infância e juventude ou as comissões de protecção de crianças e jovens tomam de imediato as medidas adequadas para a protecção da mesma e solicitam a intervenção do tribunal ou das entidades policiais.

As entidades policiais estão representadas nas CPCJ e podem fazer-se acompanhar de qualquer dos restantes membros da CPCJ quando surge a necessidade de uma retirada urgente da criança de uma situação de perigo

³ Ver definição de “criança em perigo” no glossário em anexo.

actual ou iminente. Uma vez que um caso seja comunicado ao tribunal, este pode solicitar a intervenção das EMAT para fazer o acompanhamento do mandado de condução.

Enquanto não for possível a intervenção do tribunal, as autoridades policiais retiram a criança/jovem do perigo em que se encontra, com carácter de urgência e asseguram a sua protecção de emergência em casa de acolhimento temporário, ou em outro local adequado, dando conhecimento de imediato dessas situações ao Ministério Público.

O Ministério Público, recebida a comunicação efectuada por qualquer das entidades referidas, requer imediatamente ao tribunal competente procedimento judicial urgente, (cfr. Art. 91º, nº 4 da LPCJP), o qual profere uma decisão provisória no prazo de 48 horas, confirmando as providências tomadas, aplicando uma medida ou determinando o que tiver por conveniente e solicitando as diligências necessárias à EMAT do Instituto de Segurança Social (ISS, IP). Esta equipa nomeia então um coordenador de caso, que passará a acompanhar a criança/jovem e a articular esforços com as instituições onde a criança possa vir a ser colocada, no âmbito do seu processo judicial de promoção e protecção. Este coordenador de caso tem a responsabilidade de manter o tribunal informado sobre o cumprimento das medidas tomadas e o desenvolvimento do processo judicial de protecção da criança/jovem.

Estando clara a obrigatoriedade de denúncia, por parte dos funcionários das instituições em questão, dos crimes de natureza sexual, descrevem-se a seguir algumas linhas orientadoras que permitam a esses profissionais identificar indícios que justifiquem a denúncia e conduzir esta fase inicial de forma a garantir a protecção e o bem-estar de potenciais vítimas, sem comprometer o desenvolvimento do processo ou criar graves consequências para potenciais suspeitos de acusações infundadas.

4. PROCEDIMENTOS A EMPREENDER FACE A INDÍCIOS DE ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E JOVENS

Quando nos deparamos com um indício da existência de uma possível situação de abuso sexual, é importante:

1. Evitar reacções precipitadas
2. Manter uma atitude de prudência face a uma situação de possível crise
3. No caso de uma revelação da criança/jovem, manter uma atitude de total disponibilidade para a ouvir, abstendo-se de reagir emocionalmente de modo a evitar que a criança/jovem se possa retrair.
4. **Pensar com calma** no próximo passo a tomar

Para uma melhor orientação dos profissionais envolvidos neste processo, foi elaborado um Fluxograma, descrição esquematizada que torna mais explícita a sequência das actuações recomendadas neste documento, que constitui o anexo II, juntamente com um texto descritivo destes mesmos passos a tomar.

É de realçar ainda a importância de **conciliar a rápida recolha de eventuais provas do abuso** (ex: chamar um técnico de investigação para recolher eventuais provas materiais, levar a criança de imediato a um serviço de urgência hospitalar) **com a abstenção de fazer comentários ou emitir conclusões ou juízos sobre o caso** (ex: minimizar o relato da criança, revelar a situação a outros como sendo de abuso constatado), de forma a poder proteger a criança/jovem em perigo e agir no seu melhor interesse.

Nos casos em que os profissionais que estão em contacto directo com a criança/jovem suspeitem de uma eventual situação de abuso sexual, a contenção e a abstinência de fazer comentários torna-se particularmente importante. Já nos casos de uma revelação, será importante recolher o discurso espontâneo da criança, escutando-a atentamente.

No caso de existir uma revelação, a criança/jovem deve ser posta à vontade para falar e o profissional deverá manter uma atitude de absoluta neutralidade e não-indução de quaisquer termos de conotação sexual

(ex: perguntar “e depois o que aconteceu?” em vez de perguntar “ele/a mexeu-te em alguma parte íntima do teu corpo?”). Remetemos o leitor para a consulta do glossário de termos técnicos anexado a este documento, onde se caracterizam as ditas perguntas neutras e/ou abertas (ver anexo I).

Após a revelação é fundamental reconhecer junto da criança que o facto de ela ter contado o que sucedeu é muito importante, que fez bem em fazê-lo. No entanto, ao dizer isto, o interlocutor não deve “dar razão” ou tecer comentários sobre o comportamento de quaisquer dos intervenientes (criança/jovem ou o alegado abusador), apesar de poder ter para si opiniões definidas sobre o sucedido.

É ainda muito importante explicar à criança/jovem que outro adulto terá também de ouvir o que ela acabou de dizer, no sentido de a proteger, pois qualquer criança ou jovem pode ter tido este tipo de experiências e quando isso acontece, precisa necessariamente de adultos que a ajudem a lidar com a situação e a protejam (sem que o interlocutor nomeie eventuais pessoas em relação às quais ela tenha que ser protegida).

O passo seguinte envolve exactamente **determinar**, entre os vários eventuais intervenientes, **se há indícios vagos** ou **indícios consistentes** que exijam o contacto com as entidades de protecção à criança e as entidades jurídico-legais.

4.1 IDENTIFICAÇÃO DE INDÍCIOS

NOTA IMPORTANTE: Todo e qualquer dos indícios referidos neste documento poderá ser importante para a detecção e eventual mobilização de protecção de eventuais vítimas e NENHUM dos indicadores que se seguem poderá ser – só por si e fora do contexto em que ocorreu – suficiente para despoletar uma denúncia ou medidas de protecção imediatas. Assim, será da maior importância que todos os profissionais que trabalham com crianças tenham em mente a possibilidade de existir uma situação de abuso sexual à sua volta e por isso estejam atentos a eventuais indícios, sem no entanto tecerem qualquer tipo de conclusão ou tomarem qualquer tipo de iniciativa a partir de um indício isolado, que poderá também ser indicativo de muitas outras situações problemáticas ou apenas uma ocorrência sem significado. Existe um conjunto de indicadores que devem ser levados a sério, mas até o indicador mais relevante, só por si, pode não estar ligado a qualquer situação de abuso sexual. Por outro lado, até o indício mais subtil pode ser o primeiro sinal de uma situação séria e deve ser monitorizado até que se torne irrelevante ou se obtenha mais informação que nos leve a pensar numa suspeita consistente.

Podemos definir o **indício vago** como sendo um qualquer sinal – comportamento ou produção expressiva – observado numa criança/jovem que, pela sua natureza sexualizada e/ou pelo contexto em que se apresenta na situação de vida da criança/jovem, nos leva a suspeitar – ainda que de forma incipiente – da existência de uma situação de abuso sexual para com esta mesma criança/jovem.

Os **indícios vagos ou iniciais** surgem quando possíveis indicadores são detectados pelas figuras de referência ou profissionais que têm contacto directo com a criança/jovem. São indícios que devem ser considerados, levados a sério, e que **precisam de ser muito bem documentados por escrito. Antes de se tomar qualquer iniciativa de acção, é necessário saber, e registar, exactamente o que a criança fez, como se comportou, o que disse, ou o que levou o profissional a ficar com aquela suspeita inicial.** Os documentos de registo devem também referir em que contexto surgiu a revelação, os comportamentos ou quaisquer outros dados que terão levantado suspeita.

Este procedimento inicial poderá ser importante caso venha a confirmar-se a necessidade de se recorrer a um processo judicial. **As suspeitas precisam de factos. Daí ser importante saber exactamente as datas, locais e circunstâncias** em que se observaram alguns indicadores ou comportamentos da criança/jovem.

No momento em que se detectam os primeiros indícios e em que o objectivo é recolher mais informação, **é importante não evidenciar à criança/jovem que temos indícios nem emitir qualquer juízo de valor face a uma eventual revelação**, para não a influenciar de nenhum modo, com o fim de evitar que exista qualquer tipo de manipulação ou de sugestão. Este facto é fundamental para que posteriormente não surjam suspeitas ou acusações desse teor.

Ao envolver no processo outros profissionais na recolha de dados ou provas, necessitamos de estar conscientes do perigo de eles entrarem em crise e desencadearem uma revelação prematura, danosa e, possivelmente, inesperada, ou de a criança “se fechar” e não voltar a fazer referência ao assunto. O objectivo é evitar que o aparecimento de indícios vagos iniciais apanhe os intervenientes desprevenidos, e desencadeie nos mesmos uma **crise de revelação** de forma prematura e descontrolada. Nesta fase do processo, o importante é documentar, com cuidado, a comunicação da criança/jovem e observar o seu comportamento, sem qualquer expressão de opiniões ou mudança de atitude por parte de quem observa e ouve a criança.

Exemplo de situações que se podem constituir como indícios vagos ou iniciais: um desenho com conteúdos sexuais crus, uma composição escrita em que é descrita uma situação de abuso sexual ou uma brincadeira/jogo sexualizado, associados ou não a outros possíveis indicadores, descritos no ponto 4.2 deste documento.

Por outro lado, o aparecimento de um qualquer indício vago obriga ao máximo de atenção por parte dos profissionais, que permita o esclarecimento até que estes se tornem consistentes como indícios de uma eventual situação de abuso sexual ou que possam ser atribuídos a factores de outra natureza.

Será de realçar que o processo que decorre entre o aparecimento de um indício vago e a identificação de indícios suficientemente consistentes para desencadear uma queixa formal às entidades competentes é muito variável na sua duração, podendo consistir num conjunto de telefonemas e troca de informações ao longo de uma hora ou, por outro lado, requerer atenção redobrada por parte de quem lida com a criança, sem qualquer outra diligência, durante dias ou semanas.

Como **indício consistente** de eventual abuso sexual pode considerar-se, designadamente, aquele que:

- resulta da revelação verbal e directa por parte da criança/jovem;
- acarreta a possibilidade ou mesmo a constatação de danos físicos na criança/jovem sem causa imediatamente identificável;
- reúne vários indícios vagos que, contextualizados através da recolha de informações sobre as circunstâncias/contexto de vida da criança/jovem no presente e no passado, sugerem a possibilidade de uma situação de abuso sexual;
- associa quaisquer outros indícios a uma revelação indirecta (acto sexual de relevo supostamente envolvendo outras pessoas) ou uma revelação parcial (descrição vaga ou pouco clara que não define explicitamente a natureza sexual dos comportamentos de outrém para com a criança/jovem).

Por razões forenses, se há indicação da eventual ocorrência de abuso sexual nos últimos três (3) dias, **é fundamental** que se realize um exame médico-legal imediato. Existem também lesões físicas que persistem durante períodos mais alargados, que também justificam uma avaliação médico-legal. Nestes casos, será necessário contactar de imediato os Órgãos de Polícia Criminal, que por sua vez irão desencadear um procedimento formal de requerer um exame médico-legal que seja válido como prova em tribunal.

Em qualquer outro caso, **as vantagens e desvantagens de um exame médico-legal imediato devem ser cuidadosamente tidas em consideração**, tendo em conta o efeito nocivo e traumatizante que a repetição de exames e questionamentos poderá ter para a criança/jovem.

Para todos os efeitos, o aparecimento de indícios varia de caso para caso e será importante realçar que um indício pode surgir como vago ou ser desde

logo um indício consistente, o que será determinante para os procedimentos que se seguem. Daí a importância de o caso ser desde logo ponderado – ainda que por breves momentos – por um grupo de profissionais que reúne a informação de que cada um seja detentor até ao momento. Esta reunião serve ainda para que os profissionais tenham uma oportunidade de reconhecer as suas próprias reacções e as de quem primeiro se deparou com os indícios. A partilha de informação e de reacções pessoais ajuda a diminuir os medos e resistências que cada um poderá ter ao revelar as suas suspeitas e tomar as medidas adequadas.

4.2. SINAIS QUE PODERÃO SER OBSERVADOS EM CRIANÇAS/ JOVENS QUE FORAM VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Os sinais de ocorrência de abuso sexual variam de caso para caso, não só em termos da sua natureza, como também no que diz respeito à sua intensidade. Nenhum destes sinais é necessariamente exclusivo das crianças ou jovens que sofrem abuso sexual e qualquer um deles pode surgir em muitos outros contextos. No entanto, é importante conhecê-los, pois podem ser úteis para valorizar e fundamentar indícios vagos e torná-los mais consistentes. Muitas vezes, os indícios não surgem directamente da constatação destes sinais de mal-estar psicológico, físico ou comportamental, mas sim de revelações parciais/indirectas por parte da criança/jovem, tais como um desenho sexualmente sugestivo, uma frase ou mensagem que escreveu, uma brincadeira, ou ter contado parcialmente a alguém.

Apresentamos de seguida os exemplos de **possíveis indicadores mais frequentemente descritos** na literatura científica⁴, havendo muitos outros que poderão levar a uma suspeita de abuso sexual. Qualquer destas ocorrências poderá constituir um sinal de detecção de uma situação de abuso consumado, mas nenhum deles poderá ser universalmente associado à ocorrência de situações de abuso sexual.

POSSÍVEIS INDICADORES FÍSICOS

Sangramento dos órgãos genitais ou do ânus; fissuras anais ou genitais; corrimento vaginal; lacerações vaginais; infecções urinárias recorrentes; alterações súbitas do apetite; dores ao sentar-se ou ao andar; enurese (perda do controle da urina), especialmente se for secundária, ou encoprese (perda do controle das fezes), especialmente se for secundária⁵; queixas somáticas; doenças sexualmente transmissíveis; lesões na área da boca...

POSSÍVEIS INDICADORES PSÍQUICOS

Alterações do humor (instabilidade, depressão, sobreexcitação); alterações dos hábitos de sono (dificuldade em dormir ou passar a dormir muito) e

⁴ Ver Glossário (anexo I) para quaisquer termos que possam carecer de esclarecimento.

⁵ Ver Glossário.

eventuais pesadelos; sinais de perturbação de stress pós-traumático (sonhos recorrentes com referência à experiência traumática, reacções súbitas e inesperadas a situações de eventual conotação sexual, hipervigilância, flashbacks); eventuais ideias de suicídio; ansiedade; medos; fobias; baixa auto-estima; sentimentos de culpa, desenhos sexualmente sugestivos ou de conteúdo explicitamente sexual genital...

POSSÍVEIS INDICADORES COMPORTAMENTAIS

Abuso de substâncias psicotrópicas (ex: álcool, drogas ilícitas, calmantes, etc.); problemas de comportamento e agressividade; fugas, auto-mutilação, desconfiança relacional com os adultos ou com os pares; isolamento social; rejeição de contacto físico anteriormente aceite, hiperactividade...

POSSÍVEIS INDICADORES SEXUAIS

Comportamentos sexuais desadequados para a idade; comportamento sexual provocador; brincadeiras sexuais desadequadas ou muito persistentes; contactos sexuais compulsivos; promiscuidade sexual; masturbação excessiva; expressão sexualizada de afecto; actividades lúdicas sexualizadas e desadequadas para o contexto...

POSSÍVEIS INDICADORES ESCOLARES

Instabilidade, absentismo, fugas da escola, aparecimento súbito de falta de concentração ou de baixo rendimento escolar...

Além destes indicadores podem ocorrer outros, como a criança/jovem dar a entender que existe um segredo sobre o qual tem dificuldade em falar, qualquer coisa que não quer ou não pode contar, ou ainda, que existe algo que nós não compreenderíamos, mostrando sinais de ansiedade ligados a este segredo.

4.3. CONSULTA INTERDISCIPLINAR CONFIDENCIAL (CIC) PARA CLARIFICAÇÃO DOS INDÍCIOS VAGOS OU INICIAIS E EVENTUAL PLANO DE ACTUAÇÃO

Uma vez detectado um ou mais indícios vagos, é sempre necessário proceder a uma **Consulta Interdisciplinar Confidencial (CIC)** para que um indício vago possa conduzir, em devido tempo, à identificação inequívoca de um indício consistente (a ser investigado e analisado pelo sistema jurídico-penal) ou à conclusão de que não existiam fundamentos que os tornassem consistentes.

Tal como foi referido anteriormente, nos casos em que a criança/jovem faz uma revelação junto de um profissional, é necessário proceder de forma célere, envolvendo a criança e assegurando o seu conforto e protecção ao longo de todo o processo.

Nos casos em que surja algum tipo de suspeita por parte dos profissionais, **será importante NÃO agir precipitadamente**. A Consulta Interdisciplinar Confidencial pode constituir um momento de contacto – pessoal ou telefónico – entre os profissionais envolvidos num primeiro momento de suspeita. Este contacto deverá ser célere e agilizado no sentido de promover uma recolha de informação não impulsiva sobre os primeiros indícios. Esta consulta não implica que os intervenientes se reúnam em pessoa, mas terá de constituir um momento de ponderação das primeiras informações que surgem numa situação de possível abuso sexual.

Alguns aspectos importantes acerca da Consulta Interdisciplinar Confidencial em que se discutem primeiro os indícios e os factos, a sua quantidade e a sua qualidade, para só depois se definirem linhas de actuação:

- Este tipo de consulta permite **ajudar a rede profissional envolvida a lidar primeiro com a sua própria crise por eventuais indícios recolhidos**, concentrar-se na orientação da recolha de informação e planear as acções dos profissionais envolvidos nesta rede.
- **O caso é discutido dentro de uma rede profissional alargada**, que pode incluir profissionais responsáveis pelas áreas da Saúde Mental, CPCJ, segurança social, entidades responsáveis em matéria de infância e juventude, e

outros profissionais que possam ter informações relevantes (professores, educadores de infância, auxiliares de educação...), de maneira orientada para o problema, sujeito a reserva e confidencialidade dentro desta rede.

- É uma consulta **interdisciplinar e confidencial** que deve ser orientada inicialmente para o problema e não para a pessoa, proporcionando a eventual obtenção de factos mais claros.
- A Consulta Interdisciplinar Confidencial fornece ao profissional que num primeiro momento tem apenas indícios vagos um **meio necessário para os esclarecer, distinguindo factos de opiniões, antes de considerar qualquer procedimento.**
- A Consulta Interdisciplinar Confidencial pode servir como um importante instrumento para desenvolver critérios precisos na avaliação de cada caso específico. Neste momento, é necessário discutir os factos apurados e a sua qualidade, para eventualmente definir estratégias. **Esta consulta serve para determinar que informação é necessária para decidir se os indicadores vagos iniciais se confirmam ou se não têm fundamento.**
- Caso na Consulta Interdisciplinar Confidencial se conclua pela existência de um indício de abuso sexual, e antes de se iniciar o processo jurídico-penal, deve ocorrer um momento de elaboração de um plano de acção dos elementos da rede que vão acompanhar a criança/jovem até ao momento de envolvimento dos OPC e/ou MP e ao longo de todo o processo decorrente.
- Este momento ainda faz parte da Consulta Interdisciplinar Confidencial e surge após a recolha de informações e/ou revelações que levam os técnicos envolvidos num primeiro contacto com a situação a encaminhar o processo para os Órgãos de Polícia Criminal e/ou Ministério Público.

4.3.1 REDE PROFISSIONAL QUE CONSTITUI E REALIZA A CONSULTA INTER-DISCIPLINAR CONFIDENCIAL

A rede profissional poderá integrar os seguintes elementos:

- a. O profissional (psicólogo, professor, educador, monitor, assistente social, auxiliar educativo, profissional de saúde, etc.) que detectou, directa ou indirectamente, possíveis indicadores de abuso sexual de uma dada criança ou jovem;
- b. A “pessoa de confiança”, ou seja, o adulto que a criança/jovem elegeu para fazer a sua primeira revelação, como se desenvolve no ponto 4.4.1.;
- c. Os profissionais da instituição (escola, ATL, instituição de acolhimento...) onde a criança/jovem está integrada que têm contacto próximo e significativo com a mesma;
- d. Os agentes de intervenção terapêutica junto da criança, se eles existirem;
- e. Os profissionais da instituição de acolhimento, se for esse o caso;
- f. O jurista da instituição ou que com ela colabore;
- g. O director técnico da instituição de acolhimento, se for esse o caso;
- h. O médico da instituição, se ele existir, ou que com ela colabore;
- i. Coordenador de caso da CPCJ ou da EMAT quando há medidas aplicadas.

No caso de, no final da Consulta Interdisciplinar Confidencial, se decidir que existem indícios consistentes para prosseguir com o processo, é necessário escolher um Coordenador da rede de todos os profissionais que estejam ou venham a estar envolvidos.

A “PESSOA DE CONFIANÇA”

Entende-se por “Pessoa de Confiança” aquela a quem a criança/jovem fez a primeira revelação, total ou parcial, de uma situação de abuso sexual. É a pessoa com quem a criança sente mais confiança em falar ou menos ansiedade em abordar este assunto. Esta pessoa deverá, então, estar disponível para recolher informação de forma a que os indícios vagos se possam, ou não, tornar indícios fundamentados e consistentes.

Por outro lado, nos casos em que não exista propriamente uma revelação por parte da criança, pode haver pessoas que, pela proximidade de contacto ou pelo tipo de interacção que têm com a criança/jovem, detectam indícios vagos ou iniciais com base nos sinais/comportamentos que ela exhibe. **Estas pessoas necessitarão de se manter atentas e consultar outros técnicos que possam ajudar neste processo de esclarecimento, mantendo sempre, nesta fase, a confidencialidade da criança/jovem e nunca revelando a esta ou à sua família os indícios apurados.**

Os factos que levam aos indícios de abuso sexual devem, assim, ser discutidos sempre dentro da rede profissional, numa procura de esclarecer ideias e dúvidas acerca dos indícios iniciais, através de uma Consulta Interdisciplinar Confidencial (CIC).

Em contexto de acolhimento residencial, esta consulta a outros técnicos poderá envolver:

1. **A equipa técnica** (assistente social, psicólogo e educador da residência ou da instituição onde a criança/jovem se encontre);
2. **A direcção da residência/valência da instituição onde a criança/jovem está mais directamente inserida** para esclarecimento de aspectos legais e de procedimentos a tomar nestas situações;
3. **Outros técnicos que lidam habitualmente com estas problemáticas** (exemplo: psicólogo, psiquiatra ou outro técnico da área da saúde mental).
4. **Caso alguma destas pessoas seja a “Pessoa de Confiança”, estará presente num duplo papel.**

O director da instituição, directa ou indirectamente por delegação, assume a coordenação da Rede Profissional e, se necessário, nesta fase, também a articulação com o sistema legal, *salvo se os indícios apontarem para o seu envolvimento, situação em que deve haver lugar a participação directa ao OPC ou ao MP.*

Quando os indícios se tornam consistentes e quando a rede profissional se reuniu num processo de planeamento para uma possível intervenção, são contactados os agentes do sistema jurídico-legal. No

entanto, a confidencialidade da criança deverá ser mantida dentro da instituição ao longo de todo o processo.

Nas situações em que é apresentada uma queixa, há na realidade três entidades que poderão ser contactadas: a Polícia Judiciária, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e o Ministério Público.

4.4. O MODO DE TRABALHAR OS FACTORES EMOCIONAIS QUE PODERÃO INFLUENCIAR A CAPACIDADE DA CRIANÇA PARA REVELAR FACTOS VÁLIDOS EM TERMOS LEGAIS

Nesta fase é importante ter em conta – em toda e qualquer interacção com a criança/jovem – possíveis sentimentos de ameaça, ansiedade, aspectos relacionados com a síndrome de segredo do abuso sexual, dinâmicas de lealdade familiar, o desejo de protecção da família, bem como com outros factores emocionais que possam impedir a criança/jovem de fazer a revelação de um possível abuso.

Remetemos o leitor para o Anexo III, onde são descritas as dinâmicas e os mecanismos psicológicos típicos das situações de abuso sexual. Compreender estas dinâmicas irá habilitar o profissional que lida directamente com a criança/jovem a reconhecer os seus sentimentos e as influências de relacionamento interpessoal a que possa estar sujeita, para poder ajudá-la a descrever factos de forma o mais livre e espontaneamente possível.

É importante ter em mente que ao lidarmos com um indício, mesmo que o abuso sexual tenha ocorrido, a ansiedade e o medo, bem como a lealdade e a vinculação à pessoa do abusador, a vergonha da sexualidade, a vergonha em falar em linguagem sexual e a preocupação com o que poderá acontecer a si próprio, à sua família e ao abusador, podem impedir a criança/jovem de falar ou levá-la a distorcer as suas declarações iniciais.

Os factores emocionais, que são próprios da dinâmica relacional do abuso sexual de crianças/jovens, bem como a dinâmica da síndrome de segredo do abuso sexual, precisam de ser tomados em conta no trabalho com a criança quando temos indícios de abuso sexual.

Mais concretamente, as pessoas que, no contacto directo com a criança/jovem pretendam esclarecer indícios observados ou coisas que ela tenha dito, deverão falar-lhe – em sentido generalista – sobre a existência de “situações que são confusas ou que nos assustam ou das quais não queremos falar, por medo de traír ou ser desleais para com as pessoas que

nos são próximas ou de quem gostamos”, sem nunca falar directamente de abuso sexual ou de abusadores.

É fundamental que as pessoas que têm contacto com a criança/jovem contenham todo e qualquer comentário sobre o que elas acham que aconteceu ou o papel dos intervenientes, tendo em conta que – não havendo testemunhas – as nossas ideias serão sempre suposições e podem influenciar negativamente a liberdade da criança para falar sobre os factos.

Assim, é verdadeiramente importante que o profissional assuma uma atitude de escuta e aceitação das afirmações da criança/jovem, deixando que ela fale espontaneamente e promova o seu conforto psicológico em situações de diálogo verbal com um adulto.

O conhecimento dos factores emocionais que afectam a criança/jovem abusada sexualmente será extremamente útil no processo de avaliação forense e também no contexto de um acompanhamento psicológico – antes ou depois de terem sido feitas revelações, porque muitas vezes são os terapeutas que levam as vítimas a sentirem-se suficientemente confortáveis para cognitivamente reconhecer os factos no seu campo de consciência e relatá-los verbalmente.

Por estas razões, será importante que a criança que já está em acompanhamento antes de surgir qualquer indício continue o processo terapêutico mesmo depois de surgir um primeiro indício, mas o terapeuta deverá cingir-se a falar de vivências e reacções emocionais sem sugerir directamente qualquer conteúdo ligado ao abuso sexual. Por exemplo, pode falar-se com a criança sobre a possibilidade de “certas coisas nos assustarem ou nos causarem vergonha, ao ponto de termos medo de falar sobre elas”. Pode também ser necessário desmistificar as possíveis consequências de falar sobre “coisas de que podemos ter vergonha” e ajudar a criança a diminuir o medo do que possa acontecer quando ela fala de “coisas que lhe possam causar ansiedade”.

Por vezes, a criança/jovem poderá ter de ser submetida a um acompanhamento terapêutico antes de, eventualmente, fazer uma revelação válida para efeitos legais de ter sido abusada, sexualmente, dado que podem

existir vários factores emocionais que impeçam ou dificultem essa revelação.

Dada a gravidade e a natureza perturbadora das experiências de vitimização por abuso sexual, as crianças/jovens tendem a dissociar estes factos da sua consciência ou a deliberadamente mantê-los em segredo. Quando finalmente estão aptas a fazer uma revelação, ainda que saibam e tenham a capacidade de reproduzir verbalmente o que aconteceu, a ansiedade, o medo e o desconforto interno são factores emocionais que vêm a interferir na recuperação das memórias e nas funções cognitivas que a permitiriam relatar os factos com objectividade e expressar as suas emoções. Ocorre um mecanismo semelhante ao da ansiedade em situação de exame, onde o aluno domina a matéria, tem a informação bem assimilada, mas em situação de grande ansiedade, torna-se incapaz de a reproduzir ou de realizar eficazmente as tarefas que lhe são propostas, parecendo que não sabe a matéria ou que reteve a informação de forma distorcida.

Tendo em conta estes aspectos, será fundamental que se desenvolva um procedimento de depoimento único, para evitar que estes mecanismos de distorção cognitiva venham a invalidar os múltiplos depoimentos da criança por poderem ser apelidados de serem incoerentes ou pouco específicos.

Não podemos deixar de prestar assistência psicológica às crianças/jovens que se percebe estarem em sofrimento, ou que dão sinais de perturbação relacionados com a suspeita de terem sido abusadas, por se querer preservar para possíveis efeitos forenses a validade de eventuais revelações.

Contudo, o acompanhamento psicológico não deve, de nenhuma maneira, influenciar o que a criança/jovem poderá comunicar no seu discurso verbal ou não verbal acerca de uma eventual situação de abuso, através de sugestões ou comentários que induzam a criança/jovem a fazer determinadas declarações. O terapeuta deverá promover a expressão verbal livre e reduzir a ansiedade que possa desencadear-se ao falar de determinados assuntos, bem como tentar diminuir outros factores emocionais

associados à problemática do abuso sexual que a impeçam de fazer uma revelação (ex.: medo, lealdade, sentimento de culpa), sem NUNCA induzir a criança/jovem no conteúdo do que ela possa querer dizer, e sem sugerir quaisquer termos de conotação sexual.

4.4.1 O PAPEL DA “PESSOA DE CONFIANÇA”

Como acima se referiu, a “pessoa de confiança” é aquela a quem a criança/jovem mostra sinais iniciais ou faz uma primeira revelação, parcial ou total. A escolha da “pessoa de confiança” nunca é feita ao acaso pela criança/jovem, existindo sempre factores emocionais importantes que determinaram essa escolha.

Quando a criança/jovem sente que tem coisas que não pode contar à família, ela irá eventualmente falar com uma pessoa que, sendo exterior à família, é alguém com quem ela(e) se sente à vontade. Neste contacto, ela(e) poderá começar a dar sinais que nos levam a suspeitar de determinadas situações. Assim, a pessoa que vê o primeiro sinal não o vê por acaso, mas sim porque foi “escolhida” pela criança – consciente ou inconscientemente – como alguém com quem a criança/jovem se sente menos desconfortável para falar de assuntos difíceis e embaraçosos.

A “pessoa de confiança” é, no fundo, a pessoa especial em cuja presença a criança/jovem que sofreu abuso sexual se sente suficientemente segura/o para começar a comunicar a realidade secreta do abuso. É a pessoa em quem a criança/jovem confia ou com quem se sente menos ansiosa. Esta pessoa pode ou não ser um profissional com formação específica para dialogar com a criança de forma neutra e não directiva (enfermeira no centro de saúde, a professora para quem a criança escreve uma composição). Assim, uma vez identificada, essa pessoa necessitará de uma rede de profissionais que a ajudem a gerir todos estes aspectos no seu contacto com a criança.

Se isto acontecer e a criança mostrar sinais de ansiedade, é importante que a pessoa a quem ela(e) se dirige não a reenvie para outro profissional eventualmente mais especializado no assunto, mas sim que a receba com

neutralidade e em escuta atenta, reconhecendo o seu valor em conseguir falar com alguém sobre esses assuntos.

Aspectos a ter em conta acerca do papel da “pessoa de confiança”:

- É a “pessoa de confiança” que está em posição de permitir desencadear a Consulta Interdisciplinar Confidencial, de modo a clarificar o indício inicial ou para consubstanciar ou infirmar esse mesmo indício;
- Os profissionais envolvidos na Consulta Interdisciplinar Confidencial deverão ser técnicos com competências adequadas para poderem ajudar a pessoa de confiança no processo a desenvolver a partir deste momento;
- É importante que, a partir da Consulta Interdisciplinar Confidencial, os profissionais envolvidos possam ajudar a “pessoa de confiança” a conseguir recolher mais informação junto da criança/jovem, nomeadamente informando-a do que deve ou não fazer para que a criança/jovem fale à vontade consigo ou comunique de outras formas, e das melhores maneiras de falar sobre um possível segredo sem mencionar directamente quaisquer aspectos de conteúdo sexual;
- É com a “pessoa de confiança” que a criança/jovem poderá contar para ser ajudada em todo o processo. O seu envolvimento pode ser vital para o processo de revelação e avaliação. Ela pode ter que acompanhar a criança/jovem à entrevista de avaliação forense e esperar noutra sala. A “pessoa de confiança” pode ainda transmitir segurança, tal como os pais quando acompanham os filhos ao médico. Por outras palavras, ela procura ajudar a criança/jovem a lidar com a ansiedade de uma situação nova e desconhecida sem interferir no conteúdo, ou seja, sem fazer sugestões ou manipulação de conteúdo do que a criança possa vir a dizer;
- Em caso de indício bem fundamentado ou revelação é importante que a “pessoa de confiança” acompanhe a criança/jovem ao profissional que realiza a avaliação forense;
- A partir do momento em que o processo entra em fase de investigação judicial, a “pessoa de confiança” poderá passar a ter um menor envolvimento, dado que outros profissionais passam a estar envolvidos e a sua intervenção só será necessária em momentos de maior dificuldade de participação da criança/jovem.

4.4.2 A REVELAÇÃO ESPONTÂNEA E EXPLÍCITA

É importante que a “pessoa de confiança” a quem a criança/jovem revela espontaneamente o eventual abuso sexual tente manter-se o mais calma possível, ainda que o conteúdo seja pesado/difícil para a própria. Ela deve possibilitar à criança/jovem contar tanto quanto ela quer ou consegue, escutando nesse processo de forma empática mas sem emitir qualquer opinião ou juízo de valor acerca do conteúdo e/ou dos participantes de uma dada situação. É necessário dizer à criança/jovem que o que ela disse é importante e que poderá ser necessário que mais alguém ouça o que contou para que seja possível pensar no que poderá acontecer depois.

4.4.3 PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO PARA OS OPC

A denúncia de uma situação de abuso sexual de crianças ou jovens pode ser efectuada pessoalmente, via telefone ou por escrito, em / para qualquer órgão de polícia criminal – PJ, PSP, GNR.

Face ao disposto no artigo 7º, nº 3, a) da Lei de Organização da Investigação Criminal (Lei nº 49/2008, de 27 de Agosto) compete à Polícia Judiciária a investigação dos crimes *“contra a liberdade e autodeterminação sexual de menores ou incapazes ou a que corresponda, em abstracto, pena superior a 5 anos de prisão”*.

Assim, e sempre que a denúncia seja recebida por outro Órgão de Polícia Criminal que não a PJ, deve aquele de imediato e de acordo com o previsto na Lei acima citada transmiti-la à PJ para que esta desenvolva a respectiva investigação.

A Polícia Judiciária comunica ao Ministério Público todas as denúncias de crimes de que tiver conhecimento, em conformidade com o previsto no artigo 245º do Código de Processo Penal.

O encaminhamento da vítima para a realização de exames médicos

Caso a agressão sexual seja recente, deve a vítima ser reencaminhada com a maior brevidade possível, pelos Órgãos de Polícia Criminal, para o hospital. Se os factos tiverem ocorrido há menos de 72 horas, o hospital acciona o perito do Instituto de Medicina Legal para que este se desloque ao hospital e aí efectue o respectivo exame à vítima ou encaminha a vítima para o Instituto, conforme a hora.

Sempre que a situação o justifique, o inspector da Polícia Judiciária que acompanha o caso desloca-se ao hospital. Se estivermos perante uma situação de abuso sexual ocorrida há mais de 72 horas, não há lugar a exame urgente por parte do perito do Instituto de Medicina Legal, sendo efectuado, pela PJ, um pedido de marcação de exame ao Instituto e efectuadas todas as diligências tendo em vista o apuramento da verdade.

O perito do Instituto de Medicina Legal recolhe junto da vítima os elementos necessários para o exame a realizar.

A recolha de informação e a entrevista a vítimas na Polícia Judiciária

No atendimento a crianças vítimas de abuso sexual, a Polícia Judiciária tem presente as características da criança (idade, sexo, possíveis dificuldades, aspectos culturais).

No primeiro contacto a criança é apresentada à equipa de inspectores (em regra 2 inspectores) de investigação criminal responsável pelo caso. Este primeiro contacto é desenvolvido na presença do familiar, tutor ou pessoa de confiança que acompanha a criança.

O acompanhante da criança participará como facilitador no estabelecimento de uma relação de comunicação entre a criança e os polícias. É explicado ao familiar, tutor ou pessoa de confiança (acompanhante da criança) todo o procedimento que envolve este tipo de situações, assim como são dadas respostas, sempre que possível, a dúvidas apresentadas por estas pessoas. É explicado ao acompanhante que a entrevista com a criança deve decorrer sem a sua presença, a fim de evitar eventuais constrangimentos da criança.

Existe, sempre que possível, uma adequação dos espaços a este tipo de contexto de entrevista (e.g. alguns departamentos possuem espaços adaptados a este tipo de entrevista). No final é efectuada uma explicação ao acompanhante da criança do comportamento da mesma durante a entrevista.

A confidencialidade inerente ao processo de investigação criminal não permite aos polícias de investigação criminal fornecer para o exterior qualquer informação sobre a investigação.

Quando a situação o justifique pode ser efectuada mais do que uma inquirição/entrevista à vítima.

A recolha de informação e a intervenção do Juiz e do Ministério Público

Durante a fase de inquérito a criança é também inquirida por um juiz com a finalidade de obter um registo gravado em vídeo ou em áudio, de modo a evitar que a criança tenha que ser submetida, posteriormente, a mais entrevistas sobre a situação de abuso de que foi potencialmente vítima. Este procedimento formal designa-se por prestação de **declarações para memória futura**. Esta entrevista é um procedimento obrigatório na fase de inquérito e tem que ser obrigatoriamente efectuada pelo juiz com a presença do Ministério Público e representante do agressor. Esta entrevista deve ser efectuada em ambiente informal e reservado e a criança deve ser assistida por um técnico habilitado para efectuar o seu acompanhamento nesta participação com o sistema de justiça. Este técnico é previamente designado pelo juiz, que o requisita a partir de entidades que possuam técnicos habilitados para o efeito.

O recurso às declarações para memória futura constitui um mecanismo que protege a criança na medida em que poderá evitar que esta tenha que estar presente na fase de julgamento. Importa salientar contudo, que caso o juiz o entenda, e apesar de ter sido efectuada o registo das declarações para memória futura, a criança pode ter que comparecer em audiência de julgamento.

Como proposta de futuro, sugere-se neste documento a criação de um procedimento de coordenação de esforços ou revisão de procedimentos para que, a criança possa prestar um único depoimento, em condições consideradas válidas pelo tribunal, como por exemplo o registo em vídeo. Este tipo de procedimentos viria a evitar, por um lado, a traumatização secundária de ter que relatar repetidamente os factos sucedidos, e por outro, a distorção de afirmações que inevitavelmente ocorre quando uma criança, jovem ou mesmo um adulto, são solicitados a descrever os mesmos episódios perturbadores em momentos diferentes e em circunstâncias que podem ser consideradas de grande ansiedade para a vítima.

4.5. PROCESSO DE PLANEAMENTO PARA UMA INTERVENÇÃO

O planeamento da intervenção deverá incluir os profissionais de protecção que possam vir a estar envolvidos numa fase de intervenção. O objectivo é planear a intervenção e coordenar as diferentes tarefas dos vários profissionais. A tomada de decisões é claramente orientada para a intervenção e coordenação de esforços e já não para a recolha de informação. A tarefa mais importante refere-se ao próprio processo interdisciplinar e precisa de incluir, sempre que intervenham, pessoas das áreas legal, médica, terapêutica ou outras, que possam ter uma tarefa, função ou responsabilidade em garantir a protecção da criança/jovem e um acompanhamento com vista à intervenção reparadora e terapêutica junto da mesma ao longo de todo o processo.

NOTA: Dada a importância do processo de planeamento neste tipo de casos, o modo de se efectuar a articulação/operacionalização entre os diversos profissionais e sistemas, é desenvolvido no Anexo II deste documento (Fluxograma), onde se apresentam de forma descritiva os vários passos do processo de actuação em situações de indício de abuso sexual.

O processo de recolha e clarificação de indícios ou de preparação da revelação pode demorar algum tempo mas, uma vez despoletado o processo jurídico-legal, todos os agentes deverão intervir rápida e concertadamente. Deverá cessar neste momento a recolha de informação por parte de outros profissionais da instituição.

Por sua parte, os agentes de intervenção no sistema jurídico-penal deverão agir rapidamente e em colaboração. Os profissionais da instituição de onde partiu a denúncia disponibilizam-se para coordenar esforços com os agentes de intervenção no sistema jurídico-penal, de forma a agir rapidamente. Sugere-se a possibilidade de ser o mesmo agente que recolhe os dados junto da criança, e que irá interrogar o/a possível abusador(a).

As diferentes responsabilidades e intervenções específicas dos profissionais envolvidos no sentido da protecção, da salvaguarda do bem-estar físico e mental da criança/jovem e do correcto procedimento de uma avaliação

legal, bem como a sequência dessas intervenções, devem ser discutidas e decididas para permitir uma intervenção coordenada, bem sucedida, no sentido de prevenir mal entendidos entre as instituições e os profissionais envolvidos.

O processo de planeamento para uma possível intervenção tem que esclarecer nove questões dentro da rede profissional:

1. Quem acompanhará a criança/jovem às várias diligências judiciais?
2. Que profissionais falarão com as pessoas da rede de suporte da criança/jovem que não são suspeitos de estarem envolvidos no possível abuso, enquanto decorre o inquérito?
3. Para onde irá a criança/jovem se for considerado que não é seguro voltar para a casa/instituição onde vivia?
4. Que diferentes papéis e funções terão a polícia, os agentes judiciais, os serviços de protecção e os serviços de tratamento da saúde física e mental da criança/jovem e como cooperarão?
5. Sendo o processo difícil e havendo experiências traumáticas a relatar, poderá ser importante iniciar acompanhamento psicológico imediato e continuá-lo ao longo do processo.
6. Quem vão ser os interlocutores das instituições de protecção/acolhimento/tratamento na polícia e no tribunal?
7. Quais são as consequências práticas se a avaliação forense não confirmar os factos substanciais?
8. Como intervir no caso de uma eventual infirmação das suspeitas ou da não-prova dos factos?
9. Uma vez contactada a CPCJ, o coordenador do processo de promoção e protecção assumirá o papel de coordenar os esforços dos profissionais até aqui envolvidos, dentro dos limites de intervenção da CPCJ. Se a intervenção da CPCJ for impedida pelo não consentimento dos pais ou representantes legais da criança/jovem, o caso é comunicado ao Ministério Público e, a partir desse ponto, o ISS IP, através das EMAT e por solicitação do Tribunal, ou a SCML, na cidade de Lisboa, nomeiam um coordenador de caso que passará a assumir a responsabilidade pelo bem-estar e protecção da criança/jovem acompanhando-a ao longo do processo.

Nos casos em que a criança/jovem tem processo judicial de promoção e protecção e o tribunal designou o ISS, IP ou a SCML para efectuar o

acompanhamento da medida é nomeado um coordenador de caso (CC), de entre os técnicos da equipa de assessoria ao tribunal, que funcionará como o interlocutor privilegiado entre o tribunal, os serviços envolvidos na intervenção (incluindo os OPC), a criança ou jovem e a sua família.

A este coordenador compete:

- Coordenar a avaliação diagnóstica da criança ou jovem e sua família, que inclui a avaliação das necessidades da criança nos diferentes domínios (saúde, educação, desenvolvimento emocional e comportamental, capacidade de autonomia, identidade e apresentação social, relacionamento familiar e social), dos factores familiares e ecológicos (funcionamento familiar, família alargada, condições habitacionais, situação profissional e recursos económicos) e capacidade dos pais ou de quem tem a guarda da criança para responder às necessidades da mesma;
- Assegurar e manter os apoios e serviços de acordo com as necessidades da criança e da sua família, visando a protecção da criança, a reparação dos danos e o seu desenvolvimento harmonioso;
- Fomentar a cooperação entre os diferentes serviços e entidades e coordenar as acções entre os parceiros envolvidos;
- Monitorar os apoios/serviços prestados ou a prestar à criança e sua família;
- Informar o tribunal sobre a situação da criança, a sua evolução e adequação da medida de promoção e protecção.

Nos processos judiciais em que no momento da sinalização já tenha sido iniciada intervenção social/familiar junto da criança e sua família, por entidades/serviços com competência em matéria de infância e juventude e em que o técnico de outras entidades/serviços (com especial ligação afectiva à criança), detenha preparação/ experiência alicerçada no modelo ecológico para a avaliação/intervenção nas situações de perigo e não haja nenhum impedimento, o coordenador de caso do ISS, IP assume uma coordenação indirecta, pelo que neste caso não actua directa e presencialmente junto da criança/jovem e sua família, salvaguardando desta forma o cumprimento do princípio da intervenção mínima (Artigo 4.º, alínea d) da Lei 147/99, de 1 de Setembro), bem como a rentabilização dos recursos disponíveis.

No entanto, porque o enfoque da intervenção é na criança e porque é importante que a família perceba que se trata de uma intervenção específica para a protecção da criança, com objectivos e acções próprias, o CC/técnico do ISS, IP poderá estar conjuntamente com o técnico que já acompanha a família num momento inicial para, em conjunto, explicarem os motivos da intervenção e a natureza do processo judicial. O CC deve ainda articular com o técnico da respectiva instituição/serviço, nos momentos pré-definidos de avaliação da intervenção, no sentido de em conjunto, analisarem a situação da criança e equacionarem a resposta ao tribunal.

Sugere-se que, de futuro, seja instituída a nomeação de um novo tipo de coordenador de caso, por parte do sistema de segurança social, que teria por missão zelar pelo bem-estar e salvaguarda dos interesses da criança, bem como pelo seu acompanhamento em todas as fases do desenvolvimento do processo. Este profissional seria uma peça central do processo, que coordenaria as intervenções do sector psicossocial, articularia com os demais agentes envolvidos no processo e teria a missão de zelar pelo cumprimento dos direitos e interesses da criança.

Até que isso venha a ser possível dentro da realidade jurídica portuguesa, o coordenador deve ser designado dentro da rede de profissionais que estão em contacto directo com a criança. Este coordenador estará em posição privilegiada para centralizar os contactos entre os profissionais das várias entidades, e para manter a intervenção centrada no superior interesse da criança. Nos casos em que já existe um processo de promoção e protecção a favor da criança/jovem, este coordenador será o oficialmente designado no âmbito desse processo.

Na presente realidade jurídica portuguesa, são as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco e os Órgãos de Polícia Criminal que assumem uma posição de primeira linha, ouvindo os primeiros pedidos de ajuda por parte de outros profissionais. Nestes casos, a CPCJ comunica o caso ao Ministério Público (ver ponto 3, Lei de Promoção e Protecção).

4.6. O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Os casos de indícios de possível abuso sexual são situações de grande complexidade e que criam dificuldades específicas a todos os que nela estão envolvidos, nomeadamente, os profissionais de educação e saúde mental, as crianças/jovens vítimas de abuso sexual e as respectivas famílias.

Os técnicos de saúde mental com formação específica nesta área deverão estar presentes no acompanhamento deste tipo de situações e poderão, ao longo de todo o processo, desenvolver três tipos de intervenção:

4.6.1 ACOMPANHAMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE LIDAM COM AS CRIANÇAS/JOVENS ENVOLVIDOS NUM CONTEXTO DE ABUSO SEXUAL

Em primeiro lugar, os técnicos de saúde mental deverão estar presentes desde o início do processo, através da sua participação na “Consulta Interdisciplinar Confidencial” e, em caso de constatação de indícios consistentes, no “Planeamento da Intervenção de Protecção e Reparação” (ver secção 4.5.), a par com os profissionais já referidos.

Para além desta participação, os técnicos de saúde mental são frequentemente solicitados para, com base na sua experiência clínica, ajudar os restantes profissionais no planeamento de eventuais estratégias a adoptar para uma correcta averiguação dos indícios vagos (ex: o modo como a “pessoa de confiança” e outros profissionais devem abordar a criança, como devem reagir ao ouvi-la, que tipos de reacção emocional podem esperar das crianças/jovens vítimas de abuso sexual e porquê).

É importante realçar que, se o processo que levou à constatação de indícios consistentes ou à revelação de abuso sexual tiver sido bem efectuado, os profissionais envolvidos desempenharam já uma primeira intervenção

terapêutica importante para a criança/ jovem, evitando, por exemplo, uma “crise de revelação” na rede profissional, na própria criança/jovem e na sua família. Neste sentido, a abordagem da saúde mental deverá permear todo o processo de averiguação de indícios e de preparação para o despoletar de um processo jurídico-legal.

Após a constatação da existência de indícios consistentes, a ajuda dos técnicos de saúde mental aos profissionais envolvidos no processo pode incidir sobre um ou mais dos seguintes aspectos:

- Adotar uma abordagem de protecção, de prevenção e de cuidado terapêutico para com a vítima;
- Contribuir para uma reflexão sobre as melhores estratégias a adoptar para gerir as dinâmicas de grupo que se despoletam entre pares neste tipo de situações e para proteger e apoiar emocionalmente as demais crianças/ jovens que tenham estado expostas a um contexto de abuso sexual, seja como vítimas ou como elementos da mesma residência de acolhimento ou instituição escolar (ex: no caso de se ter tomado conhecimento do abuso na turma);
- Criar um espaço de reflexão e partilha entre profissionais, no sentido de permitir a expressão – em fórum privado - de reacções pessoais à situação em causa e a distinção entre estas e os critérios adoptados para actuação com as vítimas;
- Trabalhar com profissionais de outras instituições que não aquela onde surgiram os indícios ou decorreram as situações de abuso (ex: os professores da escola), no sentido de procurar encontrar as melhores estratégias para lidar com estas crianças e as ajudar a melhorarem a sua capacidade de adaptação ao contexto em que estão inseridas (adequação dos comportamentos na sala de aula, nos intervalos...).

4.6.2 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA COM A PRÓPRIA CRIANÇA/JOVEM VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL

Todas as crianças/jovens vítimas de abuso sexual sofreram uma experiência traumática que se repercute no seu equilíbrio emocional e poderá

afectar a consolidação da sua identidade pessoal e sexual, ou seja, que poderá afectar o modo como se vão organizar psicologicamente nas seguintes dimensões afectiva, sexual, intelectual, social e profissional.

Em grande parte dos casos, as crianças/jovens vítimas de abuso sexual necessitam, em complementaridade com o cuidado terapêutico e protector da família e/ou de outros profissionais, de uma intervenção psicoterapêutica por parte de um técnico de saúde mental especializado, intervenção esta que poderá ser de cariz mais breve e focada no trauma e suas repercussões mais directas, ou de cariz mais prolongado, quando se constata a necessidade de tratar o trauma e outras perturbações psicológicas associadas.

Assim, os técnicos de saúde mental podem efectuar diferentes tipos de intervenção psicoterapêutica com crianças/jovens vítimas de abuso sexual:

- Intervenção terapêutica breve, em princípio de grupo, focada no trauma do Abuso Sexual;
- Psicoterapia de Grupo;
- Psicoterapia Individual.

4.6.3 ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA DA CRIANÇA/JOVEM VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL OU COM OS SEUS CUIDADORES

Em certos casos é importante que se proceda, quando é possível, a um acompanhamento da família e cuidadores da criança/jovem vítima de abuso sexual, dado que existem dificuldades específicas relacionadas com o contexto de abuso sexual que se colocam aos elementos da família (**síndrome do segredo, negação, lealdades, vergonha, culpa...**) e que precisam de ser abordados, de modo a permitir que o processo decorra com maior probabilidade de sucesso ao nível da protecção e dos cuidados terapêuticos prestados à criança/jovem vítima de abuso sexual.

Em última análise, este é um trabalho que deverá ser feito por um qualquer profissional habilitado que, na instituição onde trabalha, se depare com

uma situação deste tipo. O acompanhamento da família ou dos cuidadores da criança/jovem precede a intervenção de saúde mental propriamente dita e muitas vezes evita o desencadeamento de problemas de saúde mental acrescidos. Será da maior importância que se preparem os profissionais para ouvir e ajudar a criança/jovem e os seus familiares/cuidadores a desenvolver uma linguagem apropriada às capacidades da criança, para verbalizar abertamente a experiência do abuso, o que vai estabelecer o mesmo como uma realidade abertamente reconhecida na família, evitando assim uma progressão acentuada de problemas de saúde mental nas vítimas que decorrem de uma renovação do secretismo na família.

NOTA: Dado que a intervenção no âmbito da Saúde Mental é transversal a todo o processo de actuação em situações de indícios de abuso sexual, e tendo em conta a complexidade dos factores psicológicos específicos associados ao Abuso Sexual de Crianças e Jovens, foi elaborado um texto que descreve estas dinâmicas de forma mais exaustiva e que constitui o Anexo III, fazendo parte integrante deste documento.

5. CONCLUSÃO

Em situações de indícios de abuso sexual de crianças e jovens, a complexidade dos mecanismos psicológicos envolvidos, as implicações deste tipo de experiências para a vítima e a multiplicidade de “exigências” que se colocam na actuação dos profissionais de justiça, investigação criminal, saúde mental e educação, geram situações em que se torna difícil a condução de um processo que em última análise garanta a protecção, o cuidado e o superior interesse da criança/jovem envolvido.

Neste contexto, é sempre necessário que se desenvolva uma acção concertada entre as diferentes entidades e os diferentes profissionais envolvidos neste tipo de processos e uma intervenção multidisciplinar, de modo a que a protecção física da vítima, o apoio emocional, e o processo judicial possam ser bem sucedidos. Só deste modo poderá ser atenuado o sofrimento psicológico da criança/jovem associado a este tipo de acontecimento traumático, e potenciado um desenvolvimento pessoal, sexual, social e profissional da vítima o mais adequado e bem sucedido possível.

Um documento de linhas orientadoras para actuação em casos de indícios de abuso sexual de crianças e jovens pretende disponibilizar a todos os profissionais que possam estar envolvidos neste tipo de situações, um conjunto de directrizes. Não sendo de todo um manual de procedimentos, este documento identifica-se como um guia para uma prática concertada, permitindo aos profissionais desenvolver o seu trabalho na área que lhes compete, sem dificultar o trabalho dos demais e garantindo, tanto quanto possível, a protecção, a reparação e o bem-estar das eventuais vítimas.

Dentro deste princípio, e conscientes da existência de reais lacunas e omissões do sistema português, o documento inclui ainda algumas propostas que surgem da necessidade de aprofundar uma reflexão em torno do procedimento no que diz respeito a indícios, denúncia e apuramento dos factos, nas situações que configuram o abuso sexual, acautelando em simultâneo, e sem perda de garantias para o processo, a protecção e a salvaguarda dos direitos das crianças e jovens.

Estas propostas acompanham a prática procedimental de muitos países da Europa no que diz respeito à eficácia de procedimentos e à preparação da comunidade profissional e do público em geral para gerir situações de indício de abuso sexual de crianças e jovens.

PROPOSTA 1

O abuso sexual de crianças e jovens, pelo facto de constituir um crime, pela envolvência em que pode acontecer (intra ou extra-familiar), e pela vulnerabilidade das vítimas (cuja fase desenvolvimental é cientificamente reconhecida como sendo de especial vulnerabilidade), exige uma especial atenção por parte do Estado por forma a acautelar a protecção imediata da criança e evitar possíveis (re)vitimizações secundárias.

A confluência de todos estes factores requer mecanismos institucionais que permitam também, de forma especial, agilizar todos os procedimentos respeitando o tempo útil da criança e a sua real percepção dos acontecimentos de que foi vítima.

Como uma das hipóteses a considerar, um dos mecanismos pode passar pela organização no sistema de segurança social de equipas multidisciplinares com formação específica e treino, numa lógica de proximidade com a comunidade e sedeadas de acordo com a organização territorial dos serviços.

Estas equipas actuariam como elemento facilitador em todas as fases da intervenção constituindo-se como equipas de suporte da vítima, da família e dos demais profissionais envolvidos em função de cada caso concreto. Estariam habilitadas para recepcionar qualquer pedido/denúncia nesta área (por escrito, oral, identificado ou anónimo) e para accionar os meios que lhes permitam numa primeira fase recolher mais informação sobre a situação.

Os dados em presença poderão conduzir a novas diligências, quer no âmbito da protecção da criança, quer de actuação junto dos Órgãos de Polícia Criminal e do Ministério Público ou podem vir a demonstrar pela infundamentação do caso apresentado.

Nos casos em que há lugar à apresentação de queixa, esta seria formalizada pela Segurança Social, passando a equipa a ter legitimidade para intervir ou acompanhar as diferentes fases do processo, mediante coordenação ou articulação com as demais entidades competentes, sem prejuízo da especificidade da investigação que é da competência exclusiva dos OPC.

Caberia a estas equipas a função de assistir cidadãos comuns e/ou profissionais na avaliação dos dados existentes e se, por um lado, poderiam evitar os danos decorrentes de falsas acusações, por outro estariam habilitadas e legalmente protegidas para intervir no sentido de proteger a eventual vítima, com ou sem o consentimento dos pais e/ou de quem tem a guarda de facto ou de direito da criança/jovem.

Na larga maioria dos países onde este mecanismo já existe (Alemanha, Reino Unido e Espanha), as equipas reportam a profissionais com formação de base em serviço social e com formação acrescida na área de conteúdos ligados à violência, ao abuso e aos maus-tratos. Estas equipas funcionam em horário alargado, de forma a responder às necessidades de contacto directo por parte de quem tiver suspeitas e às necessidades de articulação entre profissionais de saúde, intervenção social, entidades policiais e justiça nas fases posteriores do processo de denúncia. No que diz respeito à protecção e reparação destas situações, as ditas equipas têm a responsabilidade máxima de zelar pelo superior interesse da criança ao longo de todo o processo.

PROPOSTA 2

Sugere-se a organização de um plano de formação, generalizado a nível nacional, levado a cabo pelas entidades aqui representadas, que visaria a preparação da comunidade profissional e do público em geral para lidar com situações de indício de abuso sexual de crianças/jovens. Este plano implicaria a realização de acções de formação a três níveis e com três populações-alvo:

1. Formação de primeira linha – Formação para todos os profissionais que trabalhem directamente com crianças/jovens – Centrada na detecção, primeiras reacções e formas de abordar a eventual vítima (criança/jovem) por parte dos pares, adultos e técnicos da instituição;

2. Formação especializada – Formação para os profissionais que, em cada escola, residência ou instituição de crianças/jovens, estariam especialmente habilitados para receber e ajudar a pessoa de confiança e os demais profissionais, desencadeando a CIC em caso de suspeita, e fazendo a interligação entre os profissionais de primeira linha e os especialistas e entidades competentes – designadamente a equipa multidisciplinar do sistema de segurança social como se aponta na proposta 1;
3. Formação dirigida – Formação para os profissionais de competência especializada que virão a desempenhar papéis específicos e muito localizados no processo – tribunal, CPCJ, polícia, técnicos forenses, entrevistadores, terapeutas.

NOTA FINAL

Este guia propõe ideias e formas de actuação compatíveis com a actual conjuntura legal e profissional do nosso país, sem prejuízo de poder ser esclarecido e discutido entre profissionais dos mais variados ramos de actividade, que ao optarem pela sua utilização, poderão adaptar as ideias e sugestões nele contidas ao contexto em que trabalham e às características das instituições e das comunidades em que se inserem.

A pretensão deste guia é a de criar condições para uma maior abertura e flexibilidade entre as entidades competentes nas várias matérias envolvidas em situações de abuso sexual de crianças/jovens, bem como a de uma maior preparação e segurança dos profissionais na sua forma de actuação, que se irá reflectir em melhores resultados para o processo e para as pessoas envolvidas.

Em paralelo, este guia permite também identificar algumas lacunas do sistema ao evidenciar a natureza do abuso e em consequência os constrangimentos na actuação e motiva que sobre elas se faça uma reflexão, por forma a permitir que a uma situação especial, como é a do abuso, se responda também, com uma forma especial de intervenção. Daí que numa perspectiva de futuro e de direito a constituir se apresentem propostas que visam uma evolução no sistema de protecção.

Se este documento contribuir para que, em casos de indícios de abuso sexual, possa existir uma melhoria no trabalho multidisciplinar e na acção concertada entre as diferentes entidades e os diferentes profissionais envolvidos, então ele atingiu o objectivo definido por todos os que participaram na sua elaboração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association, (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto*. (DSM-IV-TR)
- Bonner, B. (2003). *Child Abuse and Neglect: An overview*. International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Deslandes, S.F. (1994). *Prevenir a violência – um desafio para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES.
- Fávero, M.F. (2005). *Sexualidade infantil e abuso sexual de menores*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kempe, R.S. & Kempe, C.H. (1978). *Child Abuse*. London: Fontana.
- World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing child maltreatment: a guide for taking action and generating evidence*. Geneva: WHO Press.

ANEXOS

ANEXO I – GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

INTRODUÇÃO

Este Glossário tem por objectivo familiarizar os profissionais de diferentes áreas com alguns conceitos básicos de Psicologia, Psiquiatria e Saúde Mental, viabilizando uma maior compreensão dos aspectos disfuncionais psíquicos associados quer aos seres humanos em geral, quer com a problemática do Abuso Sexual. Pretende-se, ao longo de todo o documento, favorecer a interdisciplinaridade e a colaboração entre os vários profissionais, de modo a permitir uma actuação concertada e desde o início terapêutica em relação à criança/adolescente/jovem que possa ter sido vítima de Abuso Sexual.

Assim, o Glossário constitui uma lista de termos e conceitos técnicos frequentemente utilizados em Psicologia e Psiquiatria para descrever e explicar particularidades psíquicas, comportamentos, disfunções e patologias da criança/jovem e dos indivíduos que cometem actos abusivos ou negligentes. Incluem-se ainda termos legais que possam não ser claros para todos os profissionais. Privilegia-se uma linguagem clara e corrente, tão objectiva quanto possível, para facilitar o entendimento dos conceitos por todos os que possam estar envolvidos no processo de detecção de indícios de abuso sexual, independentemente da sua formação profissional.

Este Glossário visa ser dinâmico, com possibilidade de ser ampliado e actualizado, pois as ciências do psiquismo e do comportamento estão em constante transformação e crescimento – o meio-ambiente, os sistemas sociais humanos e as pessoas não são entidades estáveis e definitivas. Assim, as teorias psicológicas actualizam-se em função da pesquisa e da prática clínica, acompanhando o processo de mudança destes mesmos sistemas.

NOTA: Este glossário foi elaborado a partir de uma compilação de termos técnicos previamente definidos nas obras que constam da respectiva lista de referências bibliográficas, em particular o DSM (Manual de Diagnóstico Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria) e o Compêndio de Psiquiatria e Ciências do Comportamento (Kaplan & Saddock). Assim, pretende ser um acessório facilitador da leitura e compreensão do documento principal, fiel às definições dos autores das obras consultadas, não se apresenta de todo como uma proposta de texto original.

TERMOS TÉCNICOS

ABUSO

Considera-se Abuso contra a criança/jovem a privação de alimentos, abrigo, vestuário, cuidado parental e afecto, bem como as humilhações psicológicas e os incidentes em que as crianças/jovens são maltratadas fisicamente, por exemplo por espancamento, aprisionamento ou agressão sexual.

ABUSO SEXUAL

Em Psicologia o Abuso Sexual define-se como a exploração de uma criança/jovem para satisfação sexual de outra pessoa, geralmente por contacto sexual sem o **consentimento esclarecido** da criança/jovem na relação com o abusador. Este tipo de Abuso pode ser levado a cabo através de coacção ou jogos de sedução afectiva perpetrados por um adulto ou outra criança/adolescente em relação ao qual a criança/jovem vitimizada possa manter uma relação de dependência. As formas mais comuns de Agressão Sexual contra crianças/jovens são as carícias, o contacto com os genitais, a masturbação (uni ou bilateral) e a penetração sexual vaginal, anal ou oral, quer com o pénis quer com dedos ou objectos. O Abuso Sexual pode ainda envolver situações de exploração sexual visando lucros, por exemplo a prostituição e a pornografia. Os Abusos Sexuais são um fenómeno que envolve: (i) medo (nomeadamente por ameaças repetidas de desmentido, por vir de uma criança, de agressões físicas e psicológicas repetidas, até de morte), (ii) vergonha e (iii) culpa. Por isso é cercado pelo silêncio e pelo secretismo, difíceis mas não impossíveis de quebrar, desejavelmente por profissionais preparados para o efeito.

ABUSO SEXUAL INTRA-FAMILIAR

Utiliza-se esta expressão para caracterizar o Abuso Sexual que ocorre dentro do sistema familiar da criança/jovem. O agressor pode ser o pai, um irmão, primo, avô, tio, ou seja pessoas com relação de consanguinidade; por extensão é igualmente considerado como agressor intra-familiar o padrasto/madrasta, um(a) novo(a) namorado(a) da mãe ou do pai da criança/jovem, um amigo da família, todos aqueles que mesmo sem nenhum grau de consanguinidade convivem no contexto familiar com a criança/jovem a ponto de com ela estruturarem laços afectivos. Embora menos frequente, também pode existir abuso sexual por parte de familiares

do sexo feminino. A designação genérica para qualquer destas situações é **Incesto ou Relação Incestuosa**.

ABUSO SEXUAL EXTRA-FAMILIAR

É o Abuso perpetrado por pessoa com uma relação de circunstância com a família da vítima ou por desconhecidos.

ADOLESCÊNCIA

É a fase do desenvolvimento humano entre a infância e o estado adulto (“mocidade”, “juventude”, mais ou menos dos 10/11 anos aos 18 anos). A fase inicial designa-se por **puberdade**, correspondendo à evidência de amadurecimento do corpo infantil, com diferenciação dos caracteres sexuais secundários – aparecimento dos pêlos perigenitais ou púbicos e nas axilas, a par, nas raparigas, do desenvolvimento das mamas e do aparecimento do primeiro fluxo menstrual ou menstruação (a **menarca**) e nos rapazes do buço e, depois, da barba, enquanto as formas globais do corpo típicas de cada género (feminino/masculino) se vão diferenciando. Esta evolução (com idade de início e velocidade variáveis, dependendo quer de factores hereditários, quer emocionais, nutritivos e climáticos) tem por substrato o amadurecimento das **glândulas genitais** ou **sexuais** (ovários nas raparigas e testículos nos rapazes) com a crescente secreção das respectivas **hormonas**, acompanhando-se de significativas alterações psíquicas e comportamentais, entre as quais se destaca a maturação e desejo sexual (ou **lívido**) e a atracção pelo outro sexo (que de facto não é o **sexo oposto** mas o **sexo complementar**) tendo em vista o acasalamento, que viabiliza a proliferação da espécie, a par de uma vivência afectiva de prazer muito particular e acentuado que se impõe, por tempo variável, aos compromissos com a realidade – o **estado de paixão** ou **apaixonamento**. Pela postura cultural de contenção e adiamento da actividade sexual entre parceiros, é comum, sobretudo nos rapazes, a auto-excitação sexual com auto-estimulação genital, frequentemente com fantasias eróticas em relação a uma pessoa desejada, até se alcançar a excitação sexual máxima ou **orgasmo** (semelhante ao de uma verdadeira relação sexual), situação designada por **masturbação**. Independente desta actividade sexual intencional, é vulgar, nomeadamente nesta fase da vida, existirem **sonhos eróticos**, com eventual vivência de uma relação sexual completa, inclusive orgasmo, em

que a/o parceiro pode ser a pessoa conscientemente eleita quer em termos estritamente eróticos ou sexuais quer de desejo afectivo/amor (**pessoa amada**).

AFFECTO

Para a DSM-IV é o padrão de comportamento observável num dado momento (como exaltação, cólera e tristeza), expressão de um estado emocional subjectivamente vivenciado (**emoção**). Distingue-se do **humor**, que é um «clima» emocional mais difuso e mantido no tempo, designando o Afecto as variações mais flutuantes do «clima» emocional, daí dizer-se que o afecto está para o humor como o estado do tempo num dado momento está para o clima. O Afecto pode ser amplo, retraído (empobrecido), exaltado ou apagado. A expressão dos Afectos implica, para além da palavra, a expressão facial ou mímica, gestos, timbre de voz, postura corporal, etc. – por exemplo, o **retraído** caracteriza-se por uma redução da capacidade de expressão e diz-se **desadequado** quando está em evidente desacordo com o conteúdo do discurso ou do pensamento (quando uma pessoa ri ao falar de uma tragédia), dizendo-se o Afecto **lábil** quando oscila repentinamente (se a pessoa é afável num momento e agressiva no seguinte, ou intercala riso e choro em sequência rápida).

AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Actividade motora excessiva e desadequada, geralmente desorganizada ou repetitiva, não produtiva, acompanhada de tensão emocional e pensamento desorganizado, por vezes acelerado. Em alguns casos pode traduzir-se em incapacidade para permanecer sentado, compulsão a retorcer mãos e roupas, gritos, lamentos repetidos, etc. Os estados de Agitação Psicomotora são comuns em crianças/jovens portadores de distúrbios neurológicos ou que vivenciam situações de grande ansiedade ou medo, designados na linguagem comum como **stress** e **tensão**, que em geral se sentem pressionados a agir para além da sua capacidade de resposta. A Agitação Psicomotora é um forte indício de mal-estar interior e alteração emocional, desencadeando muitas vezes comportamentos que perturbam as pessoas que estão à volta, eventualmente por irem contra as normas sociais ou pelo menos as da comunidade em que está inserida.

ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO

É uma modificação acentuada da conduta que é considerada normal na larga maioria das pessoas, quer pela natureza dos comportamentos observados, quer pela sua frequência, intensidade e/ou desadequação em relação às situações da realidade imediata que os desencadeiam. Para efeitos deste documento a alteração comportamental considerada não é a que resulta de défices cognitivos, distúrbios de origem orgânica ou doença mental mas de um grave atentado à privacidade e autonomia da criança/adolescente, com são as tentativas ou consumações de abuso sexual. Quando essas agressões ocorrem em pessoas cujo percurso de desenvolvimento psicossocial é marcado por múltiplos abandonos, tensão persistente ou conflito parental, a repercussão emocional é mais dramática. Em qualquer circunstância o processo de defesa mental predominantemente não consciente e não-intencional contra o sofrimento interno, pode expressar-se quer por actos violentos e anti-sociais ou, pelo contrário, pela contracção emocional, com isolamento de grau variável, frequentemente por depressão. Isto é, as **alterações comportamentais são tendencialmente um sinal de perturbação afectiva requerendo, habitualmente, apoio psicoterapêutico e intervenção psicossocial**, por vezes com intervenção familiar (e/ou institucional quando a criança não vive em registo familiar). Importa particularmente valorizar as alterações imprevistas de comportamento – uma criança tranquila que começa a ficar instável ou agressiva, ou, pelo contrário, se era agitada e fica de repente quer muito pior, quer tranquila ou se eventualmente voltou a urinar na cama ou alterou, sem justificação, os hábitos alimentares (falta de apetite ou excesso de ingestão) se passou a dormir mal, ou a ter conversas ou fazer desenhos com conteúdos sexuais que não lhe eram habituais.

ALTERAÇÕES DO SONO

Alterações dos padrões habituais do sono: **insónias** (dificuldade em adormecer ou acordar durante o sono ou muito cedo), **hipersónia** (dormir demais), **pesadelos** (sonhos desagradáveis), **terrores nocturnos** (idem com acordar muito ansioso, por vezes de tipo terror), eventualmente **sonambulismo** (movimentos automáticos, mais ou menos complexos, durante o sono, não conscientes, logo sem capacidade de serem recordados). Estas alterações podem ser provocadas por muitos e variados tipos de perturbação do funcionamento normal, podendo tornar-se significativas se forem

persistentes e se surgem sem qualquer factor explicativo e/ou coincidem no tempo com visitas ou contactos com pessoas ligadas à situação actual de vida da criança (depois de um fim de semana, de ida a colónia de férias, de um passeio, de uma actividade desportiva, acampamento, etc.).

ALUCINAÇÃO

Uma percepção de dados sensoriais (imagens, sons, sabores, odores, sensações tácteis ou sensações físicas internas) sem que tenha havido estimulação do órgão sensorial correspondente (ouvir vozes críticas que mais ninguém por perto percebeu, ver objectos que ninguém mais observa, referir que há bichos a andarem sobre o corpo que ninguém confirma). É sempre sinal de uma perturbação mental grave (regra geral um processo psicótico). Pode por vezes resultar de uma situação de intoxicação, acidental ou intencional, ou de doença física grave (febre alta, insuficiência renal ou do fígado, tumor ou hemorragia cerebral). A pessoa com Alucinação não tem juízo crítico sobre a falsidade da sua percepção, acreditando que o que vê/ouve/cheira/sente é verdadeiro, com tal convicção que não é acessível à argumentação lógica (que em regra é contra-indicado ser utilizada). O termo Alucinação não se aplica a falsas percepções que ocorrem durante o sonho, ao adormecer e ao acordar. Distinguem-se das **ilusões** por nestas haver apenas uma má interpretação do que efectivamente se percepção (por exemplo: com febre alta ou em desidratação grave a maioria das pessoas vê de modo deturpado objectos que observa; num estado de grande susto e ansiedade pode perceber-se mal o que se ouve, ou interpretar como insectos a passearem numa parte do corpo uma linha do vestuário que ficou solta, etc.).

ANSIEDADE

Para a DSM-IV é a antecipação apreensiva de um perigo ou desgraça, acompanhada de sensação de **disforia** (disposição desagradável, sensação de aborrecimento) ou de **sintomas somáticos** (de soma ou corpo, orgânicos) de tensão, sendo o foco de perigo antecipado interno (real ou imaginário) ou externo. A ansiedade está associada ao **medo** (experiência ansiosa causada por perigo realista e conscientemente reconhecido – escuro, animais sentidos como perigosos, facas, armas). O estado de ansiedade muitas vezes acompanha-se de tensão muscular, agitação motora, hiperactividade do SNA (Sistema Nervoso Autónomo ou Vegetativo, não alterável pela vontade),

traduzível por transpiração, tremores, palpitações, eventualmente tonturas, cólicas abdominais, por vezes mesmo diarreia, aumento da frequência e da quantidade das micções, dificuldade em encarar a luz, etc.), pensamento acelerado, repetitivo e/ou circular, apreensão ou expectativa, vigilância reciosa ou mesmo fantasias transitórias de perseguição ou prejuízo. A ansiedade em grau patológico (quando é muito intensa, prolongada ou despoletada por perturbação mental ou por factores que não justificam a sua intensidade) prejudica a objectividade e eficácia do pensamento, afecta negativamente a interpretação da realidade e desencadeia conflitos a nível dos relacionamentos interpessoais, principalmente com familiares ou conviventes próximos, em particular nas relações íntimas.

A Ansiedade pode ser fóbica (medo de uma dada situação, objecto ou ser vivo), **flutuante livre** (desligada de qualquer objecto ou situação específica) ou **situacional** (em reacção a situações concretas), adjectivada de **breve** se transitória. A ansiedade pode ser vivenciada em forma de **ataques de pânico** (que têm aparecimento súbito e evolução muito rápida, traduzindo-se por sensação de morte eminente, em regra por ataque cardíaco, e sintomas físicos como palpitações ou alterações da respiração. Quando a Ansiedade está ligada a sintomas ou sinais físicos e é acompanhada de medo de doença, denomina-se **Hipocondria**. Numa percentagem muito elevada surge associada a tristeza ou mesmo a depressão. Contudo, todos os seres humanos experienciam formas de ansiedade transitória, designada por Ansiedade Sinal ou **Sentinela**, que não só é normal como muito útil sinaliza ou alerta para o cumprimento de um compromisso (exame, tarefa, encontro, realização ou conclusão de trabalho).

APRENDIZAGEM

Aprendizagem é o processo através do qual a pessoa se apropria activamente do conteúdo da experiência humana, seja ele de natureza sensorial, cognitiva, afectiva, relacional ou relativa ao conjunto de ideias, atitudes e comportamentos que o respectivo grupo social contém (aprendizagem social). A aprendizagem resulta na aquisição ou modificação de comportamentos, ideias, crenças e padrões de relacionamento.

ATITUDE EMPÁTICA

Uma atitude de escuta activa, apoio e aceitação por parte de um profissional em relação a um utente/educando/paciente, no seio da qual

aquele ouve o outro e faz um esforço activo para captar/sintonizar o que este esteja a sentir, transmitindo interesse em compreender essas experiências, sem emitir juízos de valor, conselhos ou instruções concretas de acção. A atitude empática pode requerer que o profissional se mantenha em silêncio durante algum tempo, emitindo sinais de estar atento e reformulando alguns conteúdos expressos, para testar a objectividade da sua compreensão dos mesmos e das emoções associadas ao que o utente transmitiu. Nestes casos será importante que o profissional ouça, faça perguntas abertas e mostre ao utente que está interessado não só no que ele relata mas também no que pensa ou pensou e, sobretudo, no que está a sentir. Em resumo, a **Empatia** é a compreensão de dentro (do utente) para fora, **distinta da simpatia** – atitude superficial em que o profissional apenas alcança uma compreensão de fora para dentro do utente, numa atitude mais racional que emocional. A Atitude Empática é fundamental em qualquer relação psicoterapêutica bem como nas relações educativas e de apoio de qualquer profissional a uma criança/jovem.

COMPORTAMENTO DESVIANTE

Um conjunto de procedimentos, atitudes e/ou reacções de uma criança/jovem face ao seu meio social que evidenciam uma discordância, discrepância ou oposição em relação ao mesmo. Pode constituir um afastamento progressivo do tipo de comportamentos que são socialmente aceites ou, ainda, ser um simples desvio de conduta que acarreta o afastamento ou evitamento. Um comportamento desviante na criança/jovem evidencia uma situação de inadaptação ao contexto sociocultural e/ou pedagógico, que pode ser agravada ou atenuada pelo contexto sócio-familiar, e cujo tratamento psicológico é difícil, exigindo interacção medicamentosa em alguns casos.

Estas alterações ocorrem frequentemente em pessoas cujo percurso de desenvolvimento psicossocial é marcado por múltiplos abandonos, mudanças drásticas de situação familiar, tensão ou conflito parental, e que, num processo de defesa não consciente e não-intencional contra o sofrimento interno, apresentam actos violentos e anti-sociais ou, pelo contrário, contraem-se emocionalmente, podendo chegar ao isolamento e à depressão.

O comportamento desviante pode ser visto como uma reacção de “ajustamento”, uma medida de sobrevivência da criança/jovem a uma situação

muito traumática. Esta reacção de adaptação traduz, pois, um distúrbio a uma situação emocionalmente muito perturbadora, de carácter transitório mas com risco de sequelas se não for adequadamente gerida pelos adultos de referência. Quando persistente, sobretudo a partir da adolescência, pode constituir uma manifestação de uma perturbação de personalidade que se desenvolve a longo prazo e com consequências gravosas para o próprio e para os que o rodeiam, em particular os conviventes mais próximos. Nestes casos, o procedimento terapêutico passa também pela reorganização do contexto ambiental, a par de avaliação/orientação psiquiátrica.

COMPULSÃO

Comportamento que se apresenta como incontrolável, e que apesar do objectivo de proporcionar algum alívio de tensões emocionais, normalmente não se adapta ao bem-estar mental pleno, ao conforto físico e à adaptação social por a sua concretização estar ligada a **sentimentos de culpa**. Caracteriza-se por ser repetitivo e por se apresentar de forma frequente e excessiva. À gratificação que segue ao acto, seja o prazer ou alívio do desprazer, reforça a pessoa a repeti-lo mas, com o tempo, depois desse alívio imediato, segue-se uma sensação negativa pela culpabilização consequente. Sobretudo nas perturbações obsessivas-compulsivas são comuns as tentativas ritualizadas (**rituais, por exemplo de atitudes repetidas de limpeza com o intuito de “limpar pensamentos impuros”**) cuja concretização, por força do pensamento mágico que predomina nessas pessoas, pressupõe para o próprio uma anulação ou redução da compulsão, com consequente atenuação da culpabilidade.

CRIANÇA OU JOVEM EM PERIGO

Considera-se, nos termos da Lei, que existe **perigo** quando se está perante uma situação, estado ou ocorrência que, pela sua actualidade ou eminência, põe em risco a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento da criança ou do jovem, colocando em perigo a vida ou a integridade física do mesmo. Considera-se que a criança ou o jovem está em perigo quando, designadamente: se encontra abandonada ou vive entregue a si própria; sofre maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; é obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou

prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem detenha a sua guarda de facto se oponha de modo adequado a remover essa situação.

CRISE

Situação de carácter súbito e com aspectos intensamente perturbadores, onde as circunstâncias ultrapassam a capacidade de resolução de problemas imediatamente disponível ao sujeito, implicando, por isso, um potencial desencadeamento de um período de desorganização da pessoa e de uma marcada ineficiência das suas respostas em termos de recuperação do seu bem-estar ou de resolução da situação em causa.

DECLARAÇÕES PARA MEMÓRIA FUTURA

Em caso de crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual de menor, procede-se sempre à sua inquirição logo no decurso do inquérito a fim de que o seu depoimento possa, se necessário, ser tomado em conta em julgamento. Estas declarações estão previstas no artigo 271^o do Código de Processo Penal, são feitas pelo juiz e são realizadas em ambiente informal e reservado, com vista a garantir a espontaneidade e sinceridade das respostas, devendo o menor ser assistido por um técnico especialmente habilitado para o seu acompanhamento, previamente designado para o efeito. Nesse acto estão também presentes, sempre, o Ministério Público e o Defensor do arguido que podem formular, por intermédio do Juiz, perguntas adicionais.

DELÍRIO

Para o DSM III é uma “convicção pessoal falsa, baseada na inferência incorrecta da realidade exterior e sustentada com firmeza, a despeito de tudo em que quase todos os outros acreditam e apesar do que constituam provas ou evidências incontroversas e óbvias em contrário. A **crença** não é habitualmente aceite por outros membros da cultura ou subcultura do indivíduo (isto é, não é uma questão de fé religiosa). (...) Uma ideia delirante deve distinguir-se de uma alucinação, que é uma falsa percepção

sensorial (embora uma alucinação possa originar a ideia delirante de que a percepção é verdadeira) ”. Numa formulação mais clínica é a alteração da forma e do conteúdo do pensamento, típica das perturbações psicóticas, que resulta em falsa crença, não acessível à argumentação lógica, em relação à qual o próprio não tem consciência crítica. A gravidade deste fenómeno pode ir da **ideia delirante** (crença incongruente com a interpretação de senso comum dos factos reais) até ao **pensamento delirante ou delírio**, em que se expressa uma crença de conteúdo absurdo, bizarro e implausível, de carácter persistente e inalterável face à argumentação, em redor da qual se organiza todo o comportamento e forma de pensar sobre outros assuntos com ele relacionados. A vivência delirante acompanha-se de grande sofrimento mental, sobretudo quando apresenta **perda dos limites do Eu**: convicção inabalável de que o seu pensamento é conhecido ou roubado ou imposto por outros, a par de tudo à sua volta funcionar (em regra de modo desvalorizador) em função de si – as pessoas que falam na rua ou no café, as notícias e a programação das estações de rádio ou de televisão dirigem-se, inequivocamente, à pessoa, etc.

DEPRESSÃO

Estado prolongado e persistente de retraimento patológico do humor que se apresenta profunda e dolorosamente triste, com expectativa ou convicção de desistência da vida, que em períodos de maior desespero pode levar a tentativa de suicídio. Caracteriza-se por uma redução significativa da força anímica (desânimo), sensação de cansaço, abatimento físico e, sobretudo, moral e psicológico, com produção mental limitada, insónia persistente (ou hipersónia), isolamento relacional acentuado, com eventual recusa ou indiferença alimentar.

Sintomas Comuns de Depressão: tristeza muito profunda e persistente (humor deprimido); desânimo; perda de interesse ou prazer mesmo nas actividades que anteriormente eram agradáveis para a pessoa; fadiga, distractibilidade; sono perturbado; apetite diminuído; ideias de culpa e inutilidade. A depressão pode ainda acompanhar-se de uma visão negativa e fatalista de si próprio, do presente e do futuro, com significativa redução de auto-estima e auto-confiança, que nos casos mais graves pode alcançar o desinteresse pela vida, até o desejo de morrer. Como qualquer perturbação psíquica pode ter gradações de tempo e de intensidade – pode ocorrer em episódios ligeiros, moderados ou graves cuja distinção requer a apreciação de um profissional.

Uma pessoa em episódio depressivo grave pode não mostrar desconforto com os seus sintomas, parecendo estar conformada, por exemplo, com a dificuldade em realizar as actividades básicas do seu quotidiano, incluindo o manter os hábitos de higiene ou a preparação de refeições. Em regra apresenta um quadro de apatia profunda mas há casos em que surge agitação. Nas **crianças e adolescentes** a depressão pode manifestar-se por um conjunto de sintomas aparentemente opostos à tristeza, como instabilidade, zanga fácil, baixa tolerância à frustração, irritabilidade e a tendência para um comportamento auto-destrutivo, tal como o envolvimento em actividades de risco, o consumo de substâncias psicoactivas (bebidas alcoólicas, drogas ilícitas, cheirar cola ou gasolina, calmantes), condução descuidada de veículos motorizados e dificuldade em estabelecer fronteiras adequadas nas relações sociais e afectivas, alterações no sono, na capacidade de concentração e nos hábitos alimentares (anorexia progressiva ou voracidade incontrolável).

DISSOCIAÇÃO

É uma perturbação das funções integradoras da mente, em resultado de um conflito emocional que a pessoa não consegue ou não quer resolver, encontrando (inconscientemente) como alternativa o tentar anulá-lo, retirando-o da consciência através de um mecanismo de defesa – a **dissociação mental**. Isto é, o ***problema/conflito não fica resolvido: mantém-se a ocupar espaço mental, deixando simplesmente de estar consciente***. É um mecanismo comum no dia-a-dia das pessoas em geral, atingindo níveis patológicos apenas nalgumas estruturas de personalidade, com particular expressão na memória (**amnésia lacunar**, isto é, para o período de tempo ou para a situação ligada a um acontecimento muito perturbador), identidade (não saber quem é ou como se chama) ou da percepção de dados do meio circundante. O estado dissociativo pode acarretar o funcionamento compartimentado destas áreas, sem que nos momentos seguintes a pessoa tenha consciência ou memória do que disse ou fez.

EGO (OU EU)

É um conceito do modelo psicanalítico do funcionamento mental, que designa a instância da mente que funciona segundo o **princípio da realidade**, em contraponto ao **princípio do prazer** e das **pulsões**, que constituirão uma outra instância – o **Id**. A formação destas instâncias é lenta, após

o nascimento, resultando da qualidade da relação da figura cuidadora principal com o bebê, isto é, da **qualidade afectiva**. No processo de interacção e confronto entre a vertente mais instintiva do organismo psíquico do bebê (o **Id**) e o real e as suas condicionantes (normas, regras, disponibilidade da mãe/adulto para lhe dar atenção e satisfazer as necessidades biológicas), vai acontecendo um processo progressivo de estruturação e diferenciação entre a instância impulsiva (**Id**), a instância moral e normativa (**Super-Ego**) e a instância adaptativa e racional da personalidade do indivíduo (**Ego**).

ENURESE E ENCOPRESE

A Enurese é a não retenção da urina; a Encoprese a não retenção das fezes. Designam-se como **primárias** se a criança nunca chegou a adquirir o controlo dos respectivos esfíncteres (da bexiga, ou vesical e do ânus ou anal). São **secundárias** se ocorrem depois de ter havido um período considerável de sucesso no controlo dos esfíncteres, evidenciando uma óbvia **regressão** (retrocesso a uma fase anterior do desenvolvimento psíquico) que deve levar os educadores a procurarem um factor desencadeador, habitualmente por conflito emocional. Contudo, se a enurese for apenas **nocturna** (urinar na cama) e episódica/ocasional, não é de valorizar tanto, podendo resultar de situações transitórias, quer psíquicas (estado de ansiedade acrescida) quer físicas (febre alta, ingestão excessiva de líquidos, por exemplo); se for persistente exige avaliação clínica adequada. Quanto à encoprese (“sujar as calças”), para além de situações ocasionais (preguiça em ir evacuar quando se está em brincadeira animada, por exemplo), a sua presença prolongada, mesmo se irregular, exige avaliação clínica. Para além de poder ser sintoma de várias situações físicas ou mentais, pode ser um sinal indiciador de abuso sexual com penetração anal, em particular se for uma criança e o agressor um adulto.

EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL

Uso de crianças/jovens em actividades com fins sexuais, por um ou mais adultos, em troca de dinheiro, brindes ou favores. Pode envolver, além da criança/jovem e do «cliente», um intermediário, agenciador ou angariador ou toda uma rede de exploração sexual de crianças/jovens. É uma situação ilícita criminalmente punível.

FLASHBACK

O retorno involuntário de uma memória, emoção ou vivência, associado a um acontecimento traumático. Os flashbacks são frequentemente acompanhados de um aumento súbito dos níveis de ansiedade e podem desencadear comportamentos impulsivos e/ou estranhos. Por vezes manifestam-se apenas no sono, em contexto de pesadelo ou de terror nocturno.

HEBEFILIA OU EFEBOFILIA

Ambos os conceitos vêm do grego – **Hebefilia** de “hebe”, juventude, e **Efebofilia** de “ephebus”, pessoa jovem pós-pubescente (após o início da puberdade); “philia”, amor, amizade. É uma **parafilia** em que o desejo sexual de um adulto está direccionado em exclusivo para adolescentes púberes ou pubescentes (com o corpo em transformação) ou pós-pubescentes, em média entre os 9/13 anos nas raparigas e os 10/14 nos rapazes. Os alvos podem ser de qualquer dos géneros, havendo efebofílicos que tanto procuram rapazes como raparigas. Quando os predadores são homens adultos e as vítimas raparigas no início da puberdade, a designação é de **lolismo** ou **síndrome de Lolita**; de forma equivalente designa-se por **pederastia** a atracção de homens adultos por rapazes. É distinta de **pedofilia** (“pedo”, criança, no sentido de pré-púbere).

HOMOFOBIA

Esta expressão é atribuída aos casos em que a pessoa apresenta um juízo crítico e recusa de aceitação em relação às tendências e práticas homossexuais, que muitas vezes se estende a todas as características que possam remotamente ser associadas com pessoa de orientação homossexual. Segundo alguns autores a homofobia ocorre frequentemente em pessoas que, consciente ou inconscientemente, têm dúvidas e angústias sobre a sua identidade sexual, tendendo a ridicularizar e agredir os homossexuais. Os casos muito graves de homofobia podem levar o sujeito a fazer investidas violentas ou mesmo o homicídio de homossexuais.

HOMOSSEXUALIDADE

Representa um tipo de orientação sexual, ou seja, todo um conjunto de comportamentos e formas de pensar das pessoas cuja escolha de parceiro sexual recai sobre alguém do mesmo sexo. Como **orientação sexual** refere-se a um

padrão duradouro de experiências sexuais e afectivas com pessoas do mesmo género ou sexo, não constituindo qualquer distúrbio mental.

IDENTIDADE DE GÉNERO

Independentemente dos aspectos constitucionais, em particular hormonais, diferenciados desde a 2ª metade da gravidez, desde cedo que no processo de desenvolvimento a criança manifesta comportamentos e atitudes tipicamente atribuídas ao género masculino ou ao género feminino e identifica-se como sendo uma pessoa de determinado género, podendo este ser ou não coincidente com as respectivas características físicas. No caso de a identidade de género não coincidir com as características físicas que apresenta, gera-se com frequência uma situação de potencial perturbação da identidade sexual, dada a discrepância entre as características físicas e as características psicológicas do indivíduo, bem como a carga social negativa que esta condição acarreta.

IMAGEM CORPORAL

A Imagem Corporal é a que elaboramos mentalmente do nosso corpo. A imagem corporal é, durante o período evolutivo da adolescência, um dos factores de ansiedade a ter em conta na tentativa de compreensão das dificuldades do adolescente, uma vez que o seu corpo assume novas características e vai absorvendo um novo conjunto de significados. Todas as características do ajustamento pessoal e social são influenciadas, de entre outros aspectos, pela configuração e pelo funcionamento do corpo, quer seja pela impressão que causa aos outros e o modo como eles reagem, quer seja pelo modo como o corpo é percebido pelo próprio adolescente. Um exemplo é o que se verifica em algumas adolescentes púberes que para tentarem esconder o crescimento das mamas, passam a andar encurvadas e com vestuário que procura disfarçar o óbvio (por exemplo de casaco de lã pelas costas em pleno Verão).

O modo como um rapaz ou uma rapariga avalia e cuida do seu corpo reflecte o seu nível de auto-estima, os valores de quem o/a educa e ainda as experiências a que já esteve sujeito. Quando as crianças/jovens sentem que os seus corpos não satisfazem as expectativas de quem os rodeia (como serem muito baixinhos ou altos demais, ter mamas pequenas, ou deficiências físicas), frequentemente chegam a menosprezar o seu corpo e a sua própria pessoa.

As crianças/jovens que sofreram actos abusivos que acarretam a ameaça à sua integridade física ou, mais especificamente, a declarada invasão da sua propriedade corporal, correm o risco de desenvolver uma imagem corporal desviante e/ou comportamentos auto-destrutivos que perpetuam a sensação de dor, humilhação ou invasão física vivenciadas no acto(s) abusivo(s) original(is).

PARAFILIA

Segundo a DSM-IV TR, a Parafilia é uma perturbação sexual que consiste em “fantasias intensas e recorrentes sexualmente excitantes, impulsos sexuais ou comportamentos implicando, geralmente: 1) objectos não humanos; 2) o sofrimento ou humilhação do próprio ou do seu parceiro; ou 3) crianças ou outras pessoas sob coacção, que ocorram durante um período de pelo menos 6 meses. Para alguns sujeitos as fantasias ou estímulos parafilicos são obrigatórios para a excitação erótica e são sempre integrados na actividade sexual. Noutros casos as preferências parafilicas ocorrem apenas episodicamente (por exemplo, talvez em períodos de stress), enquanto noutras ocasiões a pessoa é capaz de funcionar sexualmente sem as fantasias ou estímulos parafilicos. No caso da Pedofilia, Voyeurismo, Exibicionismo e Frotteurismo o diagnóstico é feito se a pessoa actuou devido a estes impulsos, ou se os impulsos ou fantasias sexuais causarem acentuado mal-estar ou dificuldades interpessoais. (...). As fantasias podem ser executadas com um parceiro sob coacção de um modo que pode ser injurioso para este (como no Sadismo Sexual e na Pedofilia). (...) As ofensas sexuais contra as crianças constituem uma proporção significativa de todos os crimes sexuais registados e os sujeitos com Exibicionismo, Pedofilia e Voyeurismo constituem a maioria dos criminosos sexuais detidos.” (pág. 566). Para a DSM são consideradas Parafilias, sendo possível cada sujeito apresentar mais do que uma:

- **Exibicionismo:** exposição dos genitais;
- **Fetichismo:** uso de objectos inanimados para alcançar a excitação ou a consumação sexual;
- **Frotteurismo:** tocar ou roçar-se numa pessoa que o não consente;
- **Pedofilia:** foco em crianças pré-pubertárias (ver desenvolvimento abaixo);
- **Masochismo sexual:** ser objecto de humilhação ou sofrimento;
- **Sadismo sexual:** infligir humilhação ou sofrimento;
- **Fetichismo travestido:** travestir-se;
- **Voyeurismo:** observar actividade sexual.

PEDOFILIA

A Pedofilia é um tipo de Parafilia onde há fantasias e desejos sexuais persistentes por parte de um indivíduo maior de dezasseis anos, que se orienta específica e exclusivamente para crianças pré-púberes (para a DSM-IV TR, ter 13 anos ou menos e ser pelo menos 5 anos mais velho, relação que para alguns autores, como se desenvolve no texto base, não é obrigatória – mais do que as idades dos intervenientes importa perceber se no jogo sexual houve uma atitude de imposição ou uma anterior relação de poder/influência entre as crianças envolvidas). A grande maioria dos pedófilos é de sexo masculino. A escolha da criança como objecto sexual do pedófilo pode ou não ser predeterminada, mas depende de um conjunto de variáveis. Esta escolha relaciona-se com a história de vida do agressor e com as suas próprias experiências de natureza sexual ao longo da infância e juventude, podendo algumas delas ter sido eventualmente traumáticas. Ainda segundo o DSM-IV TR, alguns predadores sexuais preferem crianças do sexo masculino, outros do feminino e outros de ambos; os que se sentem atraídos por meninas preferem habitualmente crianças entre os 8 e os 10 anos, um pouco mais novas do que se forem rapazes. Em qualquer circunstância, a atracção em regra é por uma determinada faixa etária.

Os sujeitos com esta perturbação, que agem sob os seus impulsos sexuais com crianças, podem limitar a sua actividade a despir a criança e a observá-la, exibindo-se eles próprios e masturbando-se na presença da criança ou tocando-lhe e acariciando-a suavemente. No entanto, outros executam *fellatio* (introdução do pénis na boca) ou *cunnilingus* (estimulação lingual da vagina) na criança ou induzem-na a fazer-lhes, ou penetram-lhe a vagina, a boca ou o ânus com os dedos, objectos estranhos ou com o pénis, empregando a força física em graus variáveis. Estas actividades são habitualmente explicadas com desculpas ou racionalizações de que têm «valor educativo» para a criança, que esta tem «prazer sexual» com estes comportamentos ou que foi «sexualmente provocante», temas que são também habituais na pornografia pedofílica.

Devido à natureza ego-sintónica (não psicicamente conflitual para o agressor) da Pedofilia, muitos sujeitos com fantasias, impulsos ou comportamentos pedofílicos não sentem qualquer mal-estar significativo. (...) Os sujeitos podem limitar as suas actividades aos próprios filhos, enteados ou parentes, ou vitimar crianças fora da família. Alguns ameaçam a criança para evitarem ser descobertos; outros, particularmente os que vitimam

frequentemente as crianças, desenvolvem técnicas complicadas para se aproximarem delas.

Excepto nos casos em que a perturbação se associa a Sadismo Sexual, o sujeito pode ser generoso e muito atencioso face às necessidades da criança com o objectivo de conquistar o seu afecto, interesse e lealdade e evitar que relate o comportamento sexual. Habitualmente a perturbação inicia-se na adolescência e tem uma evolução crónica, especialmente nos que se sentem atraídos por rapazes. A taxa de recidiva para sujeitos com Pedofilia com preferência pelo mesmo sexo é cerca de duas vezes superior à dos que preferem o sexo oposto.

PENSAMENTO OBSESSIVO

Ideias repetitivas e padrões de pensamento circular que são frequentemente associados a preocupações e factores de ansiedade. O pensamento obsessivo começa geralmente por uma tentativa de esclarecimento lógico ou busca de solução que rapidamente se torna ineficaz pela sua circularidade, nunca chegando a uma conclusão satisfatória para o sujeito. Estes pensamentos estão muitas vezes associados a **actos compulsivos** que constituem, como se diz acima, uma tentativa, afinal falhada, de reduzir a ansiedade, provocada pelo pensamento obsessivo.

PERGUNTAS ABERTAS

As perguntas que, em todo o conjunto das suas palavras, não contêm qualquer indicação das respostas que são esperadas, não induzindo a resposta em termos do seu conteúdo, intensidade e/ou escolhas – exemplo: “Como foi o teu fim-de-semana?” ou “Queres falar sobre isto?” em vez de “Queres dizer-me o que se passou com essa pessoa?”

PERGUNTAS FECHADAS

Perguntas que, no conjunto das suas palavras, limitam as possibilidades de resposta do sujeito e dão-lhe indicação das várias opções de resposta – exemplo: “Preferes dormir sozinho ou acompanhado?”

PERVERSÃO

De acordo com Roudinesco e Plon (pág. 579), é um “termo derivado do latim *pervertere*, outrora empregue em psiquiatria e pelos fundadores da sexologia para designar (...) as práticas sexuais consideradas como

desvios em relação a uma norma social e sexual. A partir de meados do século XIX, o saber psiquiátrico incluiu entre as perversões práticas sexuais tão diversificadas como o incesto, a homossexualidade, a zoofilia, a pedofilia, a pederastia, o fetichismo, o sadomasoquismo, o travestismo, o narcisismo, o auto-erotismo, a coprofilia, a necrofilia, o exibicionismo, o voyeurismo e as mutilações sexuais. Em 1987, a palavra perversão foi substituída, na terminologia psiquiátrica mundial, por parafilia, que abrange práticas sexuais nas quais o parceiro ora é um sujeito reduzido a um fetiche (pedofilia, sadomasoquismo), ora o próprio corpo de quem se entrega à **parafilia** (travestismo, exibicionismo), ora um animal ou um objecto (zoofilia, fetichismo).”

PORNOGRAFIA INFANTIL: apresentar, produzir, vender, fornecer, divulgar ou publicar, por qualquer meio de comunicação, inclusive rede mundial de computadores ou internet, fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito envolvendo uma criança/jovem (Artº 241 do Estatuto da Criança/Jovem).

PSICOSSOMÁTICA

Como referem Roudinesco e Plou (pag. 616), “a medicina psicossomática diz respeito simultaneamente ao corpo e ao espírito e, mais especificamente, à relação directa entre o *soma* e a *psyche*. Descreve a maneira como as doenças orgânicas são provocadas por conflitos psíquicos, em geral inconscientes”. Durante muito tempo pensou-se neste tipo de distúrbios como representando uma “falsa” doença, atitude esta que despoletou uma atitude quase pejorativa por parte dos profissionais de saúde em relação a este tipo de problemas. Hoje em dia o estudo da Psicossomática demonstrou com solidez a interacção intensa entre fenómenos psicológicos e disfunções do corpo, sendo uma perturbação comum entre pessoas que sofreram experiências traumáticas, em particular as que acarretam uma agressão ou acto abusivo com ameaça à integridade física do sujeito.

As queixas físicas e os sintomas de disfunção corporal constituem até com alguma frequência os primeiros sinais de perturbação psicológica decorrente de experiências, na sua maioria traumáticas, que pela sua qualidade ou intensidade se mantêm inacessíveis à consciência do sujeito e por isso não são passíveis de relato verbal directo e espontâneo. Estas características da perturbação psicossomática exigem que os profissionais estejam

atentos e disponíveis para esta realidade, aumentando assim a probabilidade de intervir antes de atribuir um diagnóstico à pessoa abusada, que tenderia a minimizar a importância das expressões psicossomáticas ligadas a factores da dinâmica do Abuso Sexual.

STRESSORES PSICOSSOCIAIS

Todos nós estamos sujeitos a eventos stressantes (que nos causam desconforto e ansiedade): tensões nos relacionamentos íntimos, o trânsito citadino, dificuldades nas relações profissionais. Quando falamos em Stressores Psicossociais, referimo-nos a eventos específicos que alteram drasticamente os valores ou circunstâncias do ambiente em que o indivíduo está inserido, muito provavelmente perturbando o seu normal comportamento ou exacerbando uma perturbação psicológica pré-existente. Os Stressores Psicossociais atingem pessoas de qualquer idade e, quanto maior for a sua gravidade piores são as consequências. Nas crianças/jovens este tipo de eventos poderão originar sequelas graves no caso de não haver oportunidade de aferir o sentido da realidade nem de exprimir as suas emoções ou fazer planos para o futuro tendo em conta o que aconteceu. Os principais Stressores Psicossociais que podem influenciar o surgimento de uma Perturbação do Comportamento em crianças/jovens vão desde o conflito intrafamiliar, divórcio e/ou morte dos pais, abandono ou retirada do seio familiar, gravidez indesejada na adolescência, maus-tratos físicos, abuso sexual, até a doenças agudas ou crónicas responsáveis por disfuncionalidades ou eventualmente morte.

SEXUALIDADE

Este é um termo complexo que se relaciona com vários aspectos em simultâneo: o desenvolvimento das características sexuais da criança/jovem e respectivos comportamentos para satisfação das necessidades sexuais, a escolha de parceiro sexual. Segundo Laplanche & Pontalis (1992), o termo Sexualidade não designa apenas actividades e o prazer que dependem do funcionamento genital, mas toda uma série de fantasias, excitações e actividades presentes desde a infância, cujo prazer é irreduzível à satisfação de uma necessidade fisiológica básica.

TRANSGRESSÃO

Acto ou efeito de transgredir, infracção, violação. **Transgredir:** passar além de, infracção de desobedecer, deixar de cumprir. Este termo é frequentemente

utilizado num contexto em que se pretende descrever o comportamento de um dado sujeito que pressupostamente violou a lei ou a ameaça ao bem-estar e integridade física e psicológica de outro(s) sujeito(s).

TRAUMA OU EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA

Uma experiência em que a pessoa se envolveu directamente, ou testemunhou, situações de perigo de vida, danos físicos graves ou qualquer outra situação que ponha em causa a integridade física e psicológica dessa pessoa ou de quem foi vitimizado. Este evento frequentemente desencadeia no sujeito medo, inferioridade ou impotência extremas, ou uma experiência de horror, agitação e desorganização, que sobretudo se ocorrer na infância só aparentemente é temporária. Com efeito, as investigações clínicas de Freud evidenciaram que nas situações traumáticas há, no dizer de Laplanche e Pontali, "um afluxo de excitação que é excessivo, relativamente à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações" (pág. 678). Assim, o conflito mental desencadeado pelo trauma, vai accionar mecanismos de defesa psíquica que reduzem ou anulam a memória (consciente) do mesmo mas mantêm na mente, de forma recalcada, o registo emocional – o acontecimento continua a ocupar o espaço mental, que se manifesta, mais cedo ou mais tarde, por sintomas vários. A situação psíquica global pode integrar a estrutura de uma neurose, que a psicanálise procura resolver ao criar condições terapêuticas para a pessoa identificar e reviver a situação traumática.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

No acto de violência há um sujeito que actua para abolir os suportes da identidade do outro como sujeito. A violência no interior da família, praticada por e contra os seus membros, aumenta a insegurança dos que são vítimas e constitui um instrumento de controlo do outro. Na maioria dos casos de violência intrafamiliar ainda é o homem que figura no pólo activo.

As vítimas da violência doméstica convivem, na sua maioria, com uma realidade de absoluto desamparo; precisam de ajuda para mudar um quadro familiar que se tornou insuportável. Entende-se por Violência Doméstica não somente a agressão física mas também a violência verbal, a tortura psicológica e também a Violência Sexual (Azevedo e Guerra, 1995).

As pessoas violentadas têm grande tendência para a depressão, a ansiedade e até por dissociação, a perturbações de memória.

Distinguem-se vários tipos de violência que ocorrem contra adultos, jovens e crianças:

Violência Física

É qualquer acção física única ou repetida, não acidental (ou intencional) cometida por um agente agressor adulto (ou mais velho que o agente agredido) que provoque danos físicos na criança/jovem. É considerada uma forma de Abuso ou de Maus-Tratos com danos que podem variar desde lesões leves a consequências extremas como a morte. A maioria das crianças que sofrem de Maus-Tratos apresenta alguns indicadores que podem ser úteis na identificação de um acto de Violência, incluindo lesões como hematomas, queimaduras, feridas, fracturas e outras.

Violência Psicológica

É o acto de rejeitar, isolar, aterrorizar, ignorar, corromper, depreciar, discriminar, desrespeitar e criar expectativas irreais ou exigir rendimentos escolares, intelectuais, desportivos ou interferir negativamente sobre a criança/jovem, induzindo-os a uma auto-imagem negativa e fraco desempenho ou estimulando na criança um padrão de comportamento destrutivo. Este tipo de Violência é uma das formas mais difíceis de identificar, podendo estar presente não apenas na família, mas também noutros espaços de convivência da criança/jovem.

A criança/jovem submetidos a Violência Psicológica poderão apresentar alguns comportamentos que, embora inespecíficos podem possibilitar a sua detecção: alterações de sono, baixo conceito de si próprio, abatimento profundo, tristeza, tendências suicidas, insegurança, limites comportamentais extremados ou agressividade, problemas de aprendizagem, etc, bem como dificuldades em brincar com os colegas, apresentar medos exagerados e afastar-se das pessoas.

Violência Sexual

É todo o Acto ou Jogo hetero ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança/jovem, cuja finalidade é estimular sexualmente a criança/jovem ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual do/s adulto/s. Qualquer criança/jovem pode ser vítima de tal acto. Quase sempre estas práticas sexuais são impostas às crianças/jovens pela violência física, ameaças ou indução da sua vontade.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Albuquerque, A. (2006). *Minorias eróticas e agressores sexuais*. Lisboa, Dom Quixote.

American Psychiatric Association (1986). *DSM-III. Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais*. Edição Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Ld.ª, Lisboa

American Psychiatric Association, (2003). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto*.

Azevedo, Maria Amélia & Guerra, Viviane de Azevedo. (1995). *A Violência Doméstica na Infância e na Adolescência*. São Paulo. Robe Editora.

Fávero, M.F. (2005). *Sexualidade infantil e abuso sexual de menores*. Lisboa, Climepsi Editores.

Fürmss, T. (1993). *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Gauderer, Christian.(1995). *Sexo e Sexualidades da Criança/jovem e do Adolescente*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Kaplan, Harold & Sadock, Benjamin. (1995) *Compêndio de Psiquiatria e Ciências do Comportamento*. Artes Médicas. 6ª. Edição.

Kempe, C. H. e Helfer, R. E. (1977). *L' Enfant Battu et les Familles*. Paris: Fleurus.

Laplanche e Pontalis. (1992). *Vocabulário de Psicanálise*. Martins Fontes.

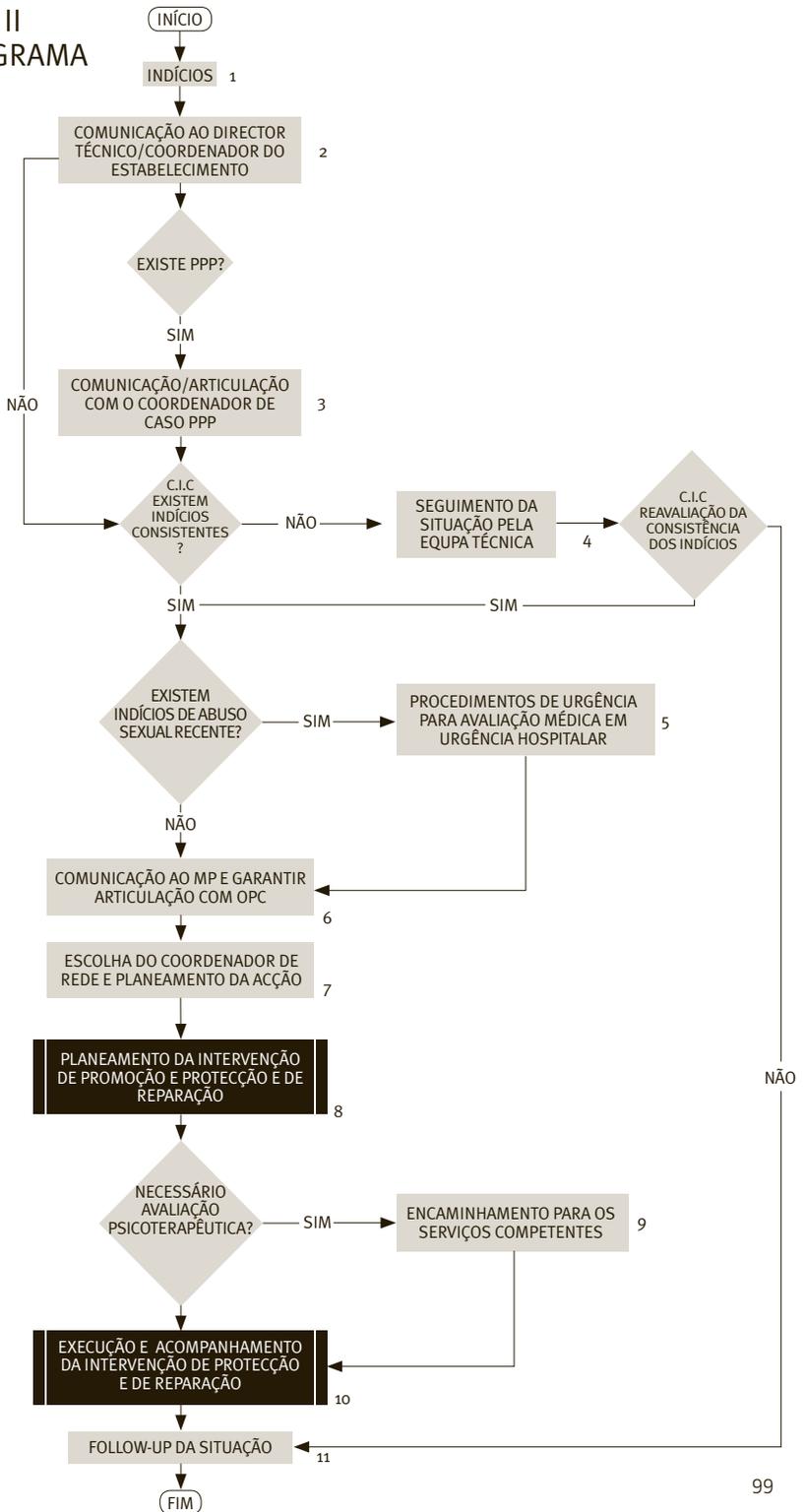
Ochotorena, J. P. (1988). *Maltrato y Abandono Infantil: Identificación de Factores de Riesgo*. Vitoria-Gasteiz, Universidad Del País Vasco / Ministério da Justiça.

Roudinesco, E e Plon, M (2000). *Dicionário de Psicanálise*. Editorial Inquérito, Lisboa.

Salter, A. (2003). *Pedofilia e outras agressões sexuais*. Lisboa, Editorial Presença.

ANEXO II
FLUXOGRAMA

ACTUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE INDÍCIOS DE ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E JOVENS



DESCRITIVO DO FLUXOGRAMA

ACTUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE INDÍCIOS DE ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E JOVENS

1. INDÍCIOS

O reconhecimento de indícios de abuso sexual encontra-se descrito em “Linhas Orientadoras Para Actuação em Casos de Indícios de Abuso Sexual de Crianças e Jovens”, pontos 4.1. – *Identificação de Indícios* e 4.2. – *Sinais que poderão ser observados em crianças/jovens que foram vítimas de abuso sexual*.

A pessoa que verifica os indícios de eventual situação de abuso sexual ou a quem é referida uma situação que é considerada como indício de uma eventual situação de abuso sexual deve de imediato comunicar a situação ao director técnico do estabelecimento/coordenador ou, na sua ausência, ao técnico responsável que o substitui (como em 2).

2. COMUNICAÇÃO AO DIRECTOR TÉCNICO DO ESTABELECIMENTO/COORDENADOR

O director técnico do estabelecimento/coordenador ou quem o substitui recebe a comunicação acerca dos indícios de eventual situação de abuso sexual e perante o que lhe foi comunicado confirma, de imediato, se há conhecimento da existência de Processo de Promoção e Protecção (PPP) aberto (por via da CPCJ ou de Processo Judicial).

Este procedimento deve ser rápido, sendo que no caso de crianças com medida de promoção e protecção de acolhimento institucional esta situação é normalmente do conhecimento da equipa técnica, constando também do dossier técnico individual da criança.

Se não existir processo de promoção e protecção aberto ou se não houver conhecimento do mesmo, o director técnico/coordenador ou quem o

substitua acciona a Consulta Interdisciplinar Confidencial (CIC) para avaliação dos indícios (cfr. ponto 4.3. – *Consulta Interdisciplinar Confidencial (CIC) para clarificação dos indícios vagos ou iniciais e eventual plano de actuação* e ponto 4.3.1 – *Rede profissional que constitui e realiza a Consulta Interdisciplinar Confidencial* de “Linhas Orientadoras para Actuação em Casos de Indícios de Abuso Sexual de Crianças e Jovens”).

Se existir PPP aberto comunica/articula com o respectivo coordenador de caso, ou com o técnico responsável pelo processo (como em 3) dando início à CIC.

Esta comunicação/articulação deve ser célere e confidencial, podendo ser efectuada através de contacto telefónico.

Os profissionais que podem integrar a CIC encontram-se referidos no ponto 4.3.1. – *Rede profissional que constitui e realiza a Consulta Interdisciplinar Confidencial* do documento “Linhas Orientadoras Para Actuação em Casos de Indícios de Abuso Sexual de Crianças e Jovens”.

Sempre que exista PPP em curso, a CIC deve integrar o coordenador de caso ou, o responsável pelo mesmo.

Da realização da CIC resulta uma reflexão sobre a consistência dos indícios, isto é, se existem ou não indícios consistentes.

3. COMUNICAÇÃO/ARTICULAÇÃO COM O COORDENADOR DE CASO DO PROCESSO DE PROMOÇÃO E PROTECÇÃO

O director técnico ou coordenador articula, via telefone ou presencialmente, se possível, com o coordenador de caso/responsável pelo Processo de Promoção e Protecção da criança ou jovem, partilhando a informação disponível, sob registo de confidencialidade, contribuindo desta forma para a realização da CIC e um esclarecimento dos indícios.

A CIC deve constituir um momento célere e agilizado, de contacto pessoal ou telefónico, entre os profissionais envolvidos, encontrando-se descrita

em “Linhas Orientadoras Para Actuação em Casos de Indícios de Abuso Sexual de Crianças e Jovens”, ponto 4.3. – *Consulta Interdisciplinar Confidencial (CIC) para clarificação dos indícios vagos ou iniciais e eventual plano de actuação* e ponto 4.3.1 – *Rede profissional que constitui e realiza a Consulta Interdisciplinar Confidencial*.

Na sequência da realização da CIC:

Se os indícios não são consistentes é necessário um seguimento cuidado da situação pela equipa técnica, devendo igualmente considerar-se a ligação/articulação com a entidade que acompanha o processo de promoção e protecção (como em 4);

Se existem indícios consistentes, importa ter em atenção se se relacionam com uma eventual situação de abuso sexual recente;

Se existem indícios de eventual abuso sexual recente, o director técnico/ coordenador ou quem o substitui envia informação ao Ministério Público e articula com os Órgãos de Polícia Criminal – OPC (como em 6). No sentido de agilizar estes procedimentos, pode ser efectuado contacto telefónico e o envio da informação ao Ministério Público via fax.

Em simultâneo, acciona um procedimento de urgência e garante o encaminhamento da criança ou jovem para avaliação médica em serviço de urgência hospitalar (como em 5).

Antes de se iniciar o processo jurídico-legal deve ainda ocorrer um momento de elaboração de um plano de acção dos elementos da rede de profissionais, incluindo a **escolha entre si de um coordenador** que acompanha a criança ou jovem até ao momento de envolvimento dos OPC e/ou MP e ao longo de todo o processo (como em 7).

Se existem indícios consistentes de eventual abuso sexual não recente, como atrás descrito, importa enviar informação ao Ministério Público e articular com os Órgãos de Polícia Criminal – OPC (como em 6);

Se os indícios consistentes têm por base indicadores físicos deve ponderar-se e avaliar cuidadosamente as vantagens e desvantagens de um exame médico imediato.

No caso de se considerar necessária uma avaliação médica, ainda que não imediata, importa ter em atenção os procedimentos contidos no Despacho nº 31292/2008 de 5 de Dezembro do Ministério da Saúde – Gabinete da Ministra e na Portaria Conjunta dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, nº 965/2009 de 25 de Agosto.

Considerando a organização interna de cada entidade/instituição poderá haver necessidade do director técnico ou coordenador, nesta fase, informar o director da instituição sobre a situação e a comunicação ao Ministério Público.

4. SEGUIMENTO DA SITUAÇÃO PELA EQUIPA TÉCNICA DO ESTABELECIMENTO

Se os indícios não são consistentes é importante proceder-se a uma observação e acompanhamento cuidadoso da criança ou jovem por parte da respectiva equipa técnica que apoia/acompanha, para compreensão da situação e reavaliação da consistência dos indícios.

A CIC constitui aqui um instrumento importante para esclarecer ideias e dúvidas, desenvolver critérios precisos de avaliação, a informação necessária e as estratégias, visando decidir se os indícios vagos iniciais têm ou não fundamento. Implica uma articulação célere e eficaz com os diferentes serviços e entidades envolvidas no caso, mantendo a confidencialidade.

Se no seguimento da situação e após reavaliação sobre a consistência dos indícios a CIC concluir que os mesmos não são consistentes, não há lugar à comunicação ao Ministério Público e a procedimento legal cabendo à equipa técnica assegurar o follow-up (seguimento) da situação (como em 11).

Se neste seguimento da situação e após reavaliação sobre a consistência dos indícios, a CIC concluir que os mesmos são consistentes é necessário perceber se se relacionam com eventual situação de abuso sexual recente.

No caso de indícios de eventual abuso sexual recente, há lugar a procedimento de urgência (como em 5), pelo que o director técnico/coordenador

ou quem o substitui envia informação ao Ministério Público e articula com os Órgãos de Polícia Criminal – OPC (como em 6). No sentido de agilizar estes procedimentos, pode ser efectuado contacto telefónico e o envio da informação ao Ministério Público via fax.

Em simultâneo, acciona um procedimento de urgência e garante o encaminhamento da criança ou jovem para avaliação médica em serviço de urgência hospitalar (como em 5).

Salienta-se ainda que nesta fase o Ministério Público tem de estar informado sobre a situação e os OPC envolvidos.

Antes de se iniciar o processo jurídico-legal, deve ainda ocorrer um momento **de elaboração de um plano de acção dos elementos da rede de profissionais**, incluindo a escolha entre si de um coordenador que acompanha a criança ou jovem até ao momento de envolvimento dos OPC e/ou MP e ao longo de todo o processo (como em 7).

A articulação com os OPC é essencial, sendo que na sequência da avaliação médica da criança ou jovem interessa ter em atenção a informação/ indicação dos serviços visando a adequação do planeamento efectuado no sentido da protecção da criança ou jovem.

Atendendo à organização interna de cada entidade/instituição poderá haver necessidade do director técnico ou coordenador, nesta fase, informar o director da instituição sobre a situação e comunicação ao Ministério Público, garantindo a confidencialidade.

Em matéria de avaliação médica ressalvam-se os procedimentos definidos legalmente - Despacho nº 31292/2008, de 5 de Dezembro, do Ministério da Saúde; Portaria dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade e da Saúde nº 965/2009, de 25 de Agosto.

5. PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA EM URGÊNCIA HOSPITALAR

Quando o indício consistente tem por base indicadores de eventual abuso sexual recente, o director técnico/coordenador, ou quem o substitui, garante de imediato o encaminhamento da criança ou jovem para avaliação médica em Serviço de Urgência Hospitalar tendo em consideração os procedimentos definidos pelo Ministério da Saúde (Despacho nº 31292/2008, de 5 de Dezembro).

Simultaneamente, confirma o envio de Informação ao Ministério Público e articula com os OPC.

Salienta-se que nesta fase o MP tem de estar informado sobre a situação e os OPC envolvidos.

A articulação com os OPC é essencial, sendo que na sequência da avaliação médica da criança ou jovem deve ter-se em atenção a informação e/ou conclusão dos serviços, visando a adequação do planeamento antes efectuado e linhas de acção.

6. GARANTIR ARTICULAÇÃO COM OPC E COMUNICAÇÃO AO MP

Resultando da CIC o esclarecimento sobre a existência de indícios consistentes de eventual abuso sexual, o director técnico/coordenador ou pessoa responsável que o substitui comunica sempre, por escrito, ao magistrado do Ministério Público da comarca competente ou ao DIAP, nas comarcas onde estes já se encontrem instalados (e.g. Lisboa, Porto, Leiria).

Em simultâneo, se existe processo de promoção e protecção em curso informa (por escrito) a entidade por ele responsável que aplicou a medida de promoção e protecção: CPCJ ou Tribunal, no caso de um processo judicial.

7. ESCOLHA DO COORDENADOR DE REDE E PLANEAMENTO DA ACÇÃO

A escolha do coordenador de rede deve ter em atenção a rede de profissionais envolvidos na CIC, incluindo a existência ou não de coordenador de caso (quando existe processo de promoção e protecção em curso).

Considera-se ainda que a escolha do coordenador de rede deve ser efectuada em reunião multiserviços com todas as entidades que participaram na CIC.

A coordenação de rede traduz-se num processo de colaboração, planeamento, facilitação e mediação entre os diferentes profissionais/entidades da rede, orientado em função de objectivos de protecção e de reparação e adequado a cada caso, cuja finalidade é garantir de forma global, coordenada e sistémica todos os serviços e acompanhamento que a criança ou jovem e sua família necessitam, incluindo a ligação/articulação com os OPC e Ministério Público.

O coordenador de rede deve ser um técnico da rede de profissionais, que funcione como:

- **RECURSO** para a criança ou jovem e sua família, no sentido de lhe proporcionar o acesso aos serviços de que necessita;
- **MEDIADOR** entre a criança ou jovem e a sua família e as entidades envolvidas e/ou prestadoras de serviços;
- **PLANEADOR, COORDENADOR e SUPERVISOR** de todos os serviços prestados.

Nesta fase convém que a rede de profissionais esteja organizada e operacional visando o processo de planeamento da intervenção de promoção e protecção e de reparação, bem como garantir a articulação com os OPC e Ministério Público.

8. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO DE PROMOÇÃO E PROTECÇÃO E DE REPARAÇÃO

O planeamento da intervenção de promoção e protecção e reparação ocorre após concluir-se pela consistência dos indícios de eventual abuso sexual e visa planear e coordenar as tarefas dos vários profissionais que vão acompanhar a criança ou jovem (cfr. 4.5. *Processo de planeamento para uma intervenção* de “Linhas Orientadoras para Actuação em Casos de Indícios de Abuso Sexual de Crianças e Jovens”).

Nos casos de crianças com medida de promoção e protecção aplicada importa proceder à revisão do plano de execução da medida de promoção e protecção de forma a adequá-lo à situação concreta e ponderar a alteração ou substituição de medida de promoção e protecção aplicada.

Nestes casos os procedimentos a ter deverão ser consonantes com o previsto no Manual de Procedimentos da CPCJ e Manual de Assessoria Técnica aos Tribunais (EMAT) no caso dos Processos de Promoção e Protecção judiciais.

O processo de planeamento implica a reavaliação das dimensões de avaliação diagnóstica consideradas relevantes para o caso (necessidades da criança, competências dos pais ou quem tem a guarda e meio envolvente) assim como o esclarecimento das questões enunciadas em 4.5. *Processo de planeamento para uma intervenção* – “Linhas Orientadoras para Actuação em Casos de Indícios de Abuso Sexual de Crianças e Jovens”.

No momento do planeamento é importante aferir se a criança ou jovem que se suspeita ter sido vítima de abuso sexual necessita de ***intervenção psicoterapêutica***, concomitantemente à intervenção terapêutica que deve ser alvo (considerar os pontos 4.6.1. *Acompanhamento dos profissionais que lidam com as crianças/jovens envolvidos num contexto de abuso sexual* e 4.6.2. *Intervenção psicoterapêutica com a própria criança/jovem vítima de abuso sexual*).

Se a criança ou jovem necessita de intervenção psicoterapêutica deve ser efectuado o encaminhamento para os serviços competentes (como em 9).

9. ENCAMINHAMENTO PARA OS SERVIÇOS COMPETENTES

Nos casos em que se verifique a necessidade de intervenção psicoterapêutica deve efectuar-se o encaminhamento da criança ou jovem para os serviços competentes, i.e. serviços de saúde mental.

10. EXECUÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA INTERVENÇÃO DE PROMOÇÃO E PROTECÇÃO E DE REPARAÇÃO

Os procedimentos a ter ao nível da execução e acompanhamento da intervenção de promoção e protecção e de reparação devem ser consonantes com o previsto no Manual de Procedimentos da CPCJ e Manual de Assessoria Técnica aos Tribunais (EMAT), consoante se trate de um Processo de Promoção e Protecção ao nível da CPCJ ou judicial.

11. FOLLOW-UP DA SITUAÇÃO (SEGUIMENTO DA SITUAÇÃO)

Se após reavaliação os indícios não forem consistentes, devem envolver-se os responsáveis pelo Processo de Promoção e Protecção/accompanhamento da execução da medida de promoção e protecção, se existir, ou outros serviços ou entidades, se o mesmo se mostrar adequado, dando por finda a intervenção neste processo.

ANEXO III – ABORDAGEM PSICOLÓGICA ÀS PROBLEMÁTICAS DO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E JOVENS – CONTRIBU- TOS DA SAÚDE MENTAL

1. INTRODUÇÃO

O presente documento constitui um anexo ao documento “Linhas Orientadoras para Actuação em Casos de Indícios de Abuso Sexual de Crianças e Jovens”.

Os casos de indícios ou de apuramento de abuso sexual a crianças e jovens são situações de grande complexidade e que provocam dificuldades específicas, quer às vítimas, quer às suas famílias, quer aos profissionais que intervêm.

Este anexo tem dois objectivos principais. O primeiro objectivo é procurar descrever as consequências e as dinâmicas psíquicas específicas que crianças e jovens podem apresentar quando são vítimas de abuso sexual, de modo a que os profissionais que intervêm nestes casos possam observá-las e compreendê-las melhor. O segundo objectivo é procurar descrever o papel que os profissionais de saúde mental podem desempenhar, quer ao nível da intervenção terapêutica junto das vítimas de abuso sexual e, quando possível, das suas famílias ou seus substitutos, quer ao nível da intervenção de suporte e aconselhamento junto de outros profissionais que entram em contacto com este tipo de casos.

Assim, este documento, para além da introdução, é constituído por mais dois capítulos, a saber: “Crianças e Jovens Vítimas de Abuso Sexual” e “Intervenção dos Profissionais de Saúde Mental”.

Tratando-se de um documento anexo destinado a um amplo leque de profissionais envolvidos neste contexto, procurou-se que fosse breve e sucinto, pelo que o aprofundamento destas temáticas passa necessariamente pela leitura de bibliografia e recurso a profissionais especializados.

2. CRIANÇAS E JOVENS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Iremos abordar neste capítulo quatro temas fundamentais para a compreensão de vários aspectos do funcionamento psicológico de crianças e jovens vítimas de abuso sexual, a saber:

1. Os efeitos psíquicos do abuso sexual na criança e no adolescente e os seus reflexos no seu desenvolvimento psíquico e social;
2. Os factores que contribuem para a gravidade dos traumatismos psíquicos;
3. A “Síndrome do Segredo”, como dinâmica psicológica específica em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual;
4. A “Síndrome da Relação”, como dinâmica psicológica específica em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.

2.1 OS EFEITOS PSÍQUICOS DA VITIMIZAÇÃO POR ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Tal como temos aprendido e reflectido com Tilman Furniss, todas as crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual sofrem uma experiência traumática que se repercute sempre no seu equilíbrio emocional e que poderá afectar, com maior ou menor gravidade, a sua *identidade pessoal*, a sua *identidade sexual*, a sua *relação com os outros* e a sua *adaptação social e profissional* (escola, trabalho...).

A gravidade desses efeitos psíquicos nas vítimas, ou seja, se o sofrimento psicológico é mais ou menos intenso, se as perturbações psíquicas são mais breves ou têm efeitos de longo prazo, se perturbam uma ou duas ou a totalidade das diferentes áreas da vida (pessoal, sexual, relacional, social, profissional...), dependem de vários factores que serão descritos no subcapítulo seguinte (ponto 2.2).

Contudo, nas crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual que apresentam efeitos psíquicos de longo prazo, o abuso sexual pode contribuir para o desenvolvimento ou para o agravamento de perturbações de personalidade,

particularmente de patologias designadas clinicamente por *borderline* (ou *estado limite*) que, quando presentes, afectam estas crianças e adolescentes ao nível da sua identidade pessoal e sexual, ao nível do modo como se relacionam com os outros e ao nível do modo como se podem adequar ao meio social em que estão inseridas (escola, emprego...).

Assim, como refere Fávero (2005), estas crianças e adolescentes podem sofrer vários efeitos psíquicos de longo prazo como consequência do traumatismo do abuso sexual. Alguns exemplos:

1. **Perturbações ao nível da identidade pessoal:** O modo, saudável ou patológico, como uma criança ou adolescente consolida a sua identidade pessoal, a sua identidade sexual e, conseqüentemente, a sua relação com os outros depende de um processo complexo que não cabe aqui detalhar, mas que se relaciona com as várias experiências relacionais que tiver tido, desde o seu nascimento, com os adultos que a rodeiam mais de perto. Uma criança ou adolescente vítima de abuso sexual com uma experiência traumática de ter sido maltratada por outro, pode vir a sofrer de *distorções cognitivas*, como consequência a longo prazo. Ou seja, essa experiência traumática pode levá-la a *desenvolver uma noção negativa e errada (por isso distorcida) do que conhece – de si própria, dos outros (de todos os outros) e do mundo que a rodeia; isto é, o choque emocional é tão dramático que defesas espontâneas da mente se activam para tentar alterar e/ou distorcer o que conhece*. As crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, dadas as especificidades próprias deste tipo de maltrato, têm também, frequentemente, *uma percepção cognitiva distorcida do(s) episódios(s) do abuso sexual de que foram vítimas*, desenvolvendo, entre outros, sentimentos de culpa muito intensos que as podem levar a sentir que são responsáveis pelo que aconteceu (e também pelo que pode acontecer à sua família ou ao abusador se a situação for descoberta), levando-as muitas vezes a sentirem que são más, merecendo, por isso, ser de algum modo castigadas. Estes sentimentos intensos de culpabilidade contribuem, entre outros factores, para aumentar o risco de poderem voltar a ser maltratadas, inclusive abusadas sexualmente. *A re-vitimização* é, pois, outra das consequências a longo prazo que é muito frequente nestas crianças e jovens e que surge devido a vários outros factores, alguns dos quais serão descritos em seguida.

2. **Perturbações ao nível da identidade sexual:** Tal como foi referido no ponto anterior, a consolidação da identidade sexual depende de um processo complexo que se relaciona, particularmente, com as várias experiências afectivas e relacionais estabelecidas desde a infância com os adultos com quem se interage de modo mais significativo e continuado. Assim, sobretudo em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual por abusadores do mesmo sexo, e tendo em atenção as especificidades próprias da dinâmica psicológica que ocorre neste tipo de situações, o abuso sexual pode originar perturbações e confusões ao nível da orientação sexual, causadoras de maior sofrimento psicológico que, em particular no caso dos rapazes, é responsável por um profundo conflito emocional sobre ser-se ou não homossexual, frequentemente traduzível por compreensível confusão mental resultante de terem sido forçados a práticas sexuais, com ou sem penetração anal, com alguém do mesmo sexo, logo numa situação homossexual.

3. **Perturbações relacionais:** Como consequência da experiência traumática do abuso sexual, as crianças e jovens podem desenvolver ou agravar (caso já existissem anteriormente) perturbações ao nível do modo como se relacionam com os outros. É frequente que estas vítimas tenham sentimentos de medo e de desconfiança face aos outros, sendo-lhes muito difícil acreditarem que as relações de intimidade, quer pessoal, quer sexual, podem ser afectuosas, benéficas e saudáveis. Em consequência, é comum experimentarem sentimentos de grande solidão e de desamparo que, em certos casos, procuram compensar com relações superficiais, que não permitam uma verdadeira intimidade, sentida como ameaçadora, por vezes mesmo através de comportamentos sexualizados, correndo assim o risco, entre outros, de voltarem a ser maltratadas e abusadas.

4. **Perturbações ao nível das emoções:** Como consequência do traumatismo da experiência de abuso sexual, as crianças e jovens apresentam, muito frequentemente, ***perturbações depressivas***, expressadas, por exemplo, através de sintomas como abatimento, tristeza, insucesso escolar, alterações do comportamento (ficarem de repente muito sossegadas ou muito instáveis), do sono ou do comportamento alimentar (passarem a comer descontroladamente ou aparecerem com falta de apetite sem causa física que o justifique). Também apresentam muito

frequentemente ***perturbações de ansiedade***, o que se relaciona, por exemplo, com os sintomas de hipervigilância/super-atenção em reacção ao mundo exterior (pelo receio de o agressor poder voltar a qualquer momento ou aparecer em qualquer lugar, não conseguindo por isso estar tranquilas) ou a uma má interpretação que podem fazer face aos estímulos interpessoais, associando-os a perigos ou ameaças (daí poderem reagir instintivamente com agressividade a um simples ***toque do braço*** dado, por exemplo, por um professor ou por um amigo ou amiga).

5. **Mecanismos de defesa psicológicos e adopção de comportamentos para procurar evitar a memória dos abusos ocorridos:** As crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual podem desenvolver ou adoptar, consciente ou inconscientemente, vários mecanismos de defesa psicológicos ou vários comportamentos com o objectivo de evitar as memórias e os afectos relacionados com essa experiência traumática.
6. Por exemplo, podem desenvolver mecanismos de defesa psicológica como a ***dissociação da consciência***, em que é possível terem sentimentos de despersonalização (acharem-se uma pessoa diferente da que foi vítima do abuso), de paralisação emocional (como procura de ***anestésiar*** a dor psicológica), experiências de sair do corpo, amnésias lacunares (esquecimento selectivo ou de um período de tempo) para os eventos relacionados com o episódio do abuso...
7. Podem também adoptar ***comportamentos de abuso de substâncias, como álcool ou drogas*** (na tentativa de procurar ***abafar*** as memórias dos episódios traumáticos através de uma ***fuga da realidade***), ***comportamentos de auto-mutilação*** (a dor física pode ser sentida como menos insuportável do que a dor psicológica associada à recordação do abuso sexual), ***comportamentos de perturbação alimentar*** (como tentativa de reduzir a tensão associada ao trauma do abuso sexual) e, no limite, ***comportamentos de suicídio*** (dada a insuportabilidade de lidar com o sofrimento relacionado com a experiência de abuso sexual).

2.1.1 DOIS MODOS DE FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO PREDOMINANTES EM MUITAS CRIANÇAS E JOVENS, COMO CONSEQUÊNCIA DA EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA DO ABUSO SEXUAL

De um modo resumido, e tendo em conta contribuições teóricas de vários autores, entre eles, Otto Kernberg, António Coimbra de Matos, Teresa Ferreira e Pedro Strecht, sobre a patologia *borderline* e/ou sobre as problemáticas psíquicas frequentemente associadas ao abuso sexual, consideramos que, nos casos em que o abuso sexual teve efeitos psíquicos graves e com consequências de longo prazo, que são frequentes, as crianças e adolescentes vitimizadas podem apresentar dois tipos principais de funcionamento psicológico que influenciarão de maneira diferente a relação consigo próprios e com os outros, a saber: um funcionamento psicológico predominantemente depressivo ou um funcionamento psicológico predominantemente agressivo. Naturalmente que em cada criança, e em cada momento, este tipo de funcionamento psicológico predominante pode oscilar ou mesmo alterar-se, sendo então a alternância e imprevisibilidade psíquicas os eventuais sinalizadores de que algo de emocionalmente traumático pode ter ocorrido ou pode estar a ocorrer com aquela criança/adolescente.

Se prevalecer um *funcionamento de tipo mais depressivo*, as crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual podem sentir uma *profunda solidão*, uma *culpabilidade intensa* e *auto-destrutiva*, expressas, por exemplo, em períodos de abatimento e isolamento, em frequentes desistências da escola e de todos os projectos pessoais, na falta de cuidados que têm com eles próprios e, em certos casos, nos comportamentos sexualizados que apresentam e que são uma forma de procurar colmatar ou tapar o vazio, a solidão e o desamparo que sentem.

Nos casos mais graves vários autores, entre eles Pedro Strecht (2006), referem que pode mesmo existir uma espécie de *morte da alma*, tal é o impacto traumático irreversivelmente destrutivo que um abuso sexual pode ter na organização mental actual e futura das vítimas.

Então, em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual em que predomina um funcionamento psicológico mais depressivo, a *agressividade é “virada para dentro”*, para a própria criança, o que pode, entre outros

riscos, aumentar a vulnerabilidade e a possibilidade de serem sujeitos a novos abusos sexuais e maus tratos.

Se prevalecer um ***funcionamento de tipo mais agressivo***, as crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual podem fazer uma identificação ao agressor (procurando abafar os próprios traumas do abuso através do controlo e da agressão face a outros), apresentando então ***comportamentos agressivos***, com ***sentimentos de raiva*** e de ***procura de controlo ou destruição (emocional ou física) de outros***.

Assim, em crianças ou adolescentes vítimas de abuso sexual nas quais predomina um funcionamento mais agressivo, ***a agressividade é então “projetada para fora”***, podendo levar a que algumas destas vítimas apresentem comportamentos de tipo delinquente ou anti-social ou venham a transformar-se elas próprias em agressores ou abusadores sexuais (hipótese possível, mas que não é muito frequente).

Contudo, quer apresentem um funcionamento predominantemente mais depressivo ou mais agressivo, em grande parte das crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual instala-se um ***círculo vicioso***: como tiveram experiências precoces (desde a infância ou desde a adolescência), traumáticas e por vezes prolongadas, de maus-tratos sexuais, físicos ou mais estritamente psicológicos (não serem amadas, reconhecidas e protegidas), sentem que isso se poderá repetir, mais cedo ou mais tarde, em todas as outras relações pessoais de proximidade que estabeleçam. Mesmo que não tenham novos abusos sexuais, sentem que podem não ser apreciadas, amadas e protegidas pelos outros por aquilo que são, melhor será dizer, por aquilo que pensam ser.

Assim, estas crianças ou adolescentes ***resistem e rejeitam, pela passividade (depressão) ou pela agressividade, a estabelecer novos vínculos de confiança***, mas ao resistirem e rejeitarem novos vínculos ficam mais sozinhas, o que parece confirmar-lhes que nas relações de dependência afectiva os riscos de abandono e de serem mal amados são reais.

Assim, um dos objectivos fundamentais dos profissionais de saúde mental é procurar “quebrar estes círculos viciosos”, quer através da sua intervenção

terapêutica com as crianças e jovens, quer através da sua intervenção junto da família, quando tal é possível, quer de todos os outros profissionais que lidam com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual (ver ponto 3 deste Anexo).

2.2 FACTORES QUE CONTRIBUEM PARA A GRAVIDADE DO IMPACTO PSICOLÓGICO DO ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Em todas as crianças e jovens vítimas de abuso sexual existem sempre consequências *psíquicas traumáticas* que vão influenciar o seu funcionamento psicológico, ou seja, vão influenciar o modo como se irão relacionar consigo próprios, com os outros e com o meio exterior (escola, trabalho, lazer...).

Contudo, como refere Fávoro (2005), em cada criança e adolescente a extensão da gravidade destas consequências psíquicas traumáticas, ou seja, o modo como se repercutirão na sua organização psicológica, depende de vários factores, tais como:

- a. Os **procedimentos** face às suspeitas ou à confirmação do abuso sexual;
- b. A **idade** em que se começou a sofrer de abuso sexual;
- c. A **duração** e a **frequência** da situação de abuso sexual;
- d. O **grau de violência** ou **de ameaça** exercida;
- e. O tipo de **actividade sexual**;
- f. A **diferença de idade** entre a vítima e o abusador;
- g. O **tipo de relação** e **grau de proximidade** previamente existente entre a vítima e o abusador;
- h. O **género** (masculino/feminino) do abusador e da vítima;
- i. A presença ou ausência de **“figuras de protecção”** / **“pessoas de confiança”**;
- j. A **vulnerabilidade** (grau de susceptibilidade da organização psicológica) e a **resiliência da vítima** (capacidade de resistência e de enfrentar as dificuldades);
- k. O **grau de “secretismo”** do abuso sexual.

É fundamental que os profissionais que trabalham com crianças e jovens estejam conscientes destes factores que podem agravar os efeitos traumáticos do abuso sexual, de modo a poderem intervir de modo mais adequado, quer ao nível da prevenção, quer ao nível da protecção, quer ao nível do tratamento das crianças e jovens vítimas de abuso sexual.

Assim, para além de irmos abordar cada um destes factores, e é importante ressaltar que nenhum deles pode ser analisado independentemente dos outros, iremos também dar nota de possíveis intervenções que podem ser efectuadas pelos vários profissionais que trabalham com crianças e jovens:

- a. Os **procedimentos** face às suspeitas ou à confirmação do abuso sexual
O conseqüente processo de denúncia e de acompanhamento posterior da criança ou adolescente quando mal ou tardiamente efectuados (os procedimentos legais, os de protecção social, ou os de apoio clínico com eventual tratamento) podem causar um agravamento dos traumas psíquicos resultantes do abuso sexual de que a criança ou jovem possa ter sido vítima.

Assim, todos os profissionais que trabalham com crianças e jovens, quer ao nível da educação, da protecção, da assistência social e da saúde física e mental, quer ao nível da polícia e do sistema de justiça, devem conhecer os procedimentos mais correctos de actuação em casos de indícios ou de confirmação de abuso sexual, de modo a terem uma intervenção mais adequada e benéfica para as vítimas de abuso sexual.

- b. A **idade** em que se sofreu o abuso sexual
Embora não exista uma unanimidade entre os vários especialistas nesta área, muitos autores defendem que quanto mais precoce for a idade em que se sofreu um abuso sexual maiores danos psíquicos poderão ser causados. Contudo, outros autores consideram que crianças com idades mais próximas da adolescência poderão sofrer danos psicológicos mais graves quando sujeitas a abusos sexuais.

Assim, todos os profissionais que lidam com bebés, crianças e jovens (por exemplo, enfermeiros, médicos pediatras, médicos pedopsiquiatras,

psicólogos, assistentes sociais, professores e auxiliares de acção educativa das creches às escolas do 3º ciclo...) devem conhecer bem os indícios e sintomas de abuso sexual, de modo a que, caso esteja a existir uma eventual situação desse tipo, possam efectuar os procedimentos necessários (ver documento principal) para a sua eventual detecção e consequente cessação o mais precocemente possível. Também os profissionais que trabalham com famílias (por exemplo, profissionais de instituições de apoio às famílias, profissionais de instituições de acolhimento de crianças e jovens, profissionais das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens...) devem conhecer, quer os factores de risco de uma criança ou jovem poder ser vítima de abuso sexual, quer a dinâmica psicológica dos abusadores sexuais, quer as possíveis dinâmicas familiares em situações de abuso sexual, de modo a estarem em condições de, o mais precocemente possível, fazerem um bom diagnóstico e um prognóstico mais seguro quanto ao risco de uma criança poder estar a sofrer ou vir a sofrer um abuso sexual.

c. A **duração** e a **frequência** da situação de abuso sexual

Embora também não exista unanimidade entre os vários especialistas nesta área, muitos autores defendem que quanto maior for o tempo de duração e a frequência da situação de abuso sexual, maiores serão os danos psicológicos causados nas crianças e adolescentes. Contudo, é importante ressaltar que em determinados contextos, uma criança que tenha experienciado um único episódio de abuso sexual pode sofrer um impacto traumático e ter efeitos psicológicos de gravidade idêntica ou até maior, relativamente a outra que tenha sofrido mais episódios de abuso sexual. Como foi referido no início, a gravidade do impacto traumático depende da conjugação de diferentes factores e não pode ser analisada separadamente.

Assim, mais uma vez, todos os profissionais que trabalham com crianças e jovens devem conhecer bem os indícios de eventual abuso sexual no sentido de procurarem detectá-los o mais cedo possível e intervirem no sentido da sua cessação.

d. O **grau de violência** ou **de ameaça** exercida

Muitos autores defendem que quanto maior for o grau de violência ou

de ameaça exercida pelo abusador maiores danos psíquicos se podem verificar em crianças e adolescentes. Porém, é importante ressaltar que, em determinados contextos, uma criança ou adolescente vítima de abuso sexual pode sofrer danos psíquicos mais graves com um abusador que não exerceu qualquer violência física ou ameaça explícita, mas que, por exemplo, a manipulou psicologicamente, do que uma criança ou adolescente que tenha sido vítima de violência física ou ameaça explícita por parte do abusador.

Assim sendo, todos os profissionais que trabalham com crianças e jovens devem saber que na dinâmica do abuso sexual a ameaça explícita ou implícita está sempre presente e que é um dos factores (entre outros) que dificultam a revelação por parte da criança ou jovem que está a ser, ou foi, vítima de abuso sexual.

e. O tipo de **actividade sexual**

Os abusos sexuais em que existe maior invasão física, como, por exemplo, penetração vaginal, penetração anal ou sexo oral, podem provocar danos psíquicos mais graves. Contudo, não se podem fazer generalizações erróneas, dado que, em determinados contextos, abusos sexuais com menor invasão física, por exemplo, masturbação ou toque vaginal, podem provocar em certas crianças e jovens impactos traumáticos tão ou mais graves quando comparadas com outras crianças e jovens que sofreram abusos sexuais mais invasivos fisicamente, nomeadamente se o abusador for alguém em quem confiavam sem reservas.

f. **A diferença de idade** entre a vítima e o abusador

É quase unânime entre os vários especialistas que, na maioria dos casos, quanto maior for a diferença de idade entre abusador e vítima, maiores serão os danos psicológicos na vítima. Contudo, mais uma vez, é importante ressaltar que nenhum factor que estamos a descrever pode ser analisado individualmente, pelo que em determinados contextos, por exemplo, em casos de abusos sexuais perpetrados por adolescentes ou crianças, o impacto psicológico na vítima por um abusador sexual da sua idade, ou até mais novo, pode ser tão ou mais grave do que se o fosse por um abusador mais velho.

No entanto, a diferença de idade, como referimos, pode ser mais um factor importante de eventual agravamento do traumatismo do abuso sexual, pelo que, por exemplo, em instituições de acolhimento de crianças e jovens, sobretudo naquelas em que os quartos não são individuais (e que serão a grande maioria), os profissionais de saúde mental dessas instituições devem efectuar uma boa avaliação de cada criança e adolescente e tomar decisões bem fundamentadas, baseadas em vários factores, sobre quem partilha os quartos. É que, sabendo-se que jovens que estão a ser vítimas ou que foram vítimas de abuso sexual poderão eventualmente reproduzir esse comportamento sexual transgressor, um dos factores que deve estar sempre presente na decisão da escolha de quartos deverá passar pela idade dos jovens, sendo importante não colocar no mesmo quarto os que apresentem diferenças de idades significativas.

g. O tipo de relação e o grau de proximidade previamente existente entre a vítima e o abusador

Quanto mais próximo for o grau de parentesco entre a criança ou o adolescente e o abusador maiores danos psíquicos poderá causar na vítima. Assim, por exemplo, abusos sexuais perpetrados por um pai poderão ser mais gravosos do ponto de vista psicológico do que se o forem por um tio ou por alguém que não pertença à família. Contudo, como já referimos, estes factores nunca podem ser analisados separadamente, nem generalizados a todos os casos e contextos.

Uma percentagem significativa de situações de abuso sexual ocorrem num contexto intrafamiliar, ou seja, o abusador é um familiar da criança (embora comparando vários estudos realizados não fique claro se, percentualmente, existem mais abusos sexuais intra ou extrafamiliares). Em todo o caso, é importante que os profissionais que trabalham com crianças e jovens tenham uma consciência clara de que muitos abusos sexuais são efectuados por membros da família da vítima, pelo que é necessário estarem atentos a todos os indícios, sintomas ou comunicações efectuadas pelas crianças e jovens que possam levar a suspeitas de abuso sexual, não se contentando com possíveis explicações da família (que pode, em muitos casos, procurar encobrir a situação de abuso sexual, tal como em meio institucional o equivalente se pode verificar).

h. O **gênero** (masculino/feminino) do abusador e da vítima

Existem muitos autores que defendem que o abuso sexual pode causar mais danos psicológicos quando o abusador é do mesmo sexo que a vítima e que nos casos de rapazes vítimas de abuso sexual por outros rapazes ou homens, os danos psicológicos a nível, por exemplo, da confusão com a sua identidade sexual, podem ser mais severos.

Todos os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes devem ter em atenção que, em muitos casos, rapazes que foram vítimas de abusadores do mesmo sexo têm muita dificuldade em contar a sua experiência traumática, dado o receio de que pensem que são homossexuais (ao não serem, snetem-no como uma crítica e uma desvalorização).

i. A presença ou ausência de **“figuras de protecção”/ “pessoas de confiança”**

A existência de familiares, ou de profissionais de instituições de acolhimento, com capacidades de protecção e de afecto junto de uma criança ou adolescente vítima de abuso sexual, que acreditem em si, valorizem o que está a sentir e que a/o apoiem em todo o processo de denúncia de uma situação de abuso sexual, podem contribuir significativamente para uma redução dos efeitos traumáticos.

Em contraponto, crianças e adolescentes vítimas do mesmo crime que não tenham figuras de protecção e afecto, sejam familiares ou profissionais, como certos casos de crianças e jovens institucionalizados, estão sujeitas a efeitos traumáticos mais gravesos.

Assim, é importante que os profissionais possam intervir junto das famílias de crianças e jovens vítimas de abuso sexual, quando isso é necessário, possível ou desejável, no sentido de aqueles poderem ajudar da melhor maneira possível a criança ou o adolescente ao longo de todo o processo de revelação e de denúncia do abuso sexual e em tudo o que se possa passar no seu futuro. Quando se trata de crianças e jovens institucionalizados que não têm familiares com capacidades de suporte afectivo, cabe aos profissionais das instituições de acolhimento desempenharem esse papel de protecção, afecto e de apoio em todo esse processo.

j. A **vulnerabilidade** (grau de susceptibilidade da organização psicológica) e a **resiliência** (capacidade de resistência e de enfrentamento das dificuldades) da vítima

Quanto maior for a vulnerabilidade da criança ou jovem, ou seja, quanto menos saudável for a sua organização psicológica ou menor for a sua capacidade de resiliência, maiores poderão ser os danos traumáticos causados pelo abuso sexual.

Todos os profissionais que trabalham com crianças e jovens devem estar atentos a este factor de risco, dado que, em muitos casos, são as crianças e jovens com maiores fragilidades psíquicas ou físicas que podem ser alvo de abusos sexuais.

k. O grau de “**secretismo**” do abuso sexual.

Tal como Furniss (1993) refere, existe sempre uma “síndrome de secretismo” que se instala antes, durante e após a descoberta do abuso sexual. Pela sua importância em todo o processo de actuação em casos de abuso sexual, será efectuada uma explicação mais detalhada no ponto 2.3 deste documento.

Todos os profissionais que trabalham com crianças e jovens devem conhecer muito bem a dinâmica desta “síndrome de secretismo”, porque quanto mais forte e “eficaz” for mais difícil será a revelação do abuso sexual e maiores poderão ser os danos psíquicos que causarão nas vítimas.

2.3 A SÍNDROME DO SEGREDO COMO DINÂMICA PSICOLÓGICA ESPECÍFICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VITIMAS DE ABUSO SEXUAL.

De acordo com Furniss (1993), nas situações de abuso sexual, os actos sexuais constituirão à partida experiências que saem do âmbito das experiências sexuais ditas normais e ocorrem em ambiente de secretismo, mais ou menos imposto pelo abusador à vítima, que pode ou não ter a capacidade de “pensar na experiência por palavras”, mesmo antes de considerar a revelação da

mesma. Muitas vezes, abusador e vítima mantêm-se em silêncio durante a situação abusiva; noutras as verbalizações do abusador contribuem ainda mais para uma vivência de impotência, ameaça ou estranheza por parte da vítima.

É neste contexto que se instala a chamada ***Síndrome de Secretismo***, ou seja, passa a existir um funcionamento psíquico de círculo vicioso na qual a vítima sente que não pode dizer nada a ninguém e, mesmo que pudesse, pensa que não saberia sequer como dizê-lo. Por outro lado, quanto mais tempo a experiência é mantida em silêncio mais perturbadora se vai tornando para a vítima.

Este fenómeno tem várias implicações que irão interferir com o processo de detecção e intervenção na situação de abuso sexual e com o bem-estar da vítima. Em primeiro lugar, a passagem do tempo e a eventual repetição de actos sexuais abusivos para com a vítima – sempre em segredo, com eventuais ameaças graves e sem testemunhas – começam a criar uma separação drástica entre a forma de estar e de pensar da vítima durante esses actos sexuais e nas demais situações do seu dia-a-dia. Em última análise, pode mesmo verificar-se um fenómeno de **dissociação**, ou seja, uma tentativa de eliminação destas memórias do campo de consciência da vítima, que a partir de então, em qualquer outra circunstância, pode não se lembrar do que aconteceu e não associar o abusador aos actos de abuso que ela própria vivenciou. Como estratégia para agravar este fenómeno de dissociação, há abusadores sexuais, sobretudo em meio familiar, que na situação de abuso tratam a vítima por um nome diferente do que é usado nas situações comuns do dia a dia.

Noutros casos a memória dos actos persiste, mas começa a verificar-se um fenómeno de **distorção cognitiva**, em que a vítima cria explicações próprias para o sucedido e altera o seu sistema lógico e de juízo crítico para tornar plausível e aceitável o que lhe aconteceu, sem nunca ter a oportunidade de receber a opinião de outras pessoas, visto que não fala do assunto com ninguém. Nestes casos, a incongruência entre a experiência emocional de sofrimento e estranheza e a representação mental da experiência como sendo aceitável, irão seguramente causar

outras distorções na forma de pensar da vítima, nomeadamente em relação a tudo o que tenha a ver com experiências de natureza sexual e com aspectos relacionais, na medida em que está também em causa o tipo de relação que pode existir entre vítima e abusador.

2.4 A SÍNDROME DA RELAÇÃO COMO DINÂMICA PSICOLÓGICA ESPECÍFICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Um dos aspectos psicológicos mais delicados na situação do abuso sexual de crianças e jovens é que, na maioria dos casos, o abusador nunca é um total estranho para a criança. Em regra é alguém que se tornou uma figura íntima e, em muitos casos, até uma figura de referência (ex.: o pai, o tio, o padrasto, o avô, o namorado da mãe, uma pessoa com uma profissão ligada à infância...), cuja relação com a criança terá um papel decisivo na construção dos seus padrões de relacionamento com as outras pessoas.

Esta sobreposição de interacções de natureza sexual com uma relação afectiva (de carácter não sexual) e de referência no mundo relacional da criança, levanta dois tipos de problemas significativos: a tendência da criança para preservar a relação e a própria representação mental prévias aos abusos da pessoa em causa, dificultam os movimentos de denúncia e protecção da criança e as consequências graves que esta sobreposição irá ter no seu desenvolvimento afectivo e relacional, nomeadamente as perturbações na capacidade de vinculação da criança, na diferenciação entre relações sexuais e relações não-sexuais e na própria identidade e orientação sexual.

O abuso sexual ocorre sempre numa relação assimétrica, ou seja, numa relação em que o abusador detém um estatuto (moral, social, etc.) ou um grau de poder maior do que a vítima, exercendo sobre ela uma influência ou ameaça (mesmo que por vezes pouco visível) à qual a vítima responde com submissão, seja por medo, lealdade, dependência ou tão-somente pela não compreensão do carácter desapropriado da situação.

Nestas circunstâncias, a criança poderá vivenciar o acto sexual com estranheza, desconforto, medo, ou mesmo terror, mas procura activamente que ninguém descubra. Se, ainda assim, dá alguns sinais de alarme ou faz revelações parciais, ela própria tenta que as outras pessoas mantenham consigo o segredo, estando de certa forma consciente da estranheza da situação, mas também muito preocupada em não prejudicar a pessoa do(a) abusador(a), nem a relação que mantêm.

Com a repetição dos abusos sexuais a criança vai criando estratégias mentais para “desligar” a experiência sexual das demais circunstâncias da relação, acedendo a rituais de início e término do acto que marcam esta separação, construindo em silêncio eventuais argumentos para tornar o comportamento do abusador aceitável aos seus olhos, ainda que justificando o silêncio por si mantido. Em casos extremos pode surgir o já mencionado fenómeno de “dissociação”, que consiste, como dissemos, na tentativa de separação total de campos de consciência e que leva a criança a estar presente numa situação extremamente perturbante sem a registar por palavras e sem ter qualquer memória consciente da mesma em momentos posteriores.

Todas estas dinâmicas tornam muito pouco provável a revelação directa por parte da criança e levam mesmo a que negue ou altere várias vezes o seu relato das ocorrências, no caso de serem detectados indícios. ***Será pois necessário que os profissionais de saúde mental ajudem outros profissionais a perceberem esta dinâmica de protecção de si própria e do abusador por parte da criança, sem a julgarem, e a não tomarem posições claras contra a pessoa referenciada como abusadora no decorrer do processo de detecção e esclarecimento de indícios e/ou revelações.***

As crianças tendem a preservar as relações afectivas que mantêm com figuras de referência, mesmo nas circunstâncias mais adversas de contacto com essas pessoas. Assim, os profissionais de saúde mental poderão, por um lado, contribuir para que os demais profissionais tenham em conta esta dinâmica no seu contacto com a vítima e, por outro, intervir junto da criança/jovem no sentido de centrar a vítima nas suas próprias vivências e ajudando-a a ultrapassar os sentimentos de culpa e traição que surgem com uma eventual revelação.

Por tudo o que ficou exposto até aqui, torna-se imperativo realçar os efeitos psíquicos nocivos desta **síndrome de secretismo** comum no abuso sexual e a **importância de se proporcionar à vítima um ambiente de abertura à discussão de todo o tipo de experiências sem induzir nem julgar quaisquer afirmações ou atitudes por si emitidas**. Cabe aos profissionais de saúde mental contribuir para que todos os demais profissionais que estejam em contacto directo com a vítima tenham conhecimento desta dinâmica e adoptem atitudes propícias a uma revelação em segurança e com a necessária privacidade.

3. INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Os casos de indícios de possível abuso sexual, ou de abuso sexual apurado, são situações de grande complexidade e que criam dificuldades específicas aos profissionais que intervêm nestes processos, à criança/jovem vítima de abuso sexual e à sua família ou aos profissionais responsáveis quando institucionalizado.

Assim, os profissionais de saúde mental podem ter de desenvolver intervenções específicas com:

- Alguns dos profissionais envolvidos no acompanhamento das crianças/jovens vítimas de abuso sexual (professores, auxiliares de acção educativa, psicólogos das escolas, assistentes sociais, profissionais de instituições de acolhimento, “pessoa de confiança”...);
- As crianças/adolescentes vítimas de abuso sexual;
- As famílias das crianças/adolescentes vítimas de abuso sexual.

3.1 INTERVENÇÃO COM PROFISSIONAIS QUE LIDAM COM AS CRIANÇAS/JOVENS ENVOLVIDAS NUM CONTEXTO DE ABUSO SEXUAL

Os profissionais de saúde mental podem ajudar na reflexão sobre as diversas variáveis e factores complexos a ter em conta durante a avaliação sobre se existem ou não indícios consistentes (avaliação dos indícios apurados, avaliação de outras possíveis explicações das sintomatologias apresentadas pela criança/adolescente, etc.) e podem ajudar no planeamento de eventuais estratégias a adoptar pelos profissionais envolvidos na averiguação dos indícios vagos (modo como a **pessoa de confiança** e outros profissionais devem abordar a criança, reagir ao ouvi-la, que tipos de reacção emocional podem encontrar em crianças/adolescentes vítimas de abuso sexual e porquê...).

É importante realçar que se o processo que levou ao apuramento de indícios consistentes ou à revelação de abuso sexual tiver sido bem efectuado, os profissionais envolvidos desempenharam já uma primeira intervenção terapêutica importante para a criança/adolescente, evitando, por exemplo, uma **crise de revelação** na rede profissional, na própria criança/adolescente e na sua família.

Contudo, após a observação da existência de indícios consistentes de abuso sexual, é fundamental que os profissionais que lidam com essa criança/jovem tenham uma intervenção de protecção, de prevenção e de cuidado terapêutico.

3.1.1 REUNIÕES E REFLEXÕES PERIÓDICAS COM OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS COM A CRIANÇA/ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL

As crianças/adolescentes vítimas de abuso sexual, devido a vários factores externos e internos, podem, por vezes, desenvolver um modo de se relacionarem consigo próprias, com os outros (professores, auxiliares de educação, colegas, família, outros adultos...) e com o meio envolvente (casa, instituição de acolhimento, escola, ATL, clube desportivo...) em que ***rejeitam ou resistem, pela passividade ou pela agressividade, ao estabelecimento de novos vínculos de confiança*** (com professores, com outros adultos significativos, com colegas, com familiares...), ***podendo levar à existência de problemas de comportamento, insucesso escolar, baixa resistência à frustração, baixa tolerância à dúvida e à incerteza, entre outros possíveis sintomas.***

Os profissionais de saúde mental devem, sempre que seja considerado pertinente, reunir com outros profissionais, por exemplo com os professores, com o objectivo de procurar encontrar as melhores estratégias para ajudar as crianças/jovens que tenham estado envolvidas num contexto de abuso sexual a melhorarem a sua capacidade de adaptação ao meio onde estão inseridas (adequação dos comportamentos em casa, na sala

de aula, nos intervalos...), a capacidade de auto-realização (de investir na escola, no estudo, nas actividades de formação profissional, nas actividades desportivas...), a sua capacidade de manutenção da auto-estima, entre outras.

3.1.2 REUNIÕES E REFLEXÕES REGULARES COM OS PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Nos casos de crianças/adolescentes vítimas de abuso sexual que estão institucionalizados, ou que devido ao contexto de abuso sexual tenham que ser retirados do meio familiar e colocados numa instituição de acolhimento, cabe às equipas técnicas e às equipas educativas intervirem no sentido de procurarem cuidá-las e apoiá-las emocionalmente face ao sofrimento psicológico associado ao abuso sexual e à sua revelação.

Este sofrimento psicológico é de origem interna (sentimentos de vergonha, humilhação, culpa, confusão da identidade sexual...) e de origem externa (eventuais mudanças de ambiente necessárias, acusações e humilhações pelos pares, adultos, família...).

Para além da intervenção junto da criança/adolescente vitimizada, cabe também à equipa técnica e à equipa educativa cuidar e apoiar as outras crianças/adolescentes da instituição que, não tendo sido vítimas de abuso sexual, tiveram conhecimento da sua existência.

Os profissionais de saúde mental devem, caso isso seja considerado pertinente, reunir regularmente com as equipas técnicas e com as equipas educativas da instituição de acolhimento com o objectivo de contribuir para uma reflexão sobre as melhores estratégias a adoptar para proteger e apoiar emocionalmente todas as crianças/adolescentes residentes nos lares que estiveram expostas a um contexto de abuso sexual (seja como vítimas, seja como elementos da mesma residência de acolhimento ou colegas da escola).

3.2 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL COM A CRIANÇA/JOVEM VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL

Todas as crianças/adolescentes vítimas de abuso sexual sofreram uma experiência traumática que se repercute no seu equilíbrio emocional e poderá afectar a consolidação da sua identidade pessoal e sexual, ou seja, poderá afectar o modo como se vão organizar psiquicamente a nível das áreas afectiva, sexual, social e profissional.

Aquelas/aqueles que poderem, através de um cuidado terapêutico proporcionado pela família e/ou por outros profissionais (quando isso é possível e quando é bem efectuado), integrar a experiência traumática do abuso sexual, irão retomar um desenvolvimento afectivo-sexual adequado e bem adaptado, não sendo necessária uma intervenção psicoterapêutica breve ou prolongada.

Contudo, em grande parte dos casos, as crianças/adolescentes vítimas de abuso sexual necessitam, complementarmente ao cuidado terapêutico e protector da família e/ou de outros profissionais, de uma intervenção terapêutica por um técnico de saúde mental, seja de cariz mais breve e focado no trauma, seja de cariz mais prolongado, de modo a tratar-se o trauma e outras perturbações psicológicas associadas.

Os profissionais de saúde mental podem desenvolver, assim, diferentes tipos de intervenção terapêutica com as crianças/adolescentes vítimas de abuso sexual, sendo que a escolha do tipo de intervenção terapêutica mais indicada para cada caso depende da avaliação de vários factores (motivo da intervenção, contexto geral externo da criança/adolescente, organização psicológica da criança/adolescente, sintomatologia, idade...).

É importante realçar que podem ocorrer, em simultâneo, diferentes tipos de intervenção terapêutica com a criança/jovem e com a sua família:

- **Intervenção Terapêutica Focada nos Factores Emocionais que facilitam ou impedem uma eventual revelação de abuso sexual;**
- **Intervenção Terapêutica Breve Focada no Trauma do Abuso Sexual;**

- Psicoterapia de Grupo;
- Psicoterapia Individual;
- Terapia Familiar.

3.2.1 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA FOCADA NOS FACTORES EMOCIONAIS QUE FACILITAM OU IMPEDEM UMA EVENTUAL REVELAÇÃO DE ABUSO SEXUAL

Conforme consta do ponto 4.4. do documento central, *existem factores internos como a ansiedade, a vergonha, o medo e a lealdade que podem impedir a criança ou adolescente de fazer uma revelação verbal directa da situação de abuso sexual. Para chegar a fazer uma revelação, a criança ou adolescente precisará de criar condições internas de segurança e abertura a falar de assuntos pessoais no contexto de uma relação próxima com um adulto isento.*

Assim, este tipo de intervenção terapêutica poderá ser necessária quando se percebe que uma criança ou adolescente apresenta indícios consistentes de ter sido vítima de abuso sexual, mas, por motivos relacionados com a “síndrome de secretismo”, não consegue revelar uma eventual situação de abuso sexual.

É fundamental realçar que *os profissionais que efectuem este tipo de intervenção deverão focar o seu trabalho na redução do grau de ansiedade em geral e no aumento de conforto da criança/jovem em interacção verbal e não devem NUNCA, em nenhum momento, nem de nenhuma forma (comentários, perguntas, desenhos...) influenciar o conteúdo do que a criança ou adolescente possa vir a dizer, sob pena de porem em causa a credibilidade da denúncia e consequente investigação e avaliação por parte das autoridades policiais e judiciais.*

O objectivo desta intervenção é apenas permitir que a criança ou adolescente se sinta mais seguro, tranquilo e capaz de, se for o caso, poder revelar que foi vítima de abuso sexual. Uma metáfora que pode ilustrar

bem este tipo de intervenção é a de “uma barragem que contém a água, o abrir da barragem não “cria” a água, apenas permite que ela possa correr.”

3.2.2 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA BREVE FOCADA NO TRAUMA DO ABUSO SEXUAL

A intervenção terapêutica breve focada no trauma do abuso sexual poderá ser realizada **individualmente ou em grupo** e deverá, como o nome indica, ser de curta duração, focalizada no abuso, tendo **objectivos muito específicos**, entre eles:

- encontrar uma linguagem para nomear o abuso e falar da experiência vivida;
- promover adequada auto-imagem e auto-estima;
- desenvolver o sentido da escolha e da auto-determinação para não tornar possível outros abusos;
- ajudar a vencer o medo da rejeição e do isolamento;
- dessexualizar as relações sexualizadas na infância.

3.2.3 PSICOTERAPIA DE GRUPO

A intervenção em grupo deverá estruturar-se, até aos 12 anos de idade em grupos mistos e após essa idade, em grupos monossexuais, tendo por objectivo o trabalho sobre o abuso sexual, ainda que respeite a formas diferentes de abusos.

Os **grupos** devem ser:

- constituídos por 3 a 7/8 elementos;
- com idades semelhantes;
- frequência semanal;
- duração de uma hora para os grupos até aos 12 anos e de uma hora e meia para os grupos a partir dos 12 anos;
- durante cerca de 10 a 12 meses.

Será aconselhável a sua realização por um terapeuta e um co-terapeuta, preferencialmente de sexos diferentes, ambos com supervisão, sendo os grupos semi-abertos (podem iniciar-se com 3 elementos e depois irem sendo aceites mais até ao limite definido, à medida que forem sendo referenciados).

Estes grupos têm **objectivos específicos**, entre eles:

- a criança/jovem sentir-se **normal no contexto**, integrando a identidade de **criança abusada**;
- vencer o medo da rejeição e combater o isolamento, estabelecendo processos de auto-ajuda;
- transformar o secretismo em privacidade, uma vez que no contexto do grupo não há secretismo;
- conseguir o normal desenvolvimento sexual e o estabelecimento de relacionamentos normais na adolescência.

Depois da intervenção terapêutica breve e/ou da terapia de grupo, passa-se, se necessário, à terapia individual.

3.2.4 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

A psicoterapia individual, quer com crianças, quer com jovens, é habitualmente um tratamento mais longo, quando comparado com as terapias de grupo, que tanto pode centrar-se apenas nas problemáticas relacionadas com o abuso sexual, como pode também centrar-se em outras perturbações psicológicas associadas que estejam a prejudicar a estabilidade emocional (sofrimento) e a condicionar o desenvolvimento psicológico, quer na relação da criança/jovem consigo próprio (o modo como está a organizar a sua identidade pessoal e a sua identidade sexual), quer na relação da criança/jovem com os outros (sentimentos de angústia, de desconfiança, de desamparo...), quer na relação da criança/jovem com o meio social envolvente (dificuldades em investir na escola, em actividades lúdicas, profissionais...).

3.2.5 TERAPIA FAMILIAR

Nos casos de abuso sexual, além do trabalho terapêutico com as crianças/jovens vítimas, deve existir um trabalho com os cuidadores. Esta intervenção convém ser realizada com ambos os progenitores e, não sendo possível por um ser o abusador e estar detido, importa que seja realizada com o outro progenitor. A **síndrome do segredo**, a **negação**, as **lealdades**, a **vergonha**, a **culpa** são alguns dos temas a serem abordados na intervenção com a família, não só na ajuda a esta, mas também como suporte à intervenção psicoterapêutica que está a ser realizada com a criança/jovem.

Os cuidadores, nomeadamente os pais, podem sentir-se muito ameaçados pelas mudanças que ocorrem no comportamento das crianças/jovens que estão em terapia e estes necessitam da **permissão e licença** dos pais para concretizarem as suas mudanças comportamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fávero, M.F. (2005). *Sexualidade infantil e abusos sexuais de menores*. Lisboa: Climepsi Editores.

Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Strecht, P. (2006). *Uma ferida no coração. Abuso sexual de rapazes*. Lisboa: Assírio & Alvim.

FICHA TÉCNICA

Título:

Linhas orientadoras para actuação em casos de indícios de abuso sexual de crianças e jovens

Coordenação:

Olga Miralto; Maria da Luz Duque; Miguel Pinto Barros; Teresa Leite

Co-Autores:

Álvaro de Carvalho; Cristina Soeiro; Fátima Duarte; Maria Violete Morgado; Miguel Matias; Teresa Pires; Vera Vaz

Supervisão:

Prof. Doutor Tilman Furniss

Editor:

Casa Pia de Lisboa, I.P. – 2010

Revisão Técnica:

Álvaro de Carvalho; Olga Miralto; Teresa Leite

Design:

Backstage MBC Group

Impressão:

Old Trust

Tiragem:

1000 exemplares

ISBN: 978-989-8288-06-6

Depósito Legal

2ª edição 2010

Linhas orientadoras para actuação em casos de indícios de Abuso Sexual de Crianças e Jovens

O abuso sexual, pela sua gravidade, pelos contornos que pode assumir num contexto intra e extra-familiar, e pela envolvência de secretismo, ameaças ou silêncio, constitui uma das situações em que as instituições, os profissionais e outros agentes envolvidos sentem maiores dificuldades em actuar, mas na qual, por outro lado e pelas mesmas razões, se impõe, na defesa dos interesses e direitos da criança/jovem, uma actuação pautada por comportamentos e atitudes assertivos, balizada pelo rigor e ponderação, capaz de garantir em simultâneo a protecção e a salvaguarda da dignidade da criança ou jovem.



Casa Pia
Lisboa

Serviços Centrais da Casa Pia de Lisboa
Av. do Restelo, 1 · 1449-008 Lisboa
Tel.: 213 614 000 · Fax: 213 627 397
www.casapia.pt