

Isabel Maria Estrela Morão Fazenda



**Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de
Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos
Cuidados de Saúde Primários.**

**Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Cultural
Dezembro 2010**

**Dissertação de Mestrado em Psiquiatria
Cultural, apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra, realizada sob orientação da
Professora Doutora Jeni Canha e co-orientação da
Professora Doutora Isabel Marques Alberto**

Resumo

O abuso sexual de crianças é uma realidade global e incontornável nos nossos dias constituindo pelas suas múltiplas dimensões um especial desafio para um vasto leque de profissionais.

Pretendeu-se com esta dissertação identificar as Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de médicos e de enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários. Estes profissionais são frequentemente a primeira e única “porta de entrada” de silêncios implícitos na abordagem deste problema. Com este trabalho procurou-se conhecer a influência que essas representações poderão ter nas dinâmicas de prevenção e de intervenção daqueles profissionais, e criar instrumentos de avaliação das representações sociais em torno da temática. Iniciou-se pela contextualização da problemática com referência a pontos considerados fulcrais: conceito(s), evolução histórica, científica, jurídico-legal, e modelos explicativos. Apresenta-se um estudo empírico efectuado com uma amostra de médicos e de enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários. Neste estudo foram utilizados três questionários de auto-resposta com o objectivo de identificar a legitimação/aceitação do abuso sexual de crianças (Questionário de Representações sobre Abuso Sexual de Crianças – Histórias), assim como os factores facilitadores/desencadeadores da ocorrência de Abuso sexual de crianças, os factores responsáveis pela manutenção e os que permitem interromper estas relações abusivas (Questionário sobre Abuso Sexual de Crianças – Factores, Manutenção e Resolução) e a legitimação do comportamento sexualmente abusivo a partir de um conjunto de afirmações em relação a situações de abuso sexual (Escala de Crenças sobre Abuso Sexual- ECAS).

A amostra é constituída por 153 profissionais de saúde, 76 médicos e 77 enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, 120 dos quais do sexo feminino. Para avaliar a validade empírica, do QRASC-HIS recorreu-se à análise factorial exploratória, a partir desta análise identificaram-se cinco factores que no seu conjunto explicam 67% da variância, e a estrutura factorial obtida aproximou-se das dimensões teóricas prévias à construção do questionário.

No QASCFMR o valor mais alto de concordância nos factores de activação foi de 65,3%, para os factores de manutenção 83,7%, e para os factores de resolução 84,7%.

Foram analisadas as influências relativas à idade, existência de filhos, estado civil, habilitações académicas, categoria profissional, local de trabalho, experiência profissional, formação específica na área do abuso sexual e contacto prévio com situações de abuso sexual de crianças.

Conclusões - os instrumentos utilizados apresentam boas qualidades psicométricas a nível da consistência interna, tendo em relação ao QRASC-HIS sido obtido para a escala total um valor de coeficiente *alpha* de Cronbach de .951. No QASCFMR obtivemos para o factor de activação um coeficiente de *alpha* de .893, para o factor de manutenção .925, e para o factor de resolução .944. Em relação á ECAS o valor obtido foi de .898. Os médicos e os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários apresentam muito baixa tolerância para o abuso sexual de crianças.

Relativamente à avaliação dos factores promotores, de manutenção e de resolução os que apresentaram maior concordância foram os “antecedentes de violência na família do abusador”, “as ameaças por parte do abusador”, “informar a população em geral sobre a problemática do abuso sexual de crianças” e “dar apoio à vítima para que ela adquira competências de impedir o abuso”. Estes resultados são consonantes com a literatura.

Da análise da influência das variáveis independentes constatou-se que o sexo, a idade, a categoria profissional e o tempo de serviço da profissão apresentam uma influência estatisticamente significativa na percepção do abuso sexual de crianças.

Palavras-chave: Abuso Sexual de Crianças; Representações Sociais; Factores de Activação; Factores de Manutenção; Factores de Resolução; Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários

Abstract

Children sexual abuse is nowadays a global and real fact being by their multiple dimensions a special challenge to a vast group of professionals.

With this dissertation we aimed to identify the social representation about children sexual abuse in a range of Primary Health Care professionals. These professionals are frequently the first and the unique “principal door” of implicit silences in the broach of this problem. With this research work we aimed infer how this social representations can influence the dynamics of prevention and intervention of these professionals, and create evaluation measurements of the social set of beliefs around sexual abuse of children. We did the context of this set of questions, and pointed out some important fields of the children sexual abuses study: concept(s), socio-historical, juridical-legal, scientific evolution and explanatory models. We present an empirical study carried whith a sample of medical doctors and nurses of the Primary health care. In this study we used three auto-reply questionnaires, which aim to understand the legitimacy of the Children sexual abuse (Questionnaire of Beliefs on Children Sexual Abuse-Histories), as well as the promotional factors which lead to the sexual abuse of children, the responsible of its maintenance, the factors which cease or interrupts these abusive relations (Questionnaire on Sexual Abuse of Children Factors, Maintenance and Resolution) and also the legitimacy of the sexually abusive behaviour from a set of statements related situations of sexual abuse (Scale of Beliefs on Sexual Abuse).

Our range includes 153 heath professionals, 76 medical doctors and 77 nurses of the Primary Health Care, beeing 120 of the feminine sex.

To analyse the empirical validity of QRASC-HIS we used the exploratory factor analysis, and with this analysis we identified five factors that explained 67% of variance, and obtained a factor structure near the theoretical previous ideas.

In the QASCFMR the higher value of agreement was 69,3% in promotional factors, 83,7% in maintenance factors, and 84,7% in resolution factors.

We analyse the influences of age, having children, marital status, the academical competences, and professional category, as well as the place of work, and the professional experience, and specific training on the issue of this study, and also previous contacts whith sexual abuse of children situations.

Conclusions - The evaluation instruments have good psychometric qualities in the level of internal consistency, in the QRASC-HIS we obtained to the total scale a

coefficient value of a Cronbach *alpha* .951. In the QASCFMR we obtained to the push factor an *alpha* coefficient of .893, to the maintenance factor .925, and to the resolution factor .944. In the ECAS we obtained a coefficient value of .898

Medical doctors and nurses from Primary Health Care show a very low tolerance to the sexual abuse of children. Regarding the evaluation of push factors, maintenance and resolution factors of the sexual abuse of children, the results who obtained an higher level of agreement was “previous violence in the perpetrator family” “ perpetrator threats”

“Inform the public about children sexual abuse” and “support the victim to get competence to hold the abuse”. The results prove to be in line with the literature.

With regard to the independent variables the results revealed that sex, age, professional category and length of service affect the perception of these professionals about the sexual abuse of children.

Key words: Children Sexual Abuse; Social Representations; Promotional Factors; Maintenance Factors; Resolution Factors; Medical Doctors and Nurses of the Primary Health Care.

Agradecimentos

...Aos Professores:

Doutora Jeni Canha pelo desafio de ter aceitado orientar-me,
Doutora Isabel Alberto pela incedível disponibilidade e pelos imensos ensinamentos,
Doutor Quartilho pela cordialidade com que me esclareceu dúvidas durante o mestrado .

...Aos meus pais e avó.

...À Mariana e à Beatriz.

Acrónimos

ASC- Abuso Sexual de Crianças

CPCJ- Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

CSA- Children Sexual Abuse

CSP- Cuidados de Saúde Primários

ECAS- Escala de Crenças sobre Abuso Sexual (ECAS)

CPCJ- Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

QRASC-HIS- Questionário de Representações Sobre o Abuso Sexual de Crianças –
Histórias

QRASCFMR- Questionário sobre Abuso Sexual de Crianças- Factores
Desencadeadores, Manutenção e Resolução

Índice

INTRODUÇÃO.....	10
Perspectiva científica.....	14
Perspectiva jurídico-legal.....	18
Abordagens explicativas do abuso sexual de crianças.....	21
O abuso sexual de crianças.....	25
Representações sociais em torno do abuso sexual de crianças.....	33
ESTUDO EMPIRÍCO.....	35
1- Objectivos.....	36
2-Metodologia.....	37
3-Apresentação dos Resultados.....	53
4-Discussão.....	63
5-Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações.....	69
CONCLUSÕES.....	70
BIBLIOGRAFIA.....	73
ANEXOS.....	80

INTRODUÇÃO

Falar de Abuso Sexual é falar de maus-tratos, na sua forma mais carnal e sentida, com toda a certeza. Neste jaez, a vítima do abusador sexual é ofendida no seu supremo direito á integridade física e moral, vê comprometido o seu direito a um integral desenvolvimento físico, afectivo e social (direito á alegria de viver os “verdes anos” sem atropelos impostos, sem vivências sexuais precoces não consentidas), vê-se impedida no seu absoluto direito de viver como criança o tempo de ser criança, sem “comer etapas á vida” e sem responsabilidades, remorsos ou culpabilidades prematuras...

Paulo Guerra (2006, p.43)

O abuso sexual de crianças coloca-nos de imediato o desafio de operacionalização do conceito, pois sobre a definição de abusos sexuais de crianças há apenas um consenso: o de que não há consenso (Fávero 2003; Finkelhor, 1986; López, 1995). Como salienta Alberto (2006) uma definição objectiva levanta questões de unanimidade e universalidade que, conforme referem Lawson (1993) e Konker (1992) são fortemente influenciadas pelos contextos sócio culturais.

Gold, Hugs e Swingle (1996, cit. por Favéro, 2003) salientam que os investigadores, ao definirem o abuso sexual, tendem a utilizar uma variedade de critérios ambíguos resultando em conclusões divergentes que não proporcionam comparações nem generalizações, e impedem o estabelecimento de um conceito abrangente e universalmente aceite.

Conforme defende López (1995) o abuso sexual deve ser definido a partir de dois grandes conceitos, a coerção e a assimetria de idade. Considera-se que há abuso sexual de crianças “nos contactos e interações entre uma criança e um adulto, quando o adulto usa a criança para se estimular sexualmente, mesmo que para tal não chegue a estabelecer contacto corporal” (National Center of Child Abuse and Neglet – NCCAN, 1978). O abuso ocorre então quando “um sujeito em condições de superioridade (idade, força, posição social ou económica, inteligência, autoridade) comete um acto ou

omissão capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa” (Pires, 2005, p. 44).

Sintetizando, na opinião de Alberto (2006), o abuso sexual configura qualquer experiência sexual com ou sem o recurso à força que pode oscilar num espectro entre formas passivas, como a exibição de pornografia, ou a utilização da criança para produção de pornografia infantil até à relação sexual (genital, anal ou oral) podendo de imediato ou a longo prazo provocar graves perturbações no desenvolvimento da criança.

Perspectiva histórica

A história da “violência exercida sobre a criança, ao longo dos tempos, confunde-se com a história da própria humanidade” (Canha, 2000, p.18). A história da infância “é um pesadelo do qual só recentemente começamos a acordar. Quanto mais longe vamos na história, mais baixo e deficiente é o nível de cuidados para com a infância, maiores são as probabilidades de morte, abandono, espancamento e abuso sexual” (De Mause, 1991, cit. por Azevedo, 2006, p. 25).

A dominância de uma atitude sexofóbica que durante séculos predominou em todo o mundo contribuiu para negar a importância e a frequência dos abusos sexuais a crianças (López, 1995). A abordagem da história do abuso sexual de crianças implica a compreensão do funcionamento familiar, do valor social da infância e dos comportamentos sexuais ao longo dos tempos (Fávero, 2003), daí a importância de analisar as representações sociais partilhadas num dado contexto social e histórico, como base de compreensão da abordagem à temática do abuso sexual de crianças.

É consensual entre os estudiosos que o conceito de infância foi um conceito incógnito ao longo dos séculos. A concepção de infância como uma etapa sem especificidades e de reduzido interesse estava associada a importantes factores sociais, contribuindo para um ambiente pouco adequado para a criança. A infância moderna, associada às imagens românticas da criança-mimo, a criança-gozo, a criança-fragilidade, a criança centro do mundo familiar, é uma construção social recente e produto de um certo tempo histórico (Almeida, 2001).

Segundo Ariés (1988) a inexistência do conceito de infância manteve-se até ao séc. XVIII, tendo as crianças sido consideradas “adultos de dimensões reduzidas”, não sendo diferenciadas na vida quotidiana. Assemelhavam-se aos adultos nos usos e

costumes, partilhavam o grupo de trabalho de jogo e de ócio, sendo as práticas sexuais com adolescentes naturalmente aceites. O tempo da infância não era valorizado, por se considerar um período de rápida transição do qual a memória se desvanecia.

Ao abordar a evolução histórica da infância é de salientar a enorme influência do pensamento Agostiniano, que considerando que as crianças eram por natureza más devendo ser severamente educadas, lhes atribuiu o peso do “pecado da infância”, cuja influência na pedagogia se prolongou até finais do séc. XVII (Badinter, 1980).

Já no séc. XIII, algumas transformações configuravam o início do interesse pela criança, embora só a partir dos séc. XV e XVI mercê da implementação de práticas higieno - dietéticas e conseqüente diminuição da mortalidade infantil, se possa considerar haver uma certa valorização da criança. Até ao séc. XV, a grande maioria das crianças, sobretudo nas classes desfavorecidas, saía de casa dos pais por volta dos 8 anos, indo “servir” em casa dos patrões. Esta ausência limitava o estabelecimento de laços familiares, sendo a família mais uma construção social do que uma realidade afectiva.

A partir do séc. XV, o encarar da infância como um período distinto da vida suscitou a preocupação familiar com o desenvolvimento da criança. A frequência escolar inicia uma nova era educativa que propicia a sociabilização. Os professores implementam uma nova exigência de rigor moral, com “a preocupação de isolar a juventude do mundo corrupto das pessoas crescidas, para a manter na sua inocência primitiva e a preparar para melhor resistir á tentação dos adultos” (Ariés, 1988, p.266). Emerge a preocupação familiar, em promover as necessidades educativas sociais e de protecção da criança. Surgem os primeiros tratados sobre educação, informando as famílias sobre responsabilidades e comportamento a adoptar para com as crianças. O modo como são encarados os comportamentos sexuais sofre notórias alterações.

No que concerne particularmente à exploração e abuso sexual, são inúmeras as evidências da sua existência ao longo do tempo (a pederastia, como modelo de iniciação sexual entre um adulto e um adolescente do sexo masculino, era generalizada na Grécia (Pacheco, 1998). Na Grécia e na Roma antiga era socialmente aceite o uso sexual de crianças e jovens por adultos, existindo casas de prostituição específicas. Na Babilónia, as crianças eram utilizadas nos templos para a prostituição, e no Egipto, as práticas religiosas incluíam manter relações sexuais com as meninas de classes sociais mais favorecidas até ao aparecimento da menarca (Pacheco, 1998). Na Pérsia, China e

Índia, a venda de crianças a prostíbulos era prática frequente (Magalhães, 2005). Até ao séc. XVIII, a castração de rapazes, que cantavam em coros, visando a conservação do timbre de voz era uma prática usual em Itália. O Cristianismo veio de algum modo amenizar o trajecto histórico da violência contra crianças e jovens através do reconhecimento dos seus direitos (Magalhães, 2005). Entre os séculos I e V d. C., mercê da influência da Igreja Cristã, teve início o reconhecimento do potencial de desenvolvimento das crianças, que passaram a desempenhar um papel próprio na dinâmica familiar.

Até meados do séc. XVII as crianças assistiam e participavam em actos sexuais, “os adultos permitiam-se a tudo: palavras cruas, acções e situações escabrosas; as crianças ouviam e viam tudo” (Ariés, 1988, p.145) não existindo um sentimento de protecção à infância. As crianças eram, frequentemente, objecto de abuso sexual, preconizando uma socialização no sentido de participarem desde tenra idade em actividades sexuais, denotando uma conduta similar à dos adultos. Na segunda metade do séc. XVII emerge uma reorganização familiar em torno dos filhos, com um espaço específico para a infância. A criança impúbere era, até aí, considerada um ser indiferente à sexualidade para quem os actos sexuais não eram representativos nem deixavam sequelas, eram considerados gratuitos e sem “especificidade sexual” (Ariés, 1988). Ao completar os 7 anos, encarando-se à luz da época que atingia a puberdade, as brincadeiras, os gestos e os contactos sexuais passavam a ser proibidos, exigindo que ela se comportasse conforme o que, na época, eram as “boas maneiras”, sinal evidente da reforma dos costumes e da renovação religiosa e moral do séc. XVII.

Fruto das alterações de costumes, entre as quais a valorização do casamento, emerge um movimento que impõe a noção de inocência na infância e que conduzirá a uma dupla atitude moral perante a infância: preservá-la dos aspectos “impuros da vida, em particular da sexualidade, e fortalecê-la, desenvolvendo-lhe o carácter e a razão” (Ariés, 1988, p.170). Visando resguardar a pureza das crianças para o casamento, afastavam-nas de quaisquer objectos considerados obscenos, controlavam a linguagem e atitudes dos criados, impediam a masturbação e os jogos sexuais entre crianças.

Nas épocas subseqüentes a situação das crianças mudou substancialmente e a partir dos séculos XVIII e XIX, na sociedade ocidental, os pais questionaram a formação e educação dos filhos (Gleitman, 1993, cit. por Magalhães, 2005). O incesto constituiu-se como uma prática culturalmente intolerável, embora o abuso extrafamiliar

continuasse a ser ignorado, apesar de publicações da época indicarem a sua elevada incidência em crianças. Constituindo um crime severamente punido por lei, a sua conotação religiosa com o pecado conduzia à condenação social da vítima sendo raras as denúncias (Fergusson & Mullen, 1999).

Assim, pode-se constatar que a representação social da infância moderna está enquadrada por um conjunto de princípios relativos ao exercício da cidadania plena que a todos sugere uma definição de “bem-estar infantil” (Almeida, 2001). Contudo, as dificuldades começam quando, partindo do próprio ponto de vista das crianças, se percebe como esse bem-estar é um dado longe de estar adquirido por muitas (Carvalho, 2009).

Perspectiva científica

Mais do que a tomada de consciência e sensibilização para a temática do abuso sexual de crianças, temo-nos deparado nas últimas décadas com a construção de novas representações sobre a problemática. O emergir de algumas destas representações decorre da construção de um conjunto de saberes das várias áreas científicas que se debruçam sobre a infância. Se, por um lado, estas novas concepções resultam de estudos específicos, por outro, não deixam de receber a influência das convicções subjectivas e discursos culturais da comunidade geral e dos profissionais.

No seio da comunidade científica, o papel da medicina foi decisivo no processo de conquista de visibilidade e alteração dos discursos sociais sobre os maus-tratos contra as crianças (Almeida, 2001). Os maus-tratos infantis mantiveram-se na sombra até ao momento em que a comunidade médica “se apropria dele e o coloca na sua agenda de prioridades científicas” (Almeida, 2001, p.24). As primeiras referências a maus-tratos surgiram em revistas científicas ao longo do séc. XIX (Almeida, 2001).

A monografia escrita pelo médico legista francês Ambroise Tardieu em 1860 sobre maus-tratos a crianças, baseada em resultados de autópsias a um conjunto de crianças menores de cinco anos vítimas de morte violenta, conseguiu “despertar a consciência social” (Magalhães, 2005, p.28) sobre a problemática do maltrato infantil, conduzindo, anos mais tarde, aos trabalhos de Cafey e um século depois, ao grande avanço dos estudos da violência e maus-tratos contra crianças, com a descrição de Kempe, em 1961, da “Battered child Syndrome”, reconhecida pela Academia

Americana de Pediatria. Em Portugal, fazendo uma revisão das publicações sobre maltratos infantis, encontramos segundo Espinosa (1986 cit. por Almeida 2001) dois artigos na década de 40 de uma assistente social, Merícia Nunes, e outro seu em 1971 na revista *Infância e Juventude*, sendo os primeiros artigos clínicos reportados a 1972 e 1976. Mas o fenómeno só adquire verdadeira atenção médico - científica quando, em 1979, a Professora Jeni Canha desperta os profissionais de saúde ao revelar o diagnóstico do primeiro caso no H.P.C.

Segundo Almeida (2001), o percurso iniciado no terreno médico, que imprimiu a esta temática identidade e credibilidade, estendeu-se posteriormente a outras vertentes científicas e discursivas. Todavia, no que concerne ao abuso sexual, Finkelhor (1984) considera que o maior contributo para a sensibilização nesta problemática coube aos psicólogos e aos assistentes sociais, não encontrando este enfoque o mesmo eco a nível social, quando comparado com a resposta despertada pelo abuso físico. Inclusive Freud, apesar de ter sido pioneiro no reconhecimento da elevada frequência e dos graves efeitos do abuso sexual de crianças, acabou por afirmar que a maior parte dos casos mais não era que fantasias de crianças, provavelmente por pressões da época, vindo assim a contribuir negativamente para a construção de ideias erróneas sobre o abuso sexual de crianças (López, 1995). Foi surgindo a concepção de que as crianças se interessam em manter relações sexualizadas com os adultos, responsabilizando-as assim total ou parcialmente por essas condutas; ou de que não dizem a verdade quando afirmam ter sido vítimas de abusos sexuais. Contudo, psicanalistas como o próprio Freud e os seus discípulos (e.g. Ferenczi) publicaram trabalhos em que demonstram os enormes traumatismos causados pelas experiências sexuais entre crianças e adultos (López, 1995). Kinsey, através do seu estudo sobre sexualidade feminina que culmina com a publicação, em 20 de Agosto de 1953, de *O comportamento sexual da Mulher* (Gomes, 2006) salientou a universalidade das experiências sexuais infantis e uma prevalência de vinte e quatro por cento de abusos sexuais de crianças e incesto na infância. Contudo, provavelmente como resposta à pressão cultural masculina (Finkelhor, 1979), o autor atribuiu o incesto à imaginação dos terapeutas e desvalorizou os seus possíveis efeitos referindo que "é difícil, compreender salvo por condicionamentos culturais porque é que uma criança pode sofrer danos se lhe tocam os órgãos genitais" (Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard, 1953, cit por López 1995; p.

24). Assim, apesar das evidências históricas, esta foi uma realidade globalmente rejeitada até às últimas décadas do séc. XX.

A redescoberta dos anos 60

Só com a chamada revolução sexual dos anos sessenta se criaram condições para que as pessoas pudessem falar das suas experiências sexuais e, conseqüentemente, das experiências infantis negativas. Até aos anos 70 não havia condições sociais e científicas para o reconhecimento do abuso sexual de crianças, o estudo da sua incidência e da importância clínica, porque a sexualidade em geral e o abuso sexual infantil em particular, estavam envolvidos em numerosas crenças erróneas e submetidos à “lei do silêncio” López (1995).

Emergiu então o que alguns autores designam a fase de redescoberta do abuso sexual com um despoletar do interesse contemporâneo pelo abuso de crianças, que se deveu aos relatos de mulheres sobre as suas experiências abusivas pessoais (López, 1995; Rush, 1980). O foco primário de interesse era o incesto pai-filha, mais do que o abuso sexual de crianças no sentido lato.

Contrariamente à descoberta do abuso físico na década de sessenta, em que o protagonismo da própria criança era reconhecido e em que a atitude dos profissionais de saúde se centrou na identificação e tratamento do maltrato medicalizando-o e assumindo a defesa incondicional da própria criança, esta redescoberta do problema do abuso sexual de crianças enquanto problema social nos anos setenta foi protagonizado sobretudo por mulheres adultas que recordavam as suas experiências de abuso na infância e o impacto na sua vida, no pressuposto de que as memórias reflectiam as experiências infantis abusivas. O destaque do abuso dirigia-se não à criança mas à mulher vítima na infância e, através dela, ao movimento feminista (Ferguson & Mullen, 1999) empenhado preferencialmente em dar visibilidade às políticas de género e ao fenómeno da violência contra as mulheres no seio familiar.

A teorização dos discursos sobre o abuso sexual de crianças, frequentemente protagonizada pelas próprias vítimas, pelos profissionais e cientistas, modelou as práticas discursivas, a investigação e a orientação social acerca do abuso sexual. Esta perspectiva focalizou o investimento económico e social em programas dirigidos preferencialmente a adultos “sobreviventes” em detrimento de atitudes de prevenção, protecção e tratamento das crianças abusadas (Ferguson & Mullen, 1999).

Nesta fase, múltiplas investigações tentaram fundamentar, sem sucesso, a existência de uma relação directa entre os abusos sexuais sofridos na infância e certas tipologias de condutas desviantes (Finkelhor, 1986).

A difusão dos anos 80

A ascensão do abuso sexual de crianças ao estatuto de problema público nos anos 70 vai dar origem, na década seguinte, a uma ampla difusão do conhecimento junto do público em geral e ao reconhecimento da sua relevância em profissionais de diversas áreas, sobretudo do serviço social, da medicina geral e familiar, da saúde mental, da educação, e do sector jurídico - legal. Neste processo, o incremento da consciência colectiva originou um aumento exponencial da investigação na área, sobretudo com o objectivo de conhecer a prevalência, as características, o contexto social e as consequências do abuso sexual de crianças no desenvolvimento pessoal.

Apresentado ao público e aos profissionais como sendo suficientemente prevalente e destruidor, justificando-se como um problema da maior relevância social, o abuso sexual de crianças passa a ser tema de debates, conferências, seminários e começa a captar uma crescente atenção por parte dos *media* (Fergusson & Mullen, 1999). Simultaneamente, assiste-se a uma expansão do conceito, que passa a incluir uma série de experiências sexuais infantis não desejadas, desde a exposição a comportamentos com componente sexual, até à violação. Irrompem inúmeras notícias de abuso nos *media* incutindo a ideia de que uma parte da população feminina teria sido vítima de abuso sexual e de que um elevado número de crianças estaria exposta a agressões sexuais, cometidas frequentemente por membros da família, muitas vezes o pai (Fergusson & Mullen, 1999). Esta evolução da consciência sobre o abuso sexual de crianças focalizou a atenção da investigação científica no papel do abuso na génese de problemas de saúde mental (Fergusson & Mullen, 1999).

A Consolidação após os anos 90

No princípio dos anos 90 a investigação emergente na década anterior, sobretudo nos EUA e Canadá, referia a existência de exposição relativamente frequente a experiências sexuais não desejadas em crianças; confirmava a predisposição de certos factores sociais e familiares que favoreciam o risco de abuso de crianças e salientava o problema das sequelas a nível do desenvolvimento e de problemas de saúde mental, a

curto e a longo prazo. Eclodiu nesta fase uma crescente consciência da necessidade de criar respostas terapêuticas específicas para as vítimas de abuso sexual, acompanhadas de um significativo investimento em serviços especializados e programas terapêuticos (Furniss, 1993; López, 1995).

Nesta altura é notória, tanto na comunicação social, como em certos sectores profissionais e público em geral, a confusão conceptual que ainda hoje persiste sobre a distinção entre o pedófilo e o agressor sexual de crianças.

Perspectiva jurídico-legal

O Abuso Sexual de Crianças sofreu, ao longo do tempo, profundas transformações na forma de ser entendido, com o Direito a tentar, na sua essência, adequar-se ao enquadramento social e cultural envolvente. O crime de abuso sexual de crianças tipificado no art.171.º do Código Penal (entendidas como sendo menores de 14 anos de idade) é um *crime contra a autodeterminação sexual* que tipifica diversos comportamentos penalmente puníveis, a que também correspondem diversas penas. Para além da cópula e do coito anal ou oral (punível com pena de 3 a 10 anos de prisão), nele se prevê a prática de qualquer outro *acto de relevo* (punível com pena de 1 a 8 anos de prisão) e ainda a prática de acto de carácter exibicionista, a actuação por meio de conversa obscena ou de escrito, objecto ou espectáculo pornográfico, a utilização de criança em fotografia, filme ou gravação pornográficos, a exibição ou cedência destes materiais e a sua detenção com a intenção de os exhibir ou ceder (comportamentos puníveis com pena de prisão até 3 anos). Os crimes sexuais, tal como hoje são considerados, foram até 1852 designados “*Crimes morais*”, entendendo-se à época que atentavam contra a formação da moralidade social. Com o Código Penal de 1852 e de 1886 a designação foi alterada passando a serem designados por “*Crimes contra a honestidade*”, uma vez que se referia à protecção da “honra sexual da mulher contra a desfloração por meio de sedução” (Alves, 1995, p.87) denotando a valorização preferencial dos bens tidos como individuais. O Código Penal de 1982, entendendo que o bem jurídico tutelado era a honra e a formação moral da vítima, designou-os de “*Crimes contra os valores e interesses da vida em sociedade*”. A revisão de 1995 passa a designá-los de “*Crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual*” enquadrando-os nos “*Crimes contra as pessoas*”, acompanhados de profundas modificações nos tipos e molduras penais.

O “ *crime de Abuso sexual de crianças* ” inserido nesta classificação refere-se a qualquer acto sexual de relevo¹ praticado com crianças com menos de 14 anos. Nesta revisão do Código Penal (DL 48/95) os crimes sexuais transitam do capítulo destinado aos fundamentos ético-sociais da vida social, passando o bem jurídico tutelado a ser não a honra ou a formação moral da vítima, mas o seu direito a dispor livremente da sua sexualidade (Alves, 1995), traduzindo a preocupação do legislador em evitar expressões com conteúdos moralizantes do ponto de vista da sexualidade.

A importância de o valor tutelado ser a *autodeterminação sexual* realça a impossibilidade de acordo da vítima pela sua incapacidade de consentimento, e a sua imaturidade desenvolvimental, significando que as vítimas menores de 14 anos não detêm a capacidade de se autodeterminar sexualmente, pelo que, mesmo na ausência da utilização de qualquer meio violento, de coacção ou fraudulento, tais actos são susceptíveis de prejudicar o livre desenvolvimento da sua maturidade e vida sexuais (Carmo, 2000). Esta tipificação trouxe para a discussão a especificação do sexo do agressor, chegando no debate da revisão de 1995 a ser referenciado que ao agressor mulher deveria ser aplicada pena mais severa (sustentado talvez na ideia socialmente menos aceite que a mulher, muitas vezes a mãe, que deveria ter um papel protector, possa ser a agressora); no entanto, a versão final aprovada não especifica o sexo do agressor estabelecendo que quer a mulher quer o homem ofensor sejam punidos de igual modo. Em relação ao sexo da vítima, ao referir-se o coito anal e a cópula, reconhece-se que o menor vítima pode ser do sexo masculino ou feminino. Em relação aos actos exibicionistas, a relevância passou a depender do “fim de excitar o menor” salvaguardando situações como a prática do nudismo ou até o banho dos pais com os filhos. As recomendações do Conselho de Ministros dos Estados Membros da União Europeia, em 1991, aconselhavam aos governos a rever a sua legislação e as suas práticas no que diz respeito à exploração sexual das crianças com fins lucrativos. A evolução tecnológica, com existência de um cada vez maior número de *sites* de pornografia infantil, veio obrigar o legislador a adequar respostas a novas formas de criminalidade. Através do código penal (ver artigos 171º, 172º, 173º, 174º, 175º e 176º) de 2007 (Almeida, & Vilalonga 2007) Portugal procura contemplar necessidades de protecção à criança nesta temática.

No dia 25 de Outubro de 2007, Portugal e mais 23 países assinaram a Convenção do Conselho da Europa sobre a Protecção da Criança contra a Exploração e Abuso Sexual de Crianças visando protegê-las de práticas ainda não contempladas na lei penal desses países, como a pornografia infantil e a exploração sexual no ciberespaço. O texto integra o programa «Construir uma Europa para e com as crianças» lançado em 2006 pelo Conselho Europeu, inclui 47 países, e uma das prioridades é a criação de um portal europeu da Justiça com inclusão de crianças desaparecidas e um sistema de alerta de rapto. Esta convenção constitui o primeiro instrumento jurídico internacional a classificar como crime as diferentes formas de abuso sexual de crianças, incluindo os abusos com recurso à força, ameaça ou coacção, mesmo no seio da família, e destina-se a proteger todos os seres humanos com idade inferior a 18 anos. Muitos dos aspectos constantes nesta convenção precisam de ser transpostos para o sistema legislativo nacional, quer ao nível da investigação, acusação e direito processual, quer ao nível das medidas preventivas de protecção e de assistência às vítimas, ou mesmo em afinações a introduzir no código penal português. A não ratificação continua, ainda em 2010, a afastar Portugal das disposições relativas à Cooperação internacional nesta matéria.

A análise dos discursos e práticas jurídico- legais sobre o abuso sexual de crianças reflectida nos registos estatísticos da Justiça, demonstrativa da evolução do conceito legal e da atitude social em torno do abuso sexual de crianças, tem atestado ao longo dos últimos anos uma progressiva especificação e aumento dos registos. Conforme Edwards (1982, cit por Alberto, 2006) e relativamente à dimensão legal do abuso, há que ter em conta cinco vertentes fundamentais: 1) após a descoberta do abuso é desejável que a criança seja integrada em ambiente familiar, preferencialmente o seu, onde possa receber os cuidados necessários para se sentir segura; 2) no interesse da criança pretende-se que, após adequada intervenção, se proporcione a reunificação familiar, incluindo o agressor; 3) antes e durante a reconstrução da família é fulcral a intervenção com a criança, os pais e outros elementos de referência familiar; 4) constitui-se de capital importância o diálogo e a coordenação entre o Tribunal família e menores e o Tribunal criminal com vista a uma mais adequada intervenção; 5) torna-se fundamental que no seio de cada comunidade haja terapia disponível para intervenção no abuso sexual de crianças devendo ser feita divulgação e sensibilização dentro da comunidade. No olhar de Carmo, Alberto e Guerra (2006) as situações de abuso sexual de crianças são para a Justiça de menores as que mais apreensões trazem aos aplicadores

da lei pelas inibições que envolvem a vítima, o agressor e o sistema familiar no seu todo, salientando a importância de um aumento do conhecimento sobre o abuso sexual, que providencie a correcta análise de cada situação e evite a interpretação dos factos à luz do rótulo de abuso sexual. Como salienta Alberto (2006, p.77) “a perspectiva legal do abuso parece alertada para a necessidade de conjugação com a intervenção psicoterapeuta e social em todos os elementos do sistema familiar”. Constituir-se-á, no entanto, de capital importância, um efectivo esforço na aplicação destes princípios, com vista a que a intervenção legal não possa vir a constituir como refere Furniss (1993) ”um des-serviço” para a criança.

Abordagens explicativas do abuso sexual de crianças

No decorrer das últimas décadas várias foram as investigações levadas a cabo na procura de explicação do abuso de crianças. As explicações avançadas tendem a centrar-se na caracterização dos abusadores consoante as estratégias de abuso, o perfil da vítima, e os processos subjacentes à construção e manutenção do Síndrome do segredo.

As histórias infantis e os programas de prevenção remetem, conforme confirmação da própria antropologia, para situações de perigo exteriores à família (*stranger danger*) porém, as estatísticas decorrentes da investigação relativa ao maltrato infantil, e ao abuso sexual especificamente, apontam para uma incidência significativa dentro do contexto familiar, com os abusadores a serem essencialmente pais, irmãos, tios, avós, padrinhos ou amigos próximos da família (Alberto, 2002; Mckenna, 2003). Os primeiros esforços para perceber a génese da violência sexual centraram-se na identificação de características psicopatológicas do abusador (Alberto, 2006), fundamentando o abuso exclusivamente nas características específicas do abusador (Belsky, 1980). Enraizado nas representações sociais (características físicas e traços de personalidade) conduz à designada Intervenção Primária Punitiva, cujo alvo é a pessoa que abusa, com vista à sua punição (Furniss, 1992). Este tipo de atitude, quando exclusiva, inviabiliza uma intervenção na família, na criança e na rede profissional, do reforço dos aspectos positivos e do apego frequentemente muito forte entre a criança e o agressor. Por outro lado, a investigação tem revelado que os abusadores sexuais gozam duma boa imagem social e de uma boa integração, sendo por isso difícil o seu reconhecimento prévio a partir de características pessoais.

Centrando nas características do abusador, a sua identificação estaria facilitada em função das suas patologias, e ficaria circunscrito a um grupo muito restrito. Torna-se então pertinente perceber porque não antecipamos/prevemos e evitamos o abuso se o problema está solucionado com a identificação dos indicadores específicos dos abusadores. Assim, torna-se perceptível que o comportamento patológico, tal como outros comportamentos, ocorre numa trama social, tornando-se impossível entendê-lo sem atender ao contexto social em que se insere (Machado, 2010). Neste sentido, nos anos 70 focalizou-se a atenção em duas perspectivas alternativas à visão biológica e evolucionária até então defendida.

Esta visão argumentava que a propensão para a agressão sexual decorria de características evolutivas e adaptativas da espécie, tendo sido facilmente contrariada por autores cujas teses enfatizavam o papel da família no desenvolvimento, transmissão e expressão da violência e pelos defensores das teorias feministas. Estudos antropológicos corroboraram a ideia de que ainda que a psicopatologia fosse relevante na compreensão de certas agressões sexuais, são primordialmente os factores culturais os determinantes.

Actualmente “a literatura veicula a ideia de que a agressão sexual é um fenómeno multideterminado, resultando da congruência de factores disposicionais, cognitivos, situacionais e culturais” (Machado, 2010, p.73). No caso particular do abuso sexual de crianças, como refere Alberto (2002, p.73) “as investigações mais recentes (...) e na sequência dos indicadores estatísticos, apontam para uma abordagem mais ampla, que enquadra o abuso numa conjugação de factores de cariz individual, interaccional e social, orientando para uma abordagem sistémica”. O modelo ecológico surge centrado na influência recíproca de várias condições e aponta para três grandes grupos de factores integrados em diferentes sistemas: o *microssistema*, o *exossistema* e o *macrossistema* (Alberto, 2002).

O *microssistema*, relativo ao contexto familiar, destaca as relações entre os diferentes elementos, considerando ainda as características particulares e a história pessoal do abusador (Belsky, 1980). Segundo Alberto (2002) e Furniss (1983) os abusadores que foram vítimas de abuso sexual na infância poderão apresentar condições, como uma baixa auto-estima, a necessidade de controlo e poder e a procura em crianças, da gratificação sexual que não encontram com outros adultos. No entanto Ajuriaguerra (1980, cit. por Alberto, 2002) salienta a imaturidade, a impulsividade, o

egocentrismo como demasiado prevalentes na população em geral para se considerarem características do abusador. No respeitante ao ambiente familiar há a realçar o isolamento social e físico, o embotamento dos papéis conjugais e parentais, a falta de supervisão, entre outros (Alberto, 2002; Finkelhor, 1984).

O *exossistema*, constituído pela comunidade envolvente, inclui a escola, as instituições de saúde, de solidariedade social, a igreja, os meios de comunicação social, os locais de trabalho e outras instituições sociais. A estrutura e o funcionamento das instituições comunitárias têm um papel decisivo na dinâmica da violência. A sua influência verifica-se a partir da reprodução do modelo de poder vertical e autoritário, que confirmam o modelo patriarcal na família. Por outro lado os *media* são muitas vezes veículos de modelo de violência.

O *macrossistema*, “engloba a cultura, o sistema de valores dominante (Belsky, 1980) e remete para um conjunto de legitimações sociais que favorecem, e podem mesmo, normalizar o abuso” (Alberto, 2002, p.73). Esta dimensão sociocultural pode, por um lado, favorecer a protecção à criança, como é o caso da aceitação do divórcio permitindo ao outro cônjuge afastar o abusador, por outro, a ideia de liberdade no domínio sexual pode esbater a fronteira entre o que é positivo e o que deve ser rejeitado. Finkelhor (1984, cit. por Alberto, 2002) chama a atenção do papel dos *media* ao transmitir modelos de performance sexual “que se confundem, amiúde com autênticos scripts ficcionais” (Quartilho, 2001 p.131) podendo levar à procura de novas gratificações a nível sexual, e alerta para a possível influência da igualdade de estatuto entre géneros que pode desencadear a procura, por parte dos elementos do sexo masculino, da condição “perdida” em relação à mulher, nas suas relações com as crianças.

Como salienta Finkelhor (1984), através de um modelo que sistematiza factores individuais e factores de contexto que precipitam o abuso sexual, quer a nível intra quer extra familiar, serão quatro as pré- condições que facilitam o abuso sexual de crianças:

1- Factores relativos à motivação para o abuso sexual

a) *Congruência emocional*: a nível individual, realça a imaturidade do agressor no seu desenvolvimento social, que conduz facilmente à sua identificação com a criança, resultando numa maior sensação de controle e poder, obtendo assim a satisfação que lhe escapa na relação com os adultos; a nível sociocultural emerge a questão do domínio e poder do sexo masculino no respeitante ao contexto sexual.

b) *Ativação sexual* (Sexual Arousal): a nível individual, inclui experiências traumáticas na infância do abusador que conduzem a atribuições e percepções erróneas no domínio sexual; a nível sócio cultural, através da observação de modelos que obtêm gratificação em condutas como a pornografia infantil, a criança surge como fonte alternativa de gratificação sexual e defende a imagem de “sexualização” das necessidades emocionais no sexo masculino.

c) *Bloqueio*: a nível individual, traduzido pelo medo de mulheres adultas, resultante de vivências traumáticas na infância, problemas conjugais e sentimento de incompetência nas relações sociais; a nível sociocultural, surge a repressão sobre a masturbação, a rejeição das relações extra maritais e a não disponibilização de alternativas de gratificação sexual (Alberto, 2002; Finkelhor, 1984; López, 1995).

2- Factores predispondo desactivação dos inibidores internos: a nível individual, remete para a influência do consumo de drogas, álcool, assim como para perturbações de carácter psicológico (psicoses, senilidade, perturbações compulsivas); a nível sociocultural, traduz a concepção de criança que deve obedecer ao adulto, a ideia de chefe de família, bem como o mito da autoridade parental associado à imagem da criança como propriedade dos adultos/pais. Há ainda que ter em conta a aceitação de que os homens são “por natureza” pouco competentes na identificação das necessidades da criança, a circulação de pornografia infantil e as fracas sanções penais para os abusadores, especialmente se sob efeito de substâncias tóxicas, reflectindo alguma tolerância aos desvios sexuais.

3- Factores predispondo para a desactivação dos inibidores externos: englobam, no plano individual, a outra figura parental, geralmente ausente e também dominada pelo abusador e não protectora, assim como o isolamento social da família, as precárias condições de habitabilidade e a falta de supervisão da criança por outros adultos; a nível sociocultural, destaca-se a falta de suporte às mulheres/mães, as desigualdades sociais entre os sexos, a ideia do santuário familiar, a erosão do tecido social e a redução dos núcleos familiares.

4- Factores predispondo para a dominação da resistência da criança: Como salienta Finkelhor (1984) a criança, perante uma situação de abuso, tem três hipóteses: a) resistir, fugindo, denunciando ou evitando, b) falhar a resistência e ser abusada e c) resistir mas ser coagida, vencendo-se assim a sua resistência. O suporte social constitui-se fundamental na maneira da criança lidar com o abuso. Assim, nesta pré condição em

relação ao plano individual, deve ter-se em conta a insegurança da criança, a falta de informação no que concerne às situações de abuso sexual e a presença de coerção ou submissão excessiva da criança relativamente à vontade do adulto. A nível sociocultural, há que salientar a ausência de educação sexual, a falta de poder por parte da criança e a ansiedade que a temática sexual acarreta, que leva a que muitas crianças e pais se encontrem desprevenidas (Alberto, 2002; Finkelhor, 1984; López1995).

Assim, na abordagem e compreensão da problemática do abuso sexual de crianças devem ser tidos em conta factores individuais e sociais, incluindo as características particulares das crianças, das figuras parentais, das estruturas familiar, social e cultural. Segundo Alberto (2002) e López (1995) é na intersecção destes diferentes factores que definem cada sistema que as situações abusivas vão eclodir.

O abuso sexual de crianças

Ao abordar o abuso sexual de crianças, existe a preocupação de fazer a sua caracterização. A existência de estudos internacionais realizadas ao longo de vários anos, revela-nos algumas características dos abusos sexuais, no entanto, constrangimentos de ordem vária não permitem retirar conclusões de prevalência, devido a limitações decorrentes dos diversos fluxogramas dos estudos, pelas diferentes metodologias, e pelos desfasamentos conceptuais, temporais e geográficos (Machado, 2010). Em Portugal não existem ainda estimativas que sobre a verdadeira dimensão do problema; de acordo com dados de Relatório de Actividades das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens de 2009, dos 25335 processos instaurados referentes às diversas problemáticas, 493 (1,9%) reportavam-se a casos de abuso sexual.

No nosso país, para além da escassez de investigação nesta área, acresce a dificuldade de obtenção de amostras representativas, os custos elevados relativos à investigação desta natureza, e a inexistência de validade e fiabilidade dos instrumentos científicos (Machado, 2010). No que concerne à metodologia, é de realçar que a evolução tecnológica dos últimos anos tem permitido o desenvolvimento de estudos com métodos CASI (Computer-assisted self-interviews) que têm reflectido um aumento do número de índices de auto relatos, sugerindo que estes métodos facilitam a revelação de actos embaraçantes, por se preservar um maior anonimato (Machado, 2010).

Na opinião de Vesterdal (1978, cit. por Alberto, 2000, p.119) “a percentagem de casos detectados e conhecidos é ínfima, comparada com o número de casos reais”.

Sendo este um dos principais factores que dificulta o conhecimento sobre os abusos sexuais de crianças.

Em Portugal, o Estudo de Diagnóstico e Avaliação das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens – Relatório final (2008) (Torres, 2008) revela uma prevalência dos abusos sexuais entre 2,2 em 2001 e 3,4 em 2005 (ver quadro I).

Quadro I - Casos de Abuso Sexual de Crianças (%)
Processos instaurados pela CPCJ entre 2001 e 2006

2001	2002	2003	2004	2005	2006
2.2	2.4	3.3	2.9	3.4	2.6

(Fonte: Estudo de Diagnóstico e Avaliação das CPCJ, 2008)

Os dados de prevalência e incidência do abuso sexual de crianças permitem inferir a importância de desenvolver programas de prevenção relativamente a esta problemática. Em países como os EUA e o Canadá, os dados estatísticos revelam um decréscimo de 40% de casos de abuso sexual de crianças entre 1992 e 2000, o que segundo alguns autores (Finkelhor, 2009; Mckenna, 2003) se poderá atribuir ao desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção nessas duas décadas ou traduzir apenas uma diminuição de casos identificados ou referenciados, devendo ainda ser ponderados factores como a real diminuição de casos de abuso sexual a crianças, as mudanças nas práticas dos profissionais, ou a eficácia da intervenção dos organismos de protecção à criança.

No que concerne às características da vítima e do abusador salienta-se a idade e o género da vítima e o seu contexto socioeconómico. O Estudo de Diagnóstico e Avaliação das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens – Relatório final (2009) revela os casos de abusos sexuais, por escalões etários, em 2009 (ver Quadro II).

Quadro II - Casos de Abuso Sexual de Crianças
Por escalões etários em 2009

0 a 5		6 a 10		11 a 14		15 +		Total
N	%	N	%	N	%	N	%	N
114	23	150	30.4	143	29	86	17.4	493

(Fonte: Estudo de Diagnóstico e Avaliação das CPCJ, 2009)

Estes dados identificam a existência de casos de abuso sexual em faixas etárias baixas, 23% na 1ª infância (entre os 0 e os 5 anos) e 30,4% na 2ª infância (entre seis e

10anos). Verifica-se uma maior incidência (59%) no somatório das faixas etárias da 2ª infância (entre seis e 10anos) e pré adolescência (entre 11 e 14 anos) (N=293) comparativamente ao somatório da pré adolescência e adolescência (N=229). Segundo Finkelhor & Douglas (2006), após análise de várias investigações, referem que não havendo estudos de incidência com crianças na primeira infância não podemos assumir que estas estejam em maior risco, os mesmos estudos concluíram que o abuso sexual infantil atravessa toda a infância com um maior risco durante a adolescência. De acordo com as estatísticas, alguns autores salientam que, quanto mais nova é a criança, mais baixo é o índice de comprovação do abuso. Estes dados reflectem o quanto é difícil fundamentar o abuso sexual e proteger crianças que não conseguem verbalizar claramente, não recordam ou não reconhecem o abuso como tal (López, 1995). Na idade pré-escolar, a sua imaturidade cognitiva, em conjunto com as suas dificuldades de linguagem, dificultam a compreensão dos factos e conseqüentemente a denúncia e averiguação dos casos. Na fase escolar e da adolescência, a vergonha, a culpa e a sensação de desprotecção ou conivência com o adulto responsável pelo abuso, aliada à dificuldade de comunicação com os adultos, tornam a denúncia um acontecimento raro e de difícil de comprovação posterior (Furniss, 2008; López,1995).

A investigação sugere ainda que “o início da maioria dos casos se situa entre os 4 e os 12 anos, embora exista um número substancial de crianças abusadas antes desta idade” (Lutzer et al., 1999 cit. por Machado, 2002, p.44). Alberto (2002) faz ainda referência à curiosidade pela sexualidade, característica das crianças mais novas e o sentimento de lealdade para com os pais e adultos significativos, além do surgimento de características sexuais secundárias, como condições para um maior risco de abuso. Magalhães (2005) salienta que as crianças, sobretudo as de idade mais baixa, podem confundir a relação com uma manifestação afectiva “normal” ou podem estar submetidos à pressão do segredo imposto pelo abusador. Importa no entanto salientar que, relativamente à faixa etária mais vulnerável ao abuso sexual, os vários estudos não são consensuais.

No que se refere ao género da vítima, Wolfe, Wolfe e Best (1988, cit. por Machado, 2002) revelam que em 85% dos casos denunciados, a vítima é do sexo feminino. Synder (2000 cit por Finkelhor & Douglas, 2006) salienta que a incidência no sexo feminino oscila entre 78 e 89%. Finkelhor (1984) refere dados de uma meta-análise de 22 estudos americanos que sugerem que 30-40% das raparigas e 13% dos

rapazes foram vítimas de abuso sexual durante a infância; um outro estudo de meta-análise baseado em 169 estudos internacionais revela taxas de abuso sexual de 25% para as mulheres e de 8% para os homens. Existe uma grande probabilidade de baixa denúncia de casos por rapazes, por receio de serem associados à homossexualidade, assim como pelos estereótipos culturais que dificultam a expressão masculina de dependência e sofrimento (Furniss, 2010).

Outra dificuldade associada à identificação e avaliação de casos de abuso sexual de crianças relaciona-se com a caracterização do perpetrador do crime sexual contra crianças. Independentemente do sexo da vítima, parece existir uma maior prevalência de agressores do sexo masculino. Synder (2000 cit por Finkelhor & Douglas, 2006) salienta que a incidência de perpetradores do sexo masculino é de 90%. Embora exista o estereótipo sobre a perigosidade dos estranhos, “em termos genéricos, podemos dizer que apenas 10 a 30% das vítimas são abusadas por desconhecidos, aproximadamente 40% são-no por pessoas conhecidas ou próximas e os restantes 30% a 50% são-lo-ão por elementos da própria família” (Wolfe & Birt, 1997 cit. por Machado, 2002, p. 45).

Alberto (2006) refere o abusador sexual como uma figura não identificável facilmente. Embora exista o mito do “dirty old man”, este é questionado por Finkelhor (1984) que menciona o agressor como alguém do seio familiar da vítima, “conhecido da criança”, e frequentemente com uma boa imagem social. Este autor salienta ainda que as estatísticas indicam que 90% dos abusadores são homens e que entre 29-41% são jovens ou jovens adultos (abaixo dos 30 anos). Salter (2003) destaca a tendência para fazer atribuições acerca do comportamento privado pela apresentação pública das pessoas, e refere que os abusadores aproveitam essa tendência, quer para encobrir o abuso quer para atrair as vítimas; segundo a autora quase todos os tipos de abusadores têm uma vida dupla. Diversos estudos confirmam que metade dos abusadores é conhecida das vítimas e que 1/4 a 1/3 são familiares, enquanto que os estranhos constituem apenas uma minoria dos abusadores. De acordo com Finkelhor e Ormrod (2001) dos detidos por abusos a crianças 48% abusaram de um familiar, ou conhecido (38%), e dos ofensores de crianças com menos de 12 anos, uma percentagem tinham sido abusados física ou sexualmente na sua infância. Os mesmos autores referem ainda que nos abusos a crianças os abusadores estão menos vezes sob o efeito de álcool ou drogas (39% para os abusadores de crianças, 45% para os abusadores de adolescentes e 55% para os abusadores de adultos).

Relativamente ao enquadramento socioeconómico do abuso sexual, este “parece ser um fenómeno transversal às diferentes classes sociais, muito embora haja uma maior taxa de denúncia nos meios desfavorecidos” (Wolfe & Birt, 1997 cit. por Machado, 2002, p. 44). Este facto pode estar relacionado com uma maior atenção dos meios de acção social, para além de uma maior incapacidade de ocultar as situações por parte dos estratos socialmente desfavorecidos. Outros factores desencadeadores de abuso sexual são: problemas de alcoolismo por parte dos pais, rejeição parental e conflitos conjugais (Finkelhor, 1984).

O abuso sexual de crianças e jovens encontra-se associado a alguns factores de vulnerabilidade, que devem ser do conhecimento dos profissionais. López (1995) realça a importância da intervenção de profissionais das diversas áreas em programas de formação, num trabalho de parceria que possibilite o aumento do conhecimento sobre prevenção e intervenção das situações abusivas, considerando que “os factores de risco dividem-se por características individuais, experiências de vida específicas ou factores de ordem contextual” (Magalhães, 2005, p. 45).

Como salienta Machado (2002) existem algumas características familiares mais frequentemente associadas ao abuso, com factores associados ao estilo parental autoritário e punitivo, outros relacionados com a facilidade em sexualizar a criança (pela falta de ligação biológica, histórias familiares de incesto e baixa vinculação entre o pai e a criança), para além das características que dificultam a revelação do abuso, como o isolamento social, a indisponibilidade da mãe ou a visão “tabu” dos temas sexuais.

As características da mãe que são apontadas como favorecedoras de abuso deverão ser alvo de ponderação, quer pela sua difusão no senso comum, quer pelas críticas de que são alvo. Como exemplo, há que salientar a idade da mãe (juventude), a doença física ou mental, os problemas emocionais, os traços de personalidade e o uso de drogas como factores que as colocam em situação de incapacidade de proteger a sua criança, de se aperceberem da existência de abuso ou ainda de serem cúmplices. Todavia, “estas características têm vindo a ser fortemente criticadas, sobretudo pelos movimentos feministas, que as acusam de deslocarem a atenção do ofensor, de ignorarem que, frequentemente, estas mães são vítimas de violência conjugal, de atribuírem a responsabilidade única pelo bom funcionamento familiar às mulheres e de confundirem características predisponentes das mães com o próprio impacto que o próprio abuso pode ter nestas” (Machado, 2002, p. 47). Importa ainda salientar

circunstâncias que podem propiciar a incapacidade de protecção materna à criança, como as dificuldades económicas, o conflito de lealdades, a manipulação do ofensor e a falta de provas. Magalhães (2005) refere outras características individuais dos pais que podem constituir factores de vulnerabilidade. Entre eles, encontramos perturbações do foro mental ou físico, características de personalidade (imatura, impulsiva), baixo autocontrolo com reduzida tolerância às frustrações, baixa auto-estima, grande vulnerabilidade ao stress e antecedentes de violência familiar ou maus-tratos.

Para além dos factores individuais, são referidas fontes de tensão associadas ao contexto familiar, das quais se destacam os problemas socioeconómicos e habitacionais (extrema pobreza, situações profissionais instáveis e más condições de trabalho) e dificuldades na estrutura familiar (fraca supervisão familiar, situação de violência doméstica, mudança frequente de companheiro, famílias reconstituídas com filhos de outras ligações, isolamento social, sem suporte na família alargada, vizinhos ou amigos, ou mantendo com estes um relacionamento conflituoso) (Magalhães, 2005).

Machado (2002) refere factores de vulnerabilidade da própria criança, como a carência emocional, que torna mais atractiva a atenção oferecida pelo abusador. Magalhães (2005) faz alusão a perturbações da saúde mental ou física da criança e à sua vulnerabilidade a nível da idade e das suas necessidades próprias, salientando que os indicadores ou sinais de alarme devem ser alvo de investigação.

Alguns autores (Fávero, 2003; Furniss, 1993; López, 1995) defendem que a demora entre a ocorrência do abuso sexual de crianças e a sua revelação depende de factores como a idade da vítima, o relacionamento entre o abusador e a vítima, o sexo da vítima, a severidade do abuso, as características de desenvolvimento cognitivo da vítima e as prováveis consequências da revelação. O Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome (Summit, 1983, cit. por Furniss, 1993) sistematiza a dificuldade da revelação do abuso sexual de crianças em cinco componentes: *sigilo* (o abuso ocorre quando a vítima e o abusador estão sozinhos e o abusador encoraja a vítima a manter o sigilo); *desamparo* (a criança é obediente aos adultos e normalmente obedece ao abusador que encoraja o sigilo); *reclusão e acomodação* (uma vez que a criança é envolvida na relação abusiva, ela assume a responsabilidade pelo abuso e começa a desenvolver estratégias de dissociação); *divulgação tardia* (as vítimas esperam longos períodos de tempo para revelar o abuso e as suas revelações são

consequentemente questionadas); e *retracção* (as vítimas retraem-se de revelar o abuso sexual depois de enfrentar a descrença e a falta de suporte nas suas revelações).

Relativamente à sintomatologia desenvolvida e manifestada pelas vítimas de abuso sexual infantil, esta é complexa e diversa, abrangendo um conjunto alargado de sintomas (ver Quadro III).

Quadro III - Indicadores de abuso sexual de crianças

Indicadores Físicos	Indicadores comportamentais		
	Externalização	Internalização	Conduta sexual
Lesões genitais ou anais	Comportamento agressivo e disruptivo	Ansiedade, medos e depressão	Masturbação compulsiva
Doença venérea		Evitamento social, isolamento	Expressão sexualizada de afecto
Dor ou prurido genital constante	Mentira compulsiva	Vinculação pouco selectiva, busca indiscriminada de afecto e aprovação	Linguagem sexual precoce
Alterações do apetite	Declínio do rendimento escolar		
Queixas somáticas novas (especialmente gastrointestinais)	Problemas de atenção	Comportamento regressivo (e.g. enurese)	Comportamento sexual inadequado para a idade
Mudança significativa na aparência (e.g. peso, higiene)	Fugas repetidas da escola ou de casa	Auto-mutilação	Elevado número de parceiros sexuais
	Abuso de drogas ou álcool	Ideação suicida ou tentativa de suicídio	Medo e vergonha quanto ao toque ou nudez
	Conduta antissocial		

(Fonte: Machado, 2002, p.51)

Para além destes indicadores, Magalhães (2005, p.56) sublinha uma “obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar”.

Em relação ao impacto do abuso sexual em crianças, o conhecimento existente fundamenta-se em constatações de ordem clínica e em pesquisas que levantam algumas considerações metodológicas e que apresentam limitações de relevo. A maioria da investigação neste domínio do impacto do abuso sexual de crianças é constituída por estudos transversais e retrospectivos, ou seja, após identificação da situação de abuso.

As questões emergentes prendem-se com a possibilidade dos sintomas observados serem prévios ao abuso e poderem ter funcionado como vulnerabilidade para o abuso, e a eventual influência de factores do contexto familiar no impacto do abuso (Alberto, 2000). Conforme ressaltam Nash e cols. (cit. por Alberto, 2000) muita da patologia observada em adultos vítimas de abuso sexual pode estar relacionada com o contexto familiar global, sendo assim concomitantes com o abuso e não subsequentes a este. Segundo vários autores, (Alberto 2006; Furniss,1993; López,1995) os efeitos mais frequentemente associados aos efeitos do abuso sexual são, entre outros, o medo, os comportamentos sexualizados, a baixa auto-estima, e a Perturbação de stress pós-traumático, depressão, ansiedade generalizada e fobias. Todavia, esta sintomatologia é partilhada com outras formas de abuso de crianças (e.g. físico e psicológico) e apenas os distúrbios de carácter sexual serão especificamente conotados com o abuso sexual.

Têm sido desenvolvidas algumas investigações longitudinais e de carácter prospectivo que têm vindo a confirmar as conclusões dos estudos transversais e retrospectivos relativamente aos efeitos do abuso sexual, quer numa vertente mais internalizante (e.g., ansiedade, isolamento, somatizações), quer na dimensão mais externalizante (e.g., delinquência, alterações comportamentais, agressividade). Estes estudos revelaram também a necessidade de alguma diferenciação das sequelas em função do sexo (e.g. a delinquência mais preponderante no sexo masculino) e o facto de muitos sintomas atribuídos usualmente ao impacto do abuso infantil terem origem em factores como os modelos parentais, podendo inclusive estar na origem do próprio abuso (Alberto, 2000).

Algumas investigações identificam casos de abuso sexual em que a vítima não apresenta patologia, revelando a necessidade de ponderar a influência do contexto familiar e comunitário no que respeita ao suporte na altura da revelação do abuso, processo por si só percebido pelas vítimas como traumático (Furniss, 1993).

No que concerne ao tratamento, Stevenson (1999 cit por Alberto 2000), numa revisão da literatura com base na análise de diversos trabalhos, verifica que a intervenção tenta responder preferencialmente às necessidades da criança, dos progenitores/cuidadores e da estrutura familiar. O autor sublinha a inexistência de estudos no âmbito da avaliação da eficácia destas intervenções e salienta a falta de especificidade do tratamento das vítimas de abuso sexual infantil, sublinhando no entanto, com base nos dados disponíveis, a efectividade dos tratamentos psicológicos na

promoção da saúde mental das crianças vítimas de abuso, apesar de omissos no que respeita à eficácia nas sequelas a longo prazo.

Representações sociais em torno do abuso sexual de crianças

O conceito de representação social filia-se no conceito de representação colectiva introduzida por Durkheim e retomada por Moscovici em 1961 (Cabecinhas, 2004). De acordo com o próprio Moscovici, a representação social refere um conjunto de conceitos, proposições e explicações, criado no quotidiano, no decurso da comunicação, integrando os mitos e os sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podendo ser vistas como uma versão actual do senso comum (Moscovici, 1961) relevando as dimensões do conhecimento que não partem apenas de teorias científicas, mas de eixos culturais e experiências quotidianas.

Em relação à problemática do abuso sexual de crianças, um dos modelos explicativos iniciais (Modelo ecológico) espelha as concepções sociais dominantes em relação ao fenómeno.

A atribuição do abuso sexual de crianças às características do abusador conduz indubitavelmente ao conceito de “erro fundamental” que consiste na propensão de sobrestimar predisposições pessoais, traços de personalidade, em detrimento da circunstância nas nossas explicações do comportamento (Leyens, 1985). O “erro fundamental” tem origem nas Teorias Implícitas da Personalidade (TIP) enquanto “crenças gerais que alimentamos a propósito da espécie humana, no que concerne à frequência e variabilidade de um traço de carácter na população” (Leyens, 1985, p.31).

O peso do papel da atribuição nas TIP está relacionado com a função de responsabilização, ao indivíduo ou à situação e não à função explicativa (Leyens, 1995). Conforme Porto (2006) torna-se impossível compreender a violência sem intentar perceber os verdadeiros conteúdos das representações sociais. Nesta perspectiva, as representações sociais dos médicos e dos enfermeiros dos CSP resultarão das suas construções realizadas enquanto indivíduo mas também enquanto profissionais de saúde. A estes profissionais compete também conhecer mitos e crenças relacionados com a sexualidade e com o abuso sexual de crianças.

Shackel (2008), a partir da revisão de vários estudos, identifica algumas crenças que a sociedade sustenta: a) que a demora entre o abuso sexual e a sua divulgação por

parte da vítima é pequena, b) que as crianças fogem e mostram explicitamente receio dos abusadores; c) que as crianças, normalmente, exibem claros comportamentos de abuso sexual; d) que a maioria dos casos de abuso sexual implica o uso da força física e relações sexuais, e que uma situação de abuso sexual deixa necessariamente vestígios físicos. Estas crenças são consistentes com a visão de muitos profissionais da saúde, da justiça e da educação.

Apesar da afirmação de Furniss (1993, p.13) “enquanto um ‘pouquinho de violência’ é aceitável”, um “pouquinho de sexo’ não é”, continua-se a verificar que a intolerância perante a temática do abuso sexual não se traduz numa maior e mais efectiva protecção das crianças. Para além do dever ético, legal e moral, os profissionais dos C.S.P. devem perceber a importância da sua intervenção na prevenção ou interrupção do abuso sexual da criança e ultrapassar, como salienta Fávero (2003), as suas ainda notáveis reticências em denunciar. Importa fazer algo pela “real preservação da saúde, segurança, formação, educação e desenvolvimento destas crianças ou jovens que se vêem envolvidos nestas teias de desamor e nojo, com que, tantas vezes, se veste o respeito e a obediência aos mais fortes e àqueles cuja primeira tarefa deveria ser antes a de protecção!” (Carmo, Alberto & Guerra, 2006, p. 65).

Considerando que a representação acerca de um fenómeno é parte construtiva do mesmo, “criando-o” de certa forma (Porto, 2006), depreende-se a importância de considerar este factor quando se estuda o fenómeno do abuso sexual de crianças, identificando os discursos sociais mais comuns em profissionais médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários, tal como se pretende no estudo empírico que passamos a apresentar.

ESTUDO EMPIRÍCO

As representações sociais assumem um papel fulcral na violência, quer por definirem as normas sociais pelas quais a sociedade se pauta, quer por modelarem o entendimento que as sociedades constróem acerca das experiências (Fortune, 2001, *cit.* por Machado *et al.*, 2006). Na problemática do abuso sexual de crianças a compreensão ecológica e dinâmica do abuso revelou a importância de se estabelecerem estratégias de prevenção e intervenção que tenham em consideração os diferentes níveis: individual, social e cultural. A dimensão cultural integra as representações sociais que numa comunidade se vão constituindo sobre o que é aceite e tolerado e o que é inadequado e inaceitável.

1- Objectivos

Considerando os médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários como um grupo com especial relevância na protecção da criança, a componente empírica desta dissertação, tem como objectivos:

1.1-Objectivo geral

Identificar as representações sociais destes profissionais em torno do abuso sexual de crianças - ASC (Abuso Sexual de Crianças) e criar uma medida de avaliação das representações sociais em torno do abuso sexual de crianças.

1.2-Objectivos específicos

a) Identificar as características do abuso sexual mais susceptíveis de serem consideradas abusivas pelos médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários;

b) Determinar as atribuições que os médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários têm sobre os factores desencadeadores/facilitadores, de manutenção e de interrupção/resolução do abuso sexual;

c) Validar o Questionário de Representações sobre o abuso sexual de crianças – Histórias (QRASC-HIS) e Questionário sobre abuso sexual de crianças- Factores Desencadeadores, Manutenção e Resolução (QASCFMR) com uma amostra de médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

d) Analisar a influência de algumas variáveis sócio- demográficas da amostra em estudo nas respostas aos instrumentos utilizados: o sexo, a idade, o estado civil, a existência de filhos, as habilitações académicas, a categoria profissional, a área geo-demográfica do centro de saúde onde exerce a actividade, a experiência profissional em função do tempo de serviço e do contacto prévio com casos de crianças vítimas de ASC, o tipo de entidade de referenciação de suspeita de abuso sexual de crianças, o tipo de informação / formação específica quer para identificar quer para intervir em casos de ASC, e as fontes de informação / formação recorridas sobre a problemática em estudo.

2-Metodologia

2.1-Descrição da amostra

A recolha de dados foi realizada de acordo com um processo de amostragem não aleatória, de conveniência, que decorreu entre Fevereiro e Abril de 2010. Os potenciais sujeitos, médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, foram abordados através de contactos pessoais, quer no seu local de trabalho, quer durante reuniões ou outros eventos científicos.

Dos questionários distribuídos e recolhidos obteve-se uma amostra constituída por 153 sujeitos, dos quais 76 (49,7%) são médicos, e 77 (50,3%) são enfermeiros (Tabela1).

Tabela 1.Distribuição dos sujeitos por categoria profissional

	Frequências	Percentagens
Médicos	76	49,7
Enfermeiros	77	50,3
Total	153	100,0

No que concerne ao sexo, a nossa amostra incluiu 33 indivíduos do sexo masculino (21,6%) e 120 indivíduos do sexo feminino (78,4%) (Tabela 2).

Tabela 2.Distribuição dos sujeitos por sexo

	Frequências	Percentagens
Feminino	120	78,4
Masculino	33	21,6
Total	153	100,0

A idade mínima dos sujeitos da amostra é 24 anos e a idade máxima 65 anos, situando-se a média de idade nos 44 anos (DP = 10,79) (ver Quadro I, Anexo 2).

Relativamente ao estado civil, a amostra compôs-se maioritariamente de sujeitos casados, 104 correspondente a 68% da amostra, 27 solteiros (17,6%), 18 divorciados (11,8%), e 4 viúvos (2,6%) (ver Quadro II, Anexo 2). Dos sujeitos que compõem a amostra 120 (78,4%) têm filhos e 33 (21,6%) não têm (ver Quadro III, Anexo 2).

Relativamente às habilitações académicas dos participantes, a maioria, 143 (93,5%) são licenciados, 9 (5,9%) concluíram um mestrado, e 1 (0,7%) já concluiu doutoramento (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos sujeitos por habilitações académicas

	Frequências	Percentagens
Licenciatura	143	93,5
Mestrado	9	5,9
Doutoramento	1	0,7
Total	153	100,0

Dos 153 inquiridos, 68 (44,4%) trabalham em Centros de Saúde de área predominantemente rural, 44 (28,8%) trabalham em C.S. de área medianamente urbana, e 41 (26,8%) em Centros de Saúde de área predominantemente urbana (ver Quadro IV, Anexo 2).

Relativamente à experiência profissional - tempo de serviço, a nossa amostra variou entre 0 e 40 anos, sendo a média 19,95 anos, correspondente a um desvio-padrão de 10,02 (ver Quadro V, Anexo 2).

No que concerne à experiência profissional, em termos de contacto prévio com casos de crianças vítimas de abuso sexual 86 sujeitos (56,2%), revelaram uma resposta negativa, enquanto 67 sujeitos (43,8%) confirmaram já ter tido esse contacto (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos sujeitos por existência de contacto prévio com ASC

	Frequências	Percentagens
Sim	67	43,8
Não	86	56,2
Total	53	100

Aos sujeitos da amostra foi questionado a que entidade comunicariam caso suspeitassem da ocorrência de ASC, e o resultado revelou que 38 sujeitos (24,8%) comunicariam à CPCJ, 14 (9,2%) referenciarão à assistência social, 10 (6,5%) ao director do centro de saúde, 9 (5,9%) ao coordenador de saúde infantil e juvenil do centro de saúde, 9 (5,9%) avisaria a Polícia / G.N.R., 66 (43,1%) dos sujeitos optariam por comunicar simultaneamente a várias entidades, e 1 (0,7%) comunicaria à Polícia Judiciária (ver Quadro VI, Anexo 2).

Relativamente à sua percepção sobre a informação/formação que detêm para *identificar* uma situação de suspeita de ASC, 71 (46,4%) sujeitos consideram ser “satisfatória”, 57 (37,3%) refere que é “insuficiente”, 24 (15,7%) afirma ser “boa”, e apenas 1 (0,7%) descreve ser “muito boa” (ver Quadro VII, Anexo 2).

Em relação à forma como percebem a sua informação/formação para *actuar* numa situação de suspeita de ASC, 66 (43,1%) sujeitos revelam ter formação “insuficiente”, 65 (42,5%) diz possuir uma formação “satisfatória”, 21 (13,7%) a percebe como “boa” e apenas 1 (0,7%) referiu considerar ser “muito boa” (ver Quadro VIII, Anexo 2). No respeitante às fontes de informação/formação a que os sujeitos da nossa amostra recorreram, 25 (16,3%) referiram ter sido através de leituras alusivas ao tema, 10 (6,5%) sujeitos acederam a informação através da comunicação social, 6 (3,9%) referem ter tido acções de formação, 3 (2%) recorreram a pesquisa informática, 2 (1,3%) estiveram presentes em congressos, 2 (1,3%) recorreram a outras fontes e 105 (68,6%) sujeitos referiram que a informação/formação provieram da conjugação de várias fontes (ver Quadro IX, Anexo 2).

2.2-Instrumentos de pesquisa utilizados

No sentido de concretizar a nossa investigação e identificar numa população, administrou-se um protocolo de avaliação constituído por três questionários de auto-resposta: o Questionário de Representações sobre Abuso Sexual de Crianças- Histórias (QRASC-HIS) (Alberto, Alarcão, Fazenda, & Querido, 2008), (Anexo 1) o Questionário sobre Abuso Sexual de Crianças – Factores Desencadeadores, Manutenção e Resolução (QASCFMR) (Alberto, Alarcão, Querido, & Fazenda, 2008), (Anexo 1) e a Escala de Crenças sobre Abuso Sexual (ECAS) (Machado, Gonçalves, & Matos, 2000) (Anexo 1). Para efeitos de caracterização da amostra, a aplicação do protocolo foi precedida do preenchimento de um questionário sócio demográfico de recolha de dados (Anexo 1) sobre características como sexo, idade, estado civil, existência de filhos, habilitações académicas, categoria profissional. Neste questionário procurou-se ainda caracterizar a área a que pertence o centro de saúde onde exerce a profissão (predominantemente urbana, predominantemente rural, medianamente urbano) e a experiência profissional do participante (em tempo de serviço, e em contacto prévio com crianças vítimas de ASC). Solicitou-se aos inquiridos a identificação da entidade a que referenciaria a suspeita de ASC, e qual a percepção sobre a sua informação/ formação, quer na identificação, quer na actuação em situação de suspeita de ASC bem como a caracterização das fontes de informação sobre a temática do abuso sexual de crianças (acções de formação, congressos, comunicação social, leituras alusivas ao tema, pesquisa informática ou outras).

Questionário de Representações sobre Abuso Sexual de Crianças – Histórias (QRASC-HIS)

O Questionário de Representações sobre o Abuso Sexual de Crianças - Histórias (QRASC-HIS) (Alberto, Alarcão, Fazenda, & Querido, 2008) é composto por três histórias diferentes de abuso sexual de crianças/adolescentes. Cada história é seguida de dez afirmações/itens, sendo solicitado ao respondente que indique o seu grau de concordância relativamente a cada afirmação. As opções de resposta encontram-se formuladas numa escala de Likert de 4 pontos: 1-“Discordo totalmente”, 2-“Discordo”, 3-“Concordo”, 4-“Concordo totalmente”. Com as três histórias pretende-se identificar as diferentes representações dos sujeitos relativamente à legitimação ou banalização da problemática em estudo.

A construção das três histórias assentou em pressupostos teóricos, baseados na literatura sobre as diferentes leituras relativas à dinâmica do Abuso Sexual de Crianças, assim como na experiência profissional das autoras. Na elaboração das afirmações relativas a cada história foram consideradas cinco dimensões teóricas: 1- legitimação e/ou banalização de situações que não impliquem penetração; 2 - legitimação e/ou justificação da possibilidade de abuso sexual por comportamentos da criança/adolescente; 3-legitimação e/ou justificação da possibilidade de abuso sexual por factores externos (stress, consumo...); 4-desvalorização/aceitação de alguma situação “pouco abusiva ”em favor da privacidade/coesão familiar; 5-(im)possibilidade de atribuição do abuso sexual ao abusador, em função do seu estatuto social, económico e escolaridade.

Considerando que o instrumento não tem ainda estudos de validação concluídos, tornou-se necessária a análise das suas qualidades psicométricas, realizadas com base na amostra de 153 sujeitos (76 médicos e 77 enfermeiros).

Estudos de Precisão

Do estudo das qualidades psicométricas deste instrumento (QRASC-HIS) e considerando a análise da precisão através da consistência interna, foi calculado o coeficiente *alfa* de Cronbach. O valor obtido para a escala total é de $\alpha = .951$ (N =152) o que revela uma consistência interna excelente. (DP=12,129). No estudo de Querido

(2009), o índice de consistência interna obtido para a escala total foi de $\alpha = .93$ (N =98), um valor muito semelhante do estudo presente.

Tabela 5. Valores de correlação Item-escala total e de alfa se o item for eliminado

Itens	Correlação item-total	Cronbach's Alpha se item eliminado
QRASCHISA1	0,589	0,95
QRASCHISA2	0,521	0,95
QRASCHISA3	0,36	0,954
QRASCHISA4	0,623	0,949
QRASCHISA5	0,735	0,948
QRASCHISA6	0,604	0,949
QRASCHISA7	0,759	0,948
QRASCHISA8	0,693	0,949
QRASCHISA9	0,628	0,949
QRASCHISA10	0,707	0,949
QRASCHISB1	0,655	0,949
QRASCHISB2	0,621	0,949
QRASCHISB3	0,429	0,953
QRASCHISB4	0,752	0,948
QRASCHISB5	0,723	0,948
QRASCHISB6	0,687	0,949
QRASCHISB7	0,73	0,948
QRASCHISB8	0,523	0,95
QRASCHISB9	0,677	0,949
QRASCHISB10	0,737	0,948
QRASCHISC1	0,651	0,949
QRASCHISC2	0,605	0,949
QRASCHISC3	0,72	0,948
QRASCHISC4	0,624	0,949
QRASCHISC5	0,681	0,949
QRASCHISC6	0,678	0,949
QRASCHISC7	0,514	0,95
QRASCHISC8	0,51	0,95
QRASCHISC9	0,643	0,949
QRASCHISC10	0,652	0,949

Verificou-se que as correlações entre cada item e a escala total são boas, variando entre .36 e .76 respeitantes respectivamente ao item 3 da História A e ao item 7 da mesma história, todavia a retirada do item 3 da História A não influenciaria significativamente o valor da consistência interna da escala total, pelo que se decidiu mantê-lo no questionário (Tabela 5).

Considerando cada história em particular, relativamente à História A obteve-se um valor bom para o coeficiente *alpha* de Cronbach ($\alpha = .885$) revelando uma

consistência interna elevada. A média de respostas aos 10 itens desta História foi 13,91 e o DP=4,32.

Os itens da História A apresentam uma correlação com o total da História que varia entre $r = .316$ (item 3) e $r = .812$ (item 5) (ver Quadro X, Anexo 3).

A História B revela igualmente uma elevada consistência interna apresentando um coeficiente alfa de Cronbach .885, com uma média de pontuação aos 10 itens de $M=14,53$ e $DP=4,53$. Os itens da História B apresentam uma correlação com a História total que varia entre $r = .364$ (item 3) e $r = .770$ (item 5) (ver Quadro XI, Anexo 3).

Na História C obteve-se um excelente índice de consistência interna, de $\alpha=.918$, com uma média de resposta aos 10 itens de $M=16,90$ e $DP=4,730$, com os itens a apresentarem valores de correlação com o total da História C entre $r = .593$ e $r = .805$, (respectivamente item 7 e 3) (ver Quadro XII, Anexo 3).

Analisou-se ainda o índice de correlação entre as três histórias e entre estas e a escala total da história através do coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 6).

Tabela 6. Índices de Correlação entre as 3 Histórias e a escala total

	QRASCTOTAL	QRASCTHA	QRASCTHB
QRASCTHA	,872(**)		
QRASCTHB	,933(**)	,783(**)	
QRASCTHC	,871(**)	,588(**)	,729(**)

** $p < .0001$

O índice de correlação entre o QRASC-HIS total e cada uma das 3 histórias apresenta valores muito elevados, todos acima do .870. Entre o QRASC-HIS total e a História A obteve-se um $r = .872$; entre o QRASC-HIS total e a História B registou-se uma correlação de .933, e a correlação entre o QRASC-HIS total e a História C apresenta um $r = .871$, com $p < 0,01$. A correlação entre a História A e a História B é igualmente forte ($r = .783$), entre a História A e a História C é moderada ($r = .588$), e entre a História B e a História C verifica-se uma correlação forte ($r = .729$).

Os valores de correlação obtidos permitem considerar que as histórias estarão a medir o mesmo construto, o que vem reforçar o valor de consistência interna do QRASC-HIS.

Querido (2009) obteve no seu estudo valores de consistência interna de $\alpha = .84$ na História A, $\alpha = .88$ na História B e $\alpha = .85$ na História C. Relativamente ao índice de correlação entre o QRASC-HIS total e cada uma das 3 histórias o estudo de Querido

(2009) apresentou igualmente valores muito elevados, todos acima do $r = .800$; entre o QRASC-HIS total e a História A obteve um $r = .859$; entre o QRASC-HIS total e a História B registou uma correlação de $.919$, e a correlação entre o QRASC-HIS total e a História C apresentou um $r = .860$. A correlação entre a História A e a História B foi igualmente forte ($r = .729$), entre a História A e a História C foi moderada ($r = .568$), e entre a História B e a História C verificou-se uma correlação forte ($r = .689$). Na globalidade apesar de ligeiramente mais baixos estes valores permitiram igualmente considerar que as Histórias estavam a avaliar o mesmo constructo reforçando o valor da consistência interna do QRASC-HIS.

Estudos de validade

Validade do construto

Para avaliar a validade empírica, recorreu-se à análise factorial exploratória. Esta avaliação decorreu da necessidade de identificar se emergiam as dimensões teóricas de base da construção.

A análise factorial realizada apresenta validade estatística, uma vez que a nossa amostra cumpre o critério de tamanho exigido ($n.^{\circ}$ itens \times 5, que implica uma amostra mínima de 150 sujeitos). Utilizaram-se dois grandes pressupostos de valor de análise factorial, nomeadamente o coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .901$) que indica que a amostragem é suficientemente adequada e o índice de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 (435) = 3300,108$; $p < 0,001$) (Tabela 7) que indica que a matriz das intercorrelações dos 30 itens que compõem o QRASC-HIS é significativamente diferente de uma matriz de identidade, sendo adequado proceder à análise factorial (Maroco, 2007).

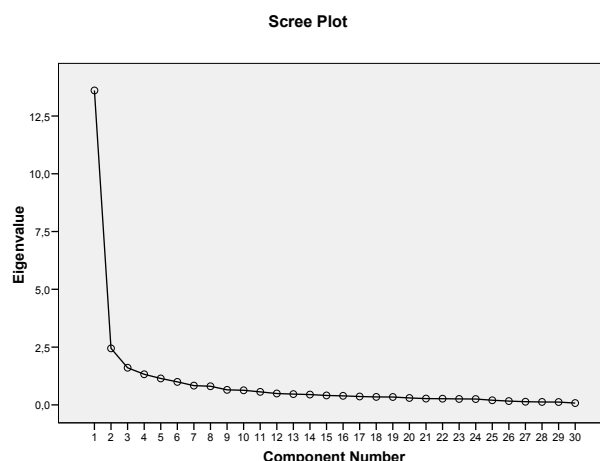
Tabela 7. Critério KMO e Teste de esfericidade de Bartlett's

Kaiser-Meyer-Olkin		0,901
Teste de esfericidade de Bartlett	Chi-Square	3300,108
	Df	435
	Sig.	000

A estrutura factorial do Questionário de Representações sobre Abuso Sexual de crianças – Histórias (QRASC-HIS) foi obtida pela Análise Factorial Exploratória (AFE), com extracção dos factores pelo método das componentes principais seguida de uma rotação Varimax. Os factores comuns retidos foram aqueles que apresentavam um

eigenvalue superior a 1, em consonância com o *Scree Plot* (Gráfico 1) e a percentagem de variância explicada, uma vez que de acordo com Maroco (2007) a utilização de um único critério pode conduzir à retenção de mais ou menos factores do que os relevantes para descrever a estrutura latente.

Gráfico 1-Scree Plot da AFE do QRASC-HIS



A partir desta análise identificaram-se cinco factores que no seu conjunto explicam 67,072% da variância total.

Na estrutura factorial obtida, o factor 1 explica 19,5% da variância. A análise dos itens 11 que o compõem, de acordo com a respectiva saturação no factor (ver Tabela 8), levou-nos a concluir que é um factor que integra um conjunto de crenças legitimadoras do abuso sexual através da *normalização das situações abusivas como atitudes regulares no desenvolvimento*. Este factor obteve um valor de consistência interna de alfa de Cronbach de .925, uma média de pontuação total de 18,23 e DP=5,12 mostrando elevadas correlações entre cada um dos 11 itens e o total do factor (Ver Quadros XIII, e XIV anexo 3/a).

Tabela 8. Itens que integram factor 1	saturação
QRASCHIS3.3- Se o Tomás fosse mesmo sexualmente abusado pela mãe seria uma criança triste e facilmente se perceberia que algo de muito errado se estava a passar com ele	.770
QRASCHIS3 4- A mãe do Tomás anda mal, está suficiente doente para nem poder tomar conta do Tomás, e portanto é bastante improvável que abuse sexualmente do filho.	.775
QRASCHIS3 5- Não faz nenhum sentido pensar em abuso sexual nesta situação pois as mães são incapazes de ser sexualmente abusivas	.744
QRASCHIS3.2- Nestas idades as crianças são muito curiosas pela área sexual, gostam de saber e de	.722

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

ver o corpo humano, e não faz sentido pensarmos em abuso.

QRASCHIS3 6 -Não é provável que uma mãe abuse do seu próprio filho, e ainda mais quando é tão pequeno como o Tomás	.712
QRASCHIS3 8 -É absolutamente normal as mães dormirem com os seus filhos enquanto pequenos e o Tomás pode ter pensado que isso era um “romance” uma vez que agora é o “homem lá de casa”, pois os seus pais vivem separados	.702
QRASCHIS3 7 -Os pais do Tomás estão divorciados, e está mesmo a ver-se que esta é uma história inventada pelo pai da criança, para ficar sempre com o filho consigo	.620
QRASCHIS3 9 -Mesmo que a Maria tenha algum contacto mais sexualizado com o filho Tomás, isso não deve ser muito valorizado, para se poder manter a relação entre mãe e filho que é tão importante para o desenvolvimento das crianças.	.657
QRASCHIS3 10 -Mesmo que a mãe do Tomás lhe faça alguma coisa menos própria, não pode ser considerada abuso sexual, porque a senhora tem uma depressão.	.551
QRASCHIS2 4 -É um exagero da Luísa considerar algum atrevimento por parte do professor, como abuso sexual	.412
QRASCHIS2 7 -Não parece que o professor abuse da Luísa, até porque se preocupa muito com ela, com as suas notas, e dá-lhe conselhos	.454

O factor 2 explica 18% da variância. A análise dos 10 itens que o integram (ver Tabela 9) particularmente dos que têm maior saturação, leva-nos a concluir que integra um conjunto de crenças legitimadoras do abuso sexual associadas à *impossibilidade de atribuição do abuso sexual ao agressor em função do seu estatuto sócio-profissional*. Este factor obteve um valor de consistência interna de $\alpha = .922$, Média=13,88 e DP =4,271.

Tabela 9. Itens que integram o factor 2

	saturação
QRASCHIS1 1 -O avô da Ana nunca faria nada sexualmente abusivo à sua própria neta	.779
QRASCHIS1 5 -Não é possível que o avô da Ana, naquela idade, sendo uma pessoa simpática, sem	.769
QRASCHIS1 4 É muito pouco provável que a Ana seja sexualmente abusada pelo avô pois quer os pais quer o avô são pessoas com estudos e bem formadas. A mãe é enfermeira e o avô até foi polícia	.724
QRASCHIS1 2 -O avô da Ana pode andar a passar por uma fase difícil, lidando mal com o facto de estar reformado, viúvo e dependente do filho, e por isso ter brincadeiras menos próprias com a neta	.707
QRASCHIS1 10 -Como o avô da Ana é viúvo, é provável que ele procure nas brincadeiras com a neta um pouco de carinho, que é percebido como um comportamento sexualmente abusivo	.632
QRASCHIS1 7 -Não se pode dizer que o avô abuse sexualmente da Ana, pois não passa de umas “caricias” e não há realmente tentativa de ter relações sexuais com a menina	.629
QRASCHIS1 6 -A Ana deve ter visto na televisão, e depois baralhou-se com as brincadeiras do avô	.606

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

pois agora tudo parece “abuso sexual”

QRASCHIS1 8-A Ana não devia andar a contar estas coisas por aí, pois corre mesmo o risco de a sua família se desorganize e de que os seus pais e avô fiquem destroçados com esta história .592

QRASCHIS2 1-O Professor não arriscaria fazer alguma coisa tão grave como abusar sexualmente de uma aluna sua na escola .542

QRASCHIS1 9-Muito provavelmente a Ana teve algum pesadelo depois de ouvir as notícias que agora falam muito de abuso sexual de crianças e está confusa pensando que aconteceu o mesmo .512

O factor 3 explica 12,2% da variância (ver Tabela 10). A análise dos 5 itens integra um conjunto de crenças legitimadoras do abuso sexual pela *desvalorização de alguma situação “pouco abusiva” em favor da privacidade e coesão familiar*. Este factor 3 obteve um valor de consistência interna $\alpha = .838$, Média = 6,93 e DP = 2,251.

Tabela 10. Itens que integram o factor 3

	saturação
QRASCHIS3 10 - Mesmo que a mãe do Tomás lhe faça alguma coisa menos própria, não pode ser considerada abuso sexual, porque a senhora tem uma depressão.	.444
QRASCHIS1 8 - A Ana não devia andar a contar estas coisas por aí, pois corre mesmo o risco de que sua família se desorganize e de que os seus pais e avô fiquem destroçados com esta história	.485
QRASCHIS2 8 -A intervenção numa suspeita de abuso sexual é tão traumatizante, que mesmo que o professor tenha comportamentos mais sexualizados com a Luísa é melhor não os divulgar	.761
QRASCHIS2 5 - Mesmo que o professor esteja a ser atrevido para com a Luísa, ela pode gostar deste atrevimento, pois fá-la sentir-se crescidinha: até há um professor que a vê como namorada! Por isso, não pode ser visto como abuso sexual.	.477
QRASCHIS2 4 - É um exagero da Luísa considerar algum atrevimento por parte do professor, como abuso sexual	.400

Os 8 itens que integram o factor 4 explicam 10,83% da variância do QRASCHIS e denotam uma *explicação da situação por comportamentos da criança/adolescente* (ver Tabela 11) Este factor obteve um alfa de Cronbach de .891, Média=12,12 e DP=3,538.

Tabela 11. Itens que integram o factor 4

	saturação
QRASCHIS3 7-Os pais do Tomás estão divorciados, e está mesmo a ver-se que esta é uma história inventada pelo pai da criança ,para ficar sempre com o filho consigo	.454
QRASCHIS1 6-A Ana deve ter visto na televisão, e depois baralhou-se com as brincadeiras do avô, pois agora tudo parece ser “abuso sexual”	.474

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

QRASCHIS2 2 -É mais provável que a Luísa tenha um namorado e tenha inventado aquela história para as amigas e família, para se defender de algum mexerico	.642
QRASCHIS2 6 -A Luísa provoca o professor com as roupas que usa e, se não gostasse do que ele faria vestida de outra forma para a escola	.615
QRASCHIS2 5 -Mesmo que o professor esteja a ser atrevido para com a Luísa, ela pode gostar deste atrevimento, pois fá-la sentir-se crescadinha: até há um professor que a vê como namorada! Por isso, não pode ser visto como abuso sexual.	.593
QRASCHIS1 9 Muito provavelmente a Ana teve algum pesadelo depois de ouvir as notícias que agora falam muito de abuso sexual de crianças e está confusa pensando que aconteceu o mesmo	.589
QRASCHIS2 7 Não parece que o professor abuse da Luísa, até porque se preocupa muito com ela, com as suas notas, e dá-lhe conselhos	.557
QRASCHIS2 4 É um exagero da Luísa considerar algum atrevimento por parte do professor, como abuso sexual	.406

O factor 5 explica 6,46% da variância. Os dois itens que o integram têm uma saturação elevada mas, por ter apenas dois itens será abandonado (ver tabela 12).

Tabela 12. Itens que integram o factor 5 **saturação**

QRASCHIS1 3 A Ana é tão pequena que é um disparate pensar que o avô tenha relações sexuais com ela	.901
QRASCHIS2 3 É possível que o professor tenha um comportamento menos próprio para com a Luísa, porque tem andado com muita pressão no trabalho e na vida familiar	.896

A estrutura factorial obtida parece aproximar-se das dimensões teóricas prévias à construção do questionário. Os valores de consistência interna obtidos em cada factor indicam que podem ser utilizados como dimensões específicas, todavia, para que tal fique efectivamente bem estabelecido, será fundamental realizar mais estudos, com amostras maiores.

Validade concorrente

O QRASC-HIS apresenta correlações elevadas e convergentes com a ECAS. Uma vez que a ECAS e o QRASC-HIS partilham o objectivo de avaliar as crenças em torno do abuso sexual de crianças, a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre os dois instrumentos vem estabelecer a validade convergente dos dois instrumentos (ver Tabela 13).

Tabela 13. Índice de correlação do QRASC-HIS e ECAS

	QRASC His	QRASC HisA	QRASC HisB	QRASC HisC
ECAS	,453(**)	,439(**)	,444(**)	,370(**)

** . 01, * .05

Comparativamente no estudo de Querido (2009) através da análise factorial identificaram-se oito grupos de factores que no seu conjunto explicam 70,38% da variância dos resultados.

Dados normativos

A média de respostas ao QRASC-HIS é de 45,40 (DP=12,13), para a História A é de 13,91 (DP=4,32), para a História B de 14,53 (DP=4,53) e para a História C, M=16,9 com um DP = 4,73. No estudo de Querido (2009), com uma amostra de Educadores e Infância e estudantes do Curso de Educação de Infância, a média do QRASC-HIS obtida foi de 45,83 (DP=9,99), na História A foi de M = 14,02 (DP=3,47), para a História B de 14,92 (DP=3,95) e para a História C a média foi de 16,7 com um DP = 3,83. Os valores encontrados nos dois estudos são muito próximos, e ambos vão no sentido da não aceitação do abuso sexual de crianças.

Questionário sobre Abuso sexual de crianças – Factores Desencadeadores, Manutenção e Resolução - (QASCFMR)

O Questionário sobre Abuso Sexual de Crianças – Factores Desencadeadores, Manutenção e Resolução - (QASCFMR) (Alberto, Alarcão, Querido, & Fazenda, 2008) é composto por três conjuntos de afirmações relativas a factores que se julga poderem contribuir para que surjam situações de abuso sexual a crianças, para a sua manutenção, bem como factores que podem interromper e/ou parar estas relações abusivas. Cada grupo de factores é constituído por dezasseis afirmações, sendo solicitado ao respondente que indique o seu grau de concordância com cada uma das afirmações, de acordo com uma escala de Likert de 4 pontos em que 1-“Discordo totalmente”, 2-“Discordo”, 3-“Concordo”, 4-“Concordo totalmente”. As afirmações presentes em cada um dos conjuntos de factores podem ser agrupadas em três condições: a) relacionados à criança (vítima), b) associados ao abusador, e c) relativas ao contexto familiar e social.

Estudos de precisão

Tendo como base a nossa amostra de 153 médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, no que respeita à fidelidade do QASCFMR, obteve-se para o **factor de activação** (16 *itens*) um coeficiente *alpha* de Cronbach ($\alpha = .893$) que revela uma consistência interna elevada. O **factor de manutenção** obteve um valor *alpha* de Cronbach ($\alpha = .925$) que traduz igualmente uma excelente consistência interna, enquanto o **factor de resolução** revelava um índice bastante bom, com $\alpha = .944$.

Ao analisar o primeiro factor, cujos *itens* são relativos aos *factores facilitadores da ocorrência de abuso sexual* observou-se que todos os itens apresentaram correlações elevadas com o total do factor, sendo a mais baixa $r = .414$ correspondente ao *item 12* "antecedentes de abuso sexual em criança do próprio abusador" (ver Tabela 14)

Tabela 14. Coeficiente de correlação item total da escala

Itens	Correlação item-total	Cronbach's Alpha se item eliminado
QASCFMRI1	,554	,886
QASCFMRI2	,526	,888
QASCFMRI3	,528	,888
QASCFMRI4	,544	,887
QASCFMRI5	,707	,880
QASCFMRI6	,455	,890
QASCFMRI7	,581	,885
QASCFMRI8	,696	,881
QASCFMRI9	,650	,883
QASCFMRI10	,485	,889
QASCFMRI11	,638	,883
QASCFMRI12	,414	,891
QASCFMRI13	,489	,889
QASCFMRI14	,454	,890
QASCFMRI15	,506	,888
QASCFMRI16	,615	,884

Relativamente ao segundo factor, relativo às condições *responsáveis pela manutenção do abuso sexual* verificou-se que o *item* com a correlação mais baixa correspondeu a *item 12* "ausência de denúncia por parte dos profissionais", com um valor de $r = .228$ (ver Tabela 15).

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

Tabela 15. Coeficiente de correlação item total da escala

Itens	Correlação item-total	Cronbach's Alpha se item eliminado
QASCFMR11	,702	,919
QASCFMR12	,628	,921
QASCFMR13	,453	,926
QASCFMR14	,640	,921
QASCFMR15	,729	,918
QASCFMR16	,770	,917
QASCFMR17	,772	,917
QASCFMR18	,725	,918
QASCFMR19	,726	,918
QASCFMR110	,621	,921
QASCFMR111	,398	,927
QASCFMR112	,228	,932
QASCFMR113	,654	,921
QASCFMR114	,704	,919
QASCFMR115	,657	,921
QASCFMR116	,776	,917

No terceiro factor relativo à *resolução de situações de abuso sexual*, o item 5 “alterar o comportamento da vítima para menos provocador” registou a correlação mais baixa, $r = .138$ (ver Tabela 16). Contudo, verificou-se que a eliminação de qualquer *item* do instrumento não influenciaria significativamente a consistência interna.

Tabela 16. Coeficiente de correlação item total da escala

Itens	Correlação item-total	Cronbach's Alpha se item eliminado
QASCFMR21	,601	,943
QASCFMR22	,829	,938
QASCFMR23	,850	,937
QASCFMR24	,823	,938
QASCFMR25	,138	,952
QASCFMR26	,870	,937
QASCFMR27	,853	,937
QASCFMR28	,520	,945
QASCFMR29	,851	,937
QASCFMR210	,780	,939
QASCFMR211	,531	,944
QASCFMR212	,538	,944
QASCFMR213	,748	,940
QASCFMR214	,500	,945
QASCFMR215	,824	,938
QASCFMR216	,841	,937

Na investigação de Querido (2009) e relativamente à fidelidade do QASCFMR, para o **factor de activação** o valor obtido para o coeficiente *alpha* de Cronbach foi .81, para o **factor de manutenção** foi *alpha* de Cronbach de .86 e para o **factor de resolução** foi um $\alpha = .80$, revelando elevada consistência interna em todos os factores, apesar de ligeiramente mais baixos que os encontrados no nosso estudo.

Dados normativos

A média de respostas ao QASCFMR para o Factor 1 foi 37,03 e o DP=8,302, para o Factor 2 (M=45,68; DP=8,979) e para o Factor 3 (M= 48,18; DP=11,181). Os valores encontrados por Querido (2009) foram para o Factor 1 M =37,36 (DP=5,89, para o Factor 2 (M=48,85; DP=5,87) e para o Factor 3 (M= 52,3; DP=5,47).

Escala de Crenças sobre o Abuso Sexual

A Escala de Crenças sobre o Abuso Sexual (ECAS) integra um conjunto de afirmações relativas a situações de abuso sexual, construído e aferido para a população portuguesa por Machado, Gonçalves e Matos em 2000. As afirmações remetem para situações de abuso sexual, sendo solicitado que se leia atentamente as frases e se exprima a opinião em relação a cada uma delas. Sublinha-se o facto de não existirem respostas certas ou erradas, devendo ser dadas conforme o pensar e sentir do sujeito.

A escala é constituída por 17 itens, construídos a partir da observação clínica de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual e da literatura sobre mitos e crenças culturais em relação ao abuso. Foram ainda utilizados como recurso os relatos da observação clínica de abusadores, bem como a literatura acerca das suas estratégias cognitivas de legitimação do comportamento sexualmente abusivo. Na óptica dos autores a ECAS ilustra a perspectiva do agressor relativamente às ideias e pensamentos que utiliza para legitimar os seus comportamentos abusivos.

As opções de resposta na escala encontram-se formuladas numa escala de Likert de 5 pontos, desde 1 (“discordo totalmente”) a 5 (“concordo totalmente”). Foi elaborada a reflexão falada destes itens, junto de amostras da população normativa, bem como com técnicos que trabalham com vítimas de crimes sexuais. Posteriormente, o estudo normativo conduzido com 372 sujeitos, identificou 3 factores nas respostas à ECAS: a) a legitimação do abuso pela sedução infantil (itens 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, e 16), b) a sua legitimação pela ausência de violência (itens 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17) e c) a crença de

que o abuso não existe quando o ofensor não corresponde a um estereótipo pré – definido (itens 1, 2, 3, 4 e 5). O índice total do questionário constitui uma medida genérica de tolerância/legitimação do abuso sexual, enquanto os totais específicos obtidos em cada factor permitem avaliar as crenças centrais subjacentes a tal legitimação.

Na amostra do nosso estudo foi obtido na ECAS um coeficiente *alpha* de Cronbach de .898, que traduz uma consistência interna elevada. Este índice de consistência interna é muito semelhante ao obtido nos estudos anteriores.

A eliminação de qualquer item do instrumento não influenciaria a consistência interna da escala. Verifica-se que os itens apresentam uma correlação positiva e elevada com a escala que varia entre .341 (item 3) e .689 (item 16) (Ver Quadros XV do anexo 4).

No estudo de Querido (2009), com uma amostra de Educadores de Infância e estudantes do Curso de Educação de Infância, foi obtido um coeficiente de *alpha* de Cronbach de .859, muito semelhante ao encontrado por nós.

Dados normativos

A média de respostas dadas na ECAS, pelos médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários é de 24,62, (DP = 6,89) declarando uma tendência discordante em relação aos itens que compõem a escala.

Num estudo levado a cabo em 2003 com psicólogos e estudantes de educação a média obtida pelos psicólogos na ECAS foi de 1,52 (DP = .43). A média obtida pelos alunos de Psicologia do 1º ano na ECAS foi de 1,58 (DP = .32). Quanto aos alunos do 5º ano de Psicologia, estes obtiveram uma média de 1,40 (DP = .26). Nos alunos do 1º ano de Educação a média obtida foi de 1,73 (DP = .36), enquanto os alunos do 5º ano de Educação obtiveram uma média de 1,49 (DP = .36).

2.3- Procedimentos estatísticos

Com o objectivo de avaliar a normalidade da distribuição das respostas aos instrumentos na amostra do nosso estudo, e atendendo a que o nosso *n* é de 153 sujeitos ($n \geq 50$) recorreremos ao teste de Kolmogorov-Sminorv, com a correcção de Lilliefors, com um p-value de 0,2 e uma probabilidade de erro de 0,05 (, ver Quadro XVI, Anexo 5).

Verifica-se que para o QRASC-HIS os valores na História 1, História 2, História 3 e História Total não seguem uma distribuição normal, violando os pressupostos da normalidade de distribuição.

Na ECAS, constatou-se que o pressuposto da normalidade é violado.

No QASCFMR os valores aproximam-se de uma distribuição normal apenas no Factor 1 (K-S=0,048;p=0,200). Os factores 2 e 3 não seguem uma distribuição normal.

Assim, para a análise dos resultados do presente estudo, tendo em conta os objectivos previamente delineados e explanados, recorrer-se-á aos testes não paramétricos (*Teste U de Mann-Whitney* e *Teste Kruskal-Wallis*), dado não se verificar o cumprimento dos pressupostos de normalidade da distribuição na amostra estudada (Maroco, 2007).

A análise estatística dos dados recolhidos no estudo, foi efectuada com o recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 para Windows.

3-Apresentação dos Resultados

Variáveis sócio demográficas e representações sociais em torno do abuso sexual de crianças

Na análise da influência da variável “sexo” obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas na História A, História B, QRASC-HIS total e ECAS. Analisando as médias observa-se que os indivíduos do sexo masculino apresentam valores mais legitimadores do abuso sexual de crianças (ver Tabela 17). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na História C nem nos factores do QASCFMR em função da variável sexo.

Tabela 17. Representações sociais (ECAS;QRASC-HIS;QASCFMR) e variável “sexo” (Teste U de Mann-Whitney)

	ECAStotal	HIS1	HIS2	HIS3	HISTOTAL	FMR1	FMR2	FMR3
Mann-Whitney U	1491,50	1289,00	1376,50	1576,50	1331,50	1746,50	1662,50	1673,00
Wilcoxon W	8512,50	8549,00	8516,50	8827,50	8471,50	9006,50	2223,50	2234,00
Asymp.	,039*	,002*	,008*	,066	,005*	,300	,178	,193

*p<,05

Considerando a variável “estado civil” (solteiro, casado, divorciado ou viúvo) não se registaram diferenças estatisticamente relevantes nas respostas dadas ao QRASC-HIS (ver Tabela 18).

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

Tabela 18. Representações sociais (QRASC-HIS) e variável “estado civil” (Teste Kruskal-Wallis)

	HIS TOTAL
Chi-Square	5,54
Df	3
Asymp. Sig.	0,16

A variável “existência de filhos” (ter ou não ter filhos) não registou diferenças estatisticamente relevantes nas respostas dadas a nenhum dos instrumentos do protocolo (ver Tabela 19).

Tabela 19. Representações sociais (ECAS;QRASC-HIS;QASCFMR) e variável “existência de filhos” (Teste U de Mann-Whitney)

	ECAS total	HIS1	HIS2	HIS3	HISTOTAL	FMR1	FMR2	FMR3
Mann-Whitney U	1899,00	1838,50	1859,00	1646,00	1753,00	1946,00	1754,00	1918,00
Wilcoxon W	2427,00	2399,50	2420,00	2207,00	2314,00	9206,50	9014,50	2479,00
Asymp.	,982	,521	,636	,136	,346	,882	,454	,839

A variável “habilitações académicas” não foi analisada, considerando que a maioria dos sujeitos (n= 142) tem Licenciatura, havendo um sujeito com Doutoramento e 9 com mestrado.

No que concerne à análise da influência da variável “categoria profissional”, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas ao QRASC-HIS Total e nas 3 Histórias, com os médicos a apresentarem valores mais legitimadores que os enfermeiros (ver Tabela 20). Na ECAS e no QASCFMR não se verificaram diferenças significativas em função da categoria profissional.

Tabela 20. Representações sociais (ECAS;QRASC-HIS;QASCFMR) e variável “categoria profissional” (Teste U de Mann-Whitney)

	ECAS total	HIS1	HIS2	HIS3	HISTOTAL	FMR1	FMR2	FMR3
Mann-Whitney U	2667,50	2246,00	2035,00	2157,50	1963,50	2924,50	2582,50	2824,50
Wilcoxon W	5670,50	5249,00	5038,50	5160,50	4966,50	5850,50	5508,00	5674,50
Asymp.	,497	,001*	,001**	,005*	,001**	,996	,259	,816

*p<,05, **p<,001

Não se encontraram diferenças significativas em função da variável “área do centro de saúde” onde exerce a profissão (ver Tabela 21).

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

Tabela 21. Representações sociais (ECAS;QRASC-HIS;QASCFMR) e variável “área do centro de saúde” (Teste Kruskal-Wallis)

	ECAStotal	HIS1	HIS2	HIS3	HISTOTAL	FMR1	FMR2	FMR3
<i>Chi-Square</i>	4,259	1,765	,414	,548	,505	,345	1,186	1,518
<i>Df</i>	2	2	2	2	2	2	2	2
<i>Asymp.</i>	,119	,414	,813	,760	,777	,842	,553	,468

Em relação à influência da variável “experiência profissional em tempo de serviço” e transformando a variável em categorias integrando na categoria 1 (até 10 anos), 2 (de 11 a 20 anos), 3 (entre 21 e 30 anos) e 4 (entre 31 e 40 anos de serviço), registaram-se diferenças estatisticamente significativas no QRASC-HIS total (ver Tabela 22).

Verifica-se que a progressão na carreira em tempo de serviço se acompanha de um aumento da legitimação.

Tabela 22. Representações sociais (QRASC-HIS;) e variável “tempo de serviço”

	HISTOTAL
<i>Chi-Square</i>	14,719
<i>Df</i>	3
<i>Asymp. Sig</i>	,002

Tabela 23. Média de ordem do QRASC-HIS total em função das categorias da variável “tempo de serviço”

Tempo de serviço Categorias	N	Média de Rank
1	29	60,84
2	47	63,95
3	58	87,33
4	17	96,53
Total	151	

Não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas na influência da variável “experiência profissional com crianças vítimas de ASC” nas respostas dos inquiridos em nenhum dos instrumentos. Verifica-se que ter ou não experiência profissional com crianças vítimas de ASC não influencia as respostas na amostra em causa.

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

Tabela 24. Representações sociais (ECAS; QRASC-HIS; QASCFMR) e variável “experiência profissional com crianças vítimas de CSA” (Teste U de Mann-Whitney)

	ECAS total	HIS1	HIS2	HIS3	HISTOTAL	FMR1	FMR2	FMR3
Mann-Whitney U	2770,00	2645,50	2035,00	2157,50	2655,50	2818,50	2766,50	2772,50
Wilcoxon W	4915,00	6386,50	6283,50	5151,50	6396,00	6559,50	6421,50	6513,50
Asymp.	,925	,376	,265	,978	,496	,818	,763	,807

Quanto à variável “a quem comunicaria a suspeita de um caso de ASC” em qualquer dos casos de resposta, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas nas respostas dos inquiridos aos diversos instrumentos. A tipologia da entidade a quem referenciaríamos um caso de ASC, não os distingue na legitimação de ASC.

Tabela 25. Representações sociais (ECAS;QRASC-HIS;QASCFMR) e variável “a quem comunicar uma suspeita de ASC” (Teste Kruskal-Wallis)

	ECAS total	HIS1	HIS2	HIS3	HISTOTAL	FMR1	FMR2	FMR3
Chi-Square	8,289	10,835	7,069	4,578	6,423	6,147	3,087	3,622
Df	7	7	7	7	7	7	7	7
Asymp.	,308	,146	,422	,711	,491	,523	,877	,822

Na variável “qualidade de informação para identificação de ASC” não se registaram diferenças estatisticamente significativas nas respostas dos inquiridos aos diversos instrumentos.

Tabela 26. Representações sociais (ECAS;QRASC-HIS;QASCFMR) e variável “qualidade de informação para a identificação de ASC” (Teste Kruskal-Wallis)

	ECAS total	HIS1	HIS2	HIS3	HISTOTAL	FMR1	FMR2	FMR3
Chi-Square	2,650	5,273	5,720	4,503	5,623	1,046	3,091	1,673
Df	3	3	3	3	3	3	3	3
Asymp.	,449	,153	,126	,212	,131	,790	,378	,643

Do mesmo modo, no que respeita à variável “qualidade de informação para actuação em casos de ASC” não se encontraram diferenças significativas (ver Tabela 26). A percepção da qualidade da informação/formação que possuem quer para a identificação quer para a actuação em casos de ASC não os distingue a nível das representações sociais do abuso sexual de crianças.

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

Tabela 27. Representações sociais (ECAS;QRASC-HIS;QASCFMR) e variável “qualidade de informação para actuar em casos de ASC” (Teste Kruskal-Wallis)

	ECAS total	HIS1	HIS2	HIS3	HISTOTAL	FMR1	FMR2	FMR3
<i>Chi-Square</i>	4,851	1,977	2,612	2,947	2,623	1,164	2,977	2,336
<i>Df</i>	3	3	3	3	3	3	3	3
<i>Asymp.</i>	,183	,577	,455	,400	,453	,762	,395	,506

Considerando a variável “ fontes de informação” também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. As diferentes fontes de informação não influenciam as representações sociais do abuso sexual de crianças, nem relativamente aos factores de activação, manutenção, resolução.

Tabela 28. Representações sociais (ECAS;QRASC-HIS;QASCFMR) e variável “fontes de informação/formação recorridas” (Teste Kruskal-Wallis)

	ECAS total	HIS1	HIS2	HIS3	HISTOTAL	FMR1	FMR2	FMR3
<i>Chi-Square</i>	4,114	5,834	3,335	6,326	6,734	8,102	7,318	10,304
<i>Df</i>	6	6	6	6	6	6	6	6
<i>Asymp.</i>	,661	,442	,766	,388	,346	,231	,292	,112

No que concerne à variável “ idade”, codificada por categorias (categoria 1, 24-30 anos; categoria 2, 31-40 anos; categoria 3, 41-50 anos; categoria 4, 51-64 anos), obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas ao QRASC-HIS total e nas suas 3 Histórias.

Tabela 29. Representações sociais (ECAS;QRCSA-HIS;QASCFMR) e variável “idade por categorias” (Teste Kruskal-Wallis)

	ECAS total	HIS1	HIS2	HIS3	HISTOTAL	FMR1	FMR2	FMR3
<i>Chi-Square</i>	,769	8,823	9,387	15,078	12,057	2,235	7,111	2,261
<i>Df</i>	3	3	3	3	3	3	3	3
<i>Asymp.</i>	,857	,041	,025	,002	,007	,525	,086	,520

Constatou-se que a idade influencia a legitimação, tendo os respondentes de idades mais avançadas (categoria 4, 50-64 anos) legitimado consideravelmente mais em todas as “Histórias” e no QRCSA-HIS total. Na “História C” a categoria que menos legitima é a categoria 1 (24-30 anos) embora esta mesma categoria tenha legitimado mais que as categorias 2 (31-40 anos) e 3 (41-50 anos) tanto na “História A” como na “História B”.

Analisando a influência da idade separadamente para o sexo masculino e para o sexo feminino, verifica-se a existência de diferenças significativas no sexo masculino idade nas respostas ao QRASC-HIS total e nas 3 Histórias que o compõem (ver Quadro XVIII, Anexo 6). Os homens entre os 41 e os 50 anos surgem como os que menos legitimam o abuso sexual de crianças. Os homens entre os 24 e 30 anos apresentam valores mais elevados de legitimação nas “Histórias” A e B, e na “História total” que remetem respectivamente para um suposto abuso de uma criança do sexo feminino de cinco anos de idade, perpetrado pelo próprio avô um polícia reformado de 70 anos de idade, e na “História B” para o abuso de uma adolescente do sexo feminino de 13 anos de idade perpetrado por um professor; e os homens com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos a obterem valores mais elevados, reveladores de maior legitimação do abuso sexual, na História C, que remete para o abuso de uma criança do sexo masculino de quatro anos de idade perpetrado pela própria mãe uma enfermeira divorciada (ver Quadro XVII, Anexo 6).

Em relação ao sexo feminino verifica-se a existência de diferenças significativas nas respostas dadas às Histórias A B e C do QRASC-HIS, com as mulheres mais velhas, com idade entre os 51 e os 64 anos a legitimarem mais a situação, notando-se uma diferença muito significativa na História C. O sexo feminino, à medida que avança na idade, mais enquadra as situações abusivas em vivências “normativas”, ignorando a dimensão sexual envolvida (ver Quadro XIX, Anexo 6).

Considerando a variável idade para cada uma das profissões, médicos e enfermeiros, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Questionário sobre Abuso Sexual de Crianças – Factores Desencadeadores/Facilitadores, de Manutenção e Resolução (QASCFMR)

Analisou-se as respostas dos sujeitos da amostra a partir do seu grau de concordância com os itens que compõem a escala, sendo que para cada conjunto de factores existem condições da criança/vítima, condições do abusador e condições externas.

Considerando as *Condições desencadeadoras/facilitadoras do abuso sexual de crianças* (ver Tabela 30), o factor com o qual os sujeitos apresentaram maior concordância correspondeu a “antecedentes de violência na família de origem do

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

abusador” com 65,3%, secundado pelo factor “o abusador ter sido ele próprio vítima de abuso sexual quando criança ou adolescente” com 64,1% de concordância.

As características habitacionais que favorecem a promiscuidade surgem também como condição de relevo, apontada por 58,2% dos respondentes.

Analisando as causas que obtiveram maior desacordo nos sujeitos deste estudo, o comportamento provocador da vítima registou 77,1% de respostas discordantes. Os sujeitos discordam igualmente que a falta de atenção para com o abusador por parte do cônjuge (73,9%), os problemas conjugais do abusador (72,5%) e o baixo grau de instrução do abusador (70,6%) sejam condição para o abuso sexual de crianças.

Importa ainda referir que a deficiência mental e/ou física da vítima e o isolamento social da família da vítima surgem com um grau de concordância/discordância muito equivalente, havendo assim uma divergência nas opiniões dos sujeitos da amostra. (ver Tabela 30).

Tabela 30. Percentagem de respostas obtidas para cada item do factor 1 do QASCFMR

<i>I.</i>	<i>O abuso sexual de crianças geralmente acontece devido a:</i>	<i>Concordo completamente</i>	<i>concordo</i>	<i>discordo</i>	<i>Discordo completamente</i>
1.	Consumos de álcool ou drogas por parte do abusador	5,2	34,0	42,5	18,3
2.	Falta de atenção para com a criança/adolescente que fica assim mais vulnerável	9,8	34,6	37,9	17,6
3.	Baixo grau de instrução do abusador	5,9	23,5	36,6	34,0
4.	Baixa auto-estima do abusador	9,8	34,6	35,9	19,6
5.	Deficiência mental e/ou física da vítima	8,5	40,5	26,1	24,8
6.	Comportamento provocador da vítima	3,3	19,6	43,1	34,0
7.	Idade da vítima	7,2	30,1	36,6	26,1
8.	Problemas conjugais do abusador	1,3	26,1	41,8	30,7
9.	Falta de atenção para com o abusador por parte do cônjuge	0,7	25,5	42,5	31,4
10.	Antecedentes de violência na família de origem do abusador	16,3	49,0	24,8	9,8
11.	Isolamento social da família da vítima	5,9	43,1	37,3	13,7
12.	O adulto abusador foi ele próprio vítima de abuso sexual quando criança	13,1	51,0	28,8	7,2

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

13.	ou adolescente Características habitacionais que favorecem a promiscuidade	5,9	52,3	34,6	7,2
14.	Educação das crianças no sentido de que o adulto deve ser sempre obedecido	5,2	40,5	41,2	13,1
15.	Doença mental do abusador	11,8	43,8	29,4	15,0
16.	Atitude negligente por parte dos pais da criança/adolescente vítima	7,2	36,6	43,1	13,1

Relativamente aos *factores que contribuem para a manutenção das relações sexualmente abusivas* (ver Tabela 31), as respostas dos nossos sujeitos são tendencialmente concordantes com os itens que compõem a escala. Destacam-se, as ameaças por parte do abusador com 83,7% de concordância, seguida da ausência de denúncia por parte da vítima ou da família (81,7%). Ainda com um elevado grau de concordância surge o medo da vítima de ficar rotulada como “alguém que foi sexualmente abusado” (79,6%) e o receio da vítima de ser sujeita a várias avaliações e depoimentos (77,8%).

A ausência de denúncia por parte dos profissionais surge com o maior percentagem de discordância (46,4%).

Tabela 31 Percentagem de respostas obtidas para cada item do Factor 2 do QASCFMR

<i>II. O que mais contribui para a manutenção das relações sexualmente abusivas é:</i>	<i>concordo completamente</i>	<i>concordo</i>	<i>discordo</i>	<i>discordo completamente</i>
1. Ausência de denúncia por parte da vítima ou da família	44,4	37,3	9,2	9,2
2. Falta de confiança na eficácia da justiça	20,9	51,0	19,6	8,5
3. Valorização da intimidade pessoal/privacidade	12,4	41,8	36,6	9,2
4. Isolamento social da vítima e/ou da família	12,4	57,5	24,8	5,2
5. Falta de conhecimentos da vítima sobre como pedir ajuda	23,5	47,1	22,2	7,2
6. Ambivalência de sentimentos da vítima face ao abusador, uma vez que geralmente é seu conhecido e/ou familiar	26,1	49,0	16,3	8,5
7. Medo, por parte da vítima, de que não acreditem nela	35,9	41,8	13,1	9,2

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

8. Desconhecimento da vítima relativamente aos seus direitos	26,1	51,0	17,6	5,2
9. Ameaças por parte do abusador	32,7	51,0	6,5	9,8
10. Medo, por parte de vítima, de que o abusador seja preso, no caso de ser um familiar próximo	15,7	54,2	26,1	3,9
11. Ternura, atenção e prestação de cuidados por parte do abusador, fora dos momentos de abuso	5,9	54,2	34,0	5,9
12. Ausência de denúncia por parte dos profissionais	11,1	42,5	34,6	11,8
13. A boa imagem social e o poder que o adulto (abusador) possa ter na comunidade	13,1	56,2	27,5	3,3
14. O receio da vítima de ser sujeita a várias avaliações e depoimentos	15,7	62,1	18,3	3,9
15. O receio da vítima de que venha a ser colocada numa instituição	11,8	60,8	22,2	5,2
16. O medo da vítima de que fique rotulada como “alguém que foi sexualmente abusado”	30,3	49,3	11,2	9,2

No que concerne aos *factores de resolução do abuso sexual de crianças*, as respostas dos sujeitos são tendencialmente concordantes com os itens que compõem este factor. De notar que os itens considerados de maior importância para resolver as situações abusivas foram “informar a população em geral sobre a problemática do abuso sexual de crianças” (84,3% de concordância), em igualdade com o item “dar apoio à vítima para que ela adquira competências para impedir o abuso”.

Ainda com elevada percentagem de concordância (83%) surge o item “tornar os procedimentos nos Tribunais mais rápidos e menos dolorosos” o que parece estabelecer também em relação aos factores de resolução do abuso uma descrença na justiça.

Ainda relacionado com o anterior, poderá surgir o factor “estimular a denúncia das situações de abuso sexual” (82,4%) seguido de “Validar, no dia a dia, os direitos das crianças” (82,3%).

Os itens considerados como menos relevantes para pôr fim às relações sexualmente abusivas (ver Tabela 32) pelos sujeitos deste estudo são “mudar o comportamento da vítima para ser menos provocadora” (67,3% de discordância), o que

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

mais uma vez denota um elevado nível de desacordo destes profissionais com o estereótipo da “criança sedutora”.

Tabela 32. Percentagem de respostas obtidas para cada item no QASCFMR

<i>III. O mais importante para pôr fim às relações sexualmente abusivas de crianças é:</i>	<i>concordo completamente</i>	<i>concordo</i>	<i>discordo</i>	<i>discordo completamente</i>
1. Identificar indivíduos com perfil de abusadores sexuais e impedi-los de se aproximarem de crianças	20,3	43,1	26,1	10,5
2. Informar mais a população geral sobre a problemática do abuso sexual de crianças	47,7	36,6	3,3	13,1
3. Estimular a denúncia das situações de abuso sexual	58,2	24,2	4,6	13,1
4. Validar, no dia-a-dia, os direitos das crianças	49,0	33,3	9,2	8,5
5. Mudar o comportamento da vítima, para ser menos provocadora	10,5	22,2	49,0	18,3
6. Impedir legalmente o abusador de se aproximar da vítima	50,3	30,7	8,5	10,5
7. Agravar as condenações dos abusadores sexuais	62,1	19,6	3,9	14,4
8. Estimular a separação/ divórcio do casal, no caso do abuso sexual intrafamiliar	22,4	38,8	31,6	7,2
9. Dar apoio à vítima para que ela adquira competências para impedir o abuso	51,6	32,7	3,9	11,8
10. Tratar psiquiatricamente o agressor	39,9	39,2	13,7	7,2
11. Melhorar as condições socio-económicas das famílias	15,1	50,7	27,6	6,5
12. Proteger a vítima afastando-a do abusador, se necessário pela institucionalização	24,8	47,7	21,6	5,9
13. Proporcionar uma intervenção social e terapêutica com toda a família da vítima e do abusador	33,3	45,8	15,7	5,2
14. Fazer tratamento ao abusador para que se torne estéril, diminuindo os seus impulsos sexuais	27,5	34,6	26,8	11,1
15. Criar programas que trabalhem a assertividade das crianças, para que tenham a capacidade de dizer “Não” ao abusador	37,3	40,5	12,4	9,8
16. Tornar os procedimentos nos Tribunais mais rápidos e menos dolorosos	68,0	15,0	2,0	15,0

4-Discussão

Da análise descritiva dos resultados obtidos no QRASC-HIS e na ECAS regista-se conforme expectável que os médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários apresentam valores pouco legitimadores do abuso sexual de crianças uma vez que variam entre o “Discordo” e “Discordo Totalmente”. Comparando a média de respostas à ECAS com o estudo de Querido (2009) numa amostra de educadores de infância a diferença não mostrou ser significativa. A semelhança nos resultados em relação à pouca legitimação do abuso sexual de crianças poder-se-á atribuir ao facto de ambas as amostras serem constituídas por populações privilegiadas no contacto com crianças, expectavelmente detentoras de informação e sensibilização relativamente ao fenómeno.

Ao analisar as respostas ao QRASC-HIS verificou-se que a História C é aquela onde existe uma maior legitimação do abuso sexual de crianças. A História C remete para o abuso perpetrado pelo progenitor do sexo feminino. Sustenta-se na nossa sociedade o estereótipo de que as mulheres, principalmente as mães, são, em essência carinhosas e protectoras (Fávero,2003) sendo os resultados congruentes com o discurso social e reveladores de que estes profissionais não conseguiram ainda superar falsas crenças sobre o abuso sexual de crianças no que toca ao sexo do agressor, e com o que a literatura avança sobre o fenómeno, de que abuso sexual de crianças por mulheres não se enquadra no conjunto de comportamentos previstos nos esquemas sociais (Furniss, 1993; Salter, 1988). É evidente na nossa sociedade uma maior aceitação social do contacto corporal entre mulheres e crianças, como não abusivo, revestido de uma conotação de “normal” ternura maternal e não de um cariz sexual (Carmo, Alberto, & Guerra 2006).

A História C remete igualmente para o abuso de uma criança de quatro anos do sexo masculino, cuja mãe é enfermeira, devendo na análise dos resultados ser tido em conta a possibilidade de espelharem a permeabilidade do discurso destes profissionais ao discurso social simplista e desajustado de que o abuso só ocorre em crianças do sexo feminino, de que as crianças muito pequenas não são abusadas, e, ainda contrariamente ao que os estudos mostram de que os agressores sexuais apresentam pouca competência social (Finkelhor, 1994; Lutzer et al., cit por Machado, 2002).

A História A foi aquela em que emergiu uma menor legitimação do abuso sexual de crianças. Tratando-se do abuso perpetrado por um idoso á neta, uma menina de cinco anos, poderá reflectir a informação destes profissionais nesta temática em relação ao perfil do abusador que é transversal a todas as idades, assim como a sua percepção, tal como demonstram os estudos, de que o abuso é frequentemente intrafamiliar (Furniss, 1993; López, 1995). Poderá ainda espelhar a influência nestes profissionais da informação veiculada pelos *média* reveladora de inúmeros casos em que o abusador mostrou ser um idoso “insuspeitável”.

Atendendo a que o QASCFMR avalia as causas, factores de manutenção e de resolução, analisaram-se aqueles que reuniram maior e menor concordância da parte destes médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários. No que concerne às condições facilitadoras, e, relativamente ao factor em que os sujeitos manifestaram maior concordância, “antecedentes de violência na família do abusador”, trata-se de um resultado expectável e congruente com a literatura, que aponta que as crianças que crescem em meios onde imperam dinâmicas violentas tenderão, quer no presente quer no futuro a usá-las como forma de resolução dos seus conflitos. Alguns estudos suportam a associação entre crescer em ambientes violentos e ser um adulto violento, quer seja como vítima quer como agressor (Carroll, 1977; Gayford, 1975; Giles-Sims Browne & Herbert, 1977; Hanks & Rosenbaum, 1978; Kalmuss, 1984 Rosenbaum & O’Leary, 1981; Walker, 1984; cit por Aguilar, 2010). Relativamente ao segundo factor, “o abusador ter sido ele próprio vítima de abuso sexual quando criança ou adolescente” a literatura tem mostrado que os indivíduos expostos a abuso sexual em crianças têm grande probabilidade de poderem tornar-se abusadores (Bentovin, 1988, cit por López, 1995; Dhaliwal et al., 1986, cit por Fávero, 2003; Finkelhor, 1984). Todavia, os mesmos autores destacam que nem todas as vítimas virão necessariamente a ser agressores sexuais, dependendo da influência de outras condições, como o suporte recebido no momento da revelação, ou ter tido uma intervenção terapêutica que ajude a superar a vivência abusiva. Por outro lado, autores como Finkelhor (1979) e Furniss (1993) relembram que a maioria das vítimas é do sexo feminino enquanto a maioria dos agressores é do sexo masculino, destacando o papel fundamental da educação e da construção de identidade de género, ou seja, o contributo de factores culturais.

Relativamente às “características habitacionais que favorecem a promiscuidade” notamos que uma elevada percentagem destes médicos e enfermeiros, profissionalmente

próximos dos contextos familiares, consideram ser relevante no despoletar das situações abusivas, contrariamente á opinião de autores como Azevedo e Guerra (1993) que desmontam a falsa ideia de que o abuso é próprio de meios marginalizados da sociedade, ao afirmar que todas as crianças de todas as classes sociais e níveis socioeconómicos e culturais podem ser vítimas de abuso sexual.

A deficiência mental e/ou física da vítima mostrou uma divergência de opiniões nestes médicos e enfermeiros. Sendo profissionais que lidam frequentemente com a deficiência nas suas múltiplas dimensões, o resultado pode estar relacionado com diferentes níveis de formação/informação e/ou sensibilização neste campo em particular. Trata-se de um aspecto que deverá ser alvo de reflexão de em futuros investigações.

O comportamento provocador da vítima sendo o factor promotor com que estes profissionais demonstraram maior discordância, é um resultado espectável que sugere formação/informação específica e denota que o estereótipo da “criança sedutora” que desresponsabilizando o agressor (Furniss, 1993) contribui para fomentar a culpabilidade da criança (López, 1995), não faz parte do discurso destes médicos e enfermeiros.

Relativamente às condições que contribuem para a manutenção das situações abusivas a análise dos resultados obtidos demonstra serem sobreponíveis à literatura e aos estudos existentes e parecem estar interrelacionados. Segundo alguns autores (Saffioti, 1989. cit. por Fávero, 2003; Mckenna, 2005), as ameaças por parte do agressor aliadas ao medo da estigmatização, conjugadas com o receio por parte da vítima de ser sujeita a várias avaliações e depoimentos, são alguns dos motivos explicativos da ausência de denúncias. Parece ser possível estabelecer um paralelismo entre a manutenção do abuso e a representação de que “não vai dar em nada”, revelador de um sentimento de descrença na eficácia dos processos e na justiça.

Os resultados obtidos no nosso estudo revelam ainda coerência com a literatura que aponta para que metade dos abusadores é conhecida das vítimas e que 1/4 a 1/3 são familiares da vítima. De acordo com Finkelhor e Ormrod (2001), dos detidos por abusos a crianças 48% vitimizaram um familiar ou conhecido (38%). Wolfe e Birt (1997 cit. por Machado, 2002) revelam que embora exista o estereótipo sobre a perigosidade dos estranhos, “em termos genéricos, podemos dizer que apenas 10 a 30% das vítimas são abusadas por desconhecidos, aproximadamente 40% são-no por pessoas conhecidas ou próximas e os restantes 30% a 50% sê-lo-ão por elementos da própria família” (p.45).

A literatura e os estudos empíricos têm corroborado a ideia que o abuso sexual está envolto em circunstâncias que dificultam a revelação. Furniss (1993) distingue cinco condições principais, designadamente o Síndrome de segredo, a prova forense e a evidência médica que na maioria dos casos não são encontradas, as acusações verbais que devido à falta de evidência médica são essenciais à confirmação do abuso, a rejeição em acreditar nas tentativas de revelação por parte da criança (que começa na família e abrange igualmente os profissionais e o sistema legal), a mentira sob ameaça e as ansiedades referentes às consequências da revelação. De acordo com Carmo, Alberto e Guerra (2006) o abusador sexual não é apenas o agressor; integrado num contexto intrafamiliar, assume outros papéis, de pai, de cônjuge, sendo difícil para todos os envolvidos a separação dos diferentes interesses, particularmente para a criança, para a qual a reunificação da família é um dos interesses maiores. É mais dramático quando o abusador se constitui como o único recurso de subsistência e protecção.

Relativamente aos factores de resolução do abuso sexual de crianças e no que concerne à necessidade de “informar a população em geral”, este resultado remete-nos para a hipótese de que o “emergir” da problemática nos últimos anos tenha suscitado nos profissionais uma maior reflexão sobre como resolver a situação abusiva e a percepção da premência de implementação de programas que, podendo eventualmente ser focalizados nas crianças, deverão orientar-se para os pais, propondo acções com grupos profissionais e com a sociedade em geral de uma forma interactiva (Fávero, 2003; Furniss, 1993; López, 1995; Maria, 2007).

Numa primeira análise das respostas dos sujeitos da amostra, estas mostram-se consonantes com a redutora explicação das situações abusivas focalizada nas características particulares do abusador e ancorada nas representações sociais construídas relativamente a este grupo e que usualmente conduzem ao que Furniss (1993) apelida de uma Intervenção Primária Punitiva centrada no abusador. Todavia, numa análise global dos 3 grupos de factores, os resultados remetem para a abordagem sistémica/ecológica, a mais consensual no seio da comunidade científica, apontando para a interacção de factores integrados em diferentes sistemas. A caracterização do abuso não se centra apenas na personalidade do abusador mas na intercepção de várias condições.

Conforme sintetiza o Modelo das quatro pré condições de Finkelhor (1984), o desenvolvimento ontogénico do agressor (Belsky, 1980) não é, por si só, suficiente para

o despoletar do abuso, sendo igualmente relevantes algumas características das figuras parentais, das organizações familiares, bem como do contexto sócio cultural.

A ponderação dos vários denominadores deverá sustentar o fluxograma interventivo que Furniss (1993) denomina de Intervenção Terapêutica Primária e que envolve todos os intervenientes. Esta intervenção deve abranger igualmente a comunidade e remete para a necessidade de um esforço de prevenção primário desejavelmente desenvolvido em parcerias, que objective alterar mentalidades no que concerne à infância, à família, à autoridade e à vivência da sexualidade (Alberto 2000).

Variáveis sócio-demográficas e representações sociais em torno do abuso sexual de crianças

Considerando a variável sexo dos inquiridos, as diferenças encontradas indicam que implica diferenças significativas quanto ao grau de legitimação das situações abusivas, tendo-se verificado que as médicas e enfermeiras apresentam atitudes menos tolerantes que os seus pares do sexo masculino, sendo estes resultados congruentes com a maioria dos estudos que consideram que os profissionais do sexo feminino que lidam com estas problemáticas têm crenças atitudes e reacções emocionais consideravelmente mais prosociais relativamente ao abuso sexual de crianças do que os profissionais do sexo masculino (Hazzard & Rupp, 1986; Wellman, 1993). Poderá ser colocada a hipótese de que a actual construção de identidade de género ainda traduz uma menor tolerância ao abuso sexual de crianças por parte do sexo feminino dado o facto de existir a ideia de que as crianças do sexo feminino são mais vítimas de abuso.

A tolerância ao abuso sexual de crianças mostrou também depender da categoria profissional, apontando no sentido de que profissionais médicos legitimaram mais o abuso sexual de crianças que os enfermeiros. Será lícito inferir que a diferença possa emergir de uma prática profissional de maior proximidade e continuidade na prestação de cuidados que compete aos enfermeiros e em particular aos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários em relação aos médicos? Ou serão condicionantes de outra ordem, como eventualmente a diferente orientação curricular? Estas e outras hipóteses ficam a merecer explicação mais elaborada em futuros estudos.

No que concerne à experiência profissional em função dos anos de serviço, os resultados do estudo apontaram igualmente diferenças significativas na tolerância/legitimação ao abuso sexual de crianças, notando-se que os profissionais com

maior número de anos de serviço legitimam mais as situações abusivas. Esta constatação poderá fazer hipotetizar que a progressão nos anos de carreira, e o conhecimento e acompanhamento de processos tanto a nível profissional como social desenvolverão nestes profissionais um sentimento de descrença no investimento e uma diferente sensibilidade nesta problemática que os distingue a nível das representações. Torna-se pertinente um melhor esclarecimento deste facto em futuros estudos.

Relativamente à idade, os resultados indicam que os médicos e dos enfermeiros com mais idade apresentam maior legitimação do abuso sexual de crianças. Tendo em conta que estes profissionais médicos e enfermeiros cresceram e receberam a sua educação pessoal num contexto sociocultural diferente onde eram vigentes estereótipos como o da fantasia infantil, da culpabilização dos adolescentes, e da criança sedutora, poderão mais facilmente aceitar estes registos. A menor legitimação por parte dos profissionais das outras categorias etárias poderá espelhar o reflexo de uma diferente formação socioprofissional e do facto de estarem actualmente expostos a constantes mensagens de reprovação do abuso sexual de crianças.

Existindo na análise realizada um efeito determinante do sexo tivemos o cuidado de efectuar testes adicionais para perceber as diferenças registadas tendo registado que ao analisar a influencia sexo idade as médicas e enfermeiras entre os 51 e os 64 anos são mais tolerantes ao abuso sexual de crianças

O presente estudo não encontrou influência de variáveis como o estado civil, a existência de filhos, o grau das habilitações académicas, a experiência prévia com crianças vítimas de ASC, e a entidade de referência de ASC nas representações dos médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários quanto ao abuso sexual de crianças. No que concerne à área geo-demográfica, a maior proximidade contextual que é expectável nos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários que exercem a sua actividade em centros de saúde de áreas predominantemente rurais permitia hipotetizar que se pudessem distinguir ao nível das representações das situações abusivas, podendo a ausência de diferenças estar relacionada com o facto de actualmente a informação ser mais disseminada e os contextos socioculturais tenderem a uniformizar-se.

A análise efectuada permitiu concluir que, relativamente à informação/formação para identificar ou para intervir em casos de ASC e às fontes de informação sobre a problemática, estas variáveis também não demonstraram a distinção destes profissionais relativamente às representações das situações abusivas. Estes resultados podem sugerir

a influência da permeabilidade dos profissionais à informação veiculada através dos *media* acerca desta problemática.

5-Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações

De um modo geral, os objectivos deste estudo foram cumpridos, na medida em que assumimos tratar-se de um estudo de cariz exploratório. Tratando-se de um primeiro estudo na psiquiatria cultural em Portugal, sobre representações sociais em torno do abuso sexual de crianças numa população de médicos e de enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários urge, contudo, mencionar algumas limitações do presente estudo passíveis de serem colmatadas em futuras investigações.

O facto da amostra ser de conveniência faz com que esteja circunscrita a profissionais médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários da zona centro do país e seria importante abranger outras regiões do país. Por outro lado, seria adequado recolher uma amostra com uma distribuição mais representativa da distribuição de homens e mulheres na classe profissional médica e de enfermagem, uma vez que neste estudo os sujeitos do sexo feminino são aproximadamente o quádruplo dos sujeitos do sexo masculino.

É igualmente de ter em conta que a desejabilidade social e profissional poderá ter influenciado as respostas dos sujeitos, uma vez que o abuso sexual de criança é um fenómeno socialmente reprovado.

Como recomendações para futuras investigações, sugere-se que o protocolo seja aplicado a uma amostra maior de profissionais médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários, abrangendo mais áreas do país e com uma distribuição que represente mais adequadamente a classe médica e de enfermagem, superando as limitações anteriormente citadas.

Um estudo multidisciplinar, que inclua outros profissionais que têm contacto privilegiado com crianças e que possam ter um papel interventivo nesta temática (e.g. médicos e enfermeiros dos cuidados secundários, professores, assistentes sociais, agentes policiais, jornalistas, psicólogos, advogados), assim com um estudo abrangendo a população geral, seria igualmente interessante.

Pela nossa parte fica-nos no entanto a sensação de uma certa incompletude que a própria temática proporciona e a vontade de colmatar algumas das limitações

supracitadas, talvez num trabalho multidisciplinar e multifactorial, que correlacione a medicina e o direito.

CONCLUSÕES

A problemática do abuso sexual de crianças emergiu nos últimos anos, “rompendo” o silêncio social (López, 1995), adquirindo uma crescente visibilidade e provocando simultaneamente um aumento de reprovação e de preocupação com o fenómeno. No entanto, este despertar social espelhado no aumento da investigação e no constante enfoque por parte dos *media*, não conseguiu ainda levantar o manto de secretismo e de inibições em que a problemática do abuso sexual infantil continua envolta. Talvez por nos confrontar com o lado mais ignóbil do ser humano, continuemos apenas a vislumbrar a ínfima parte de um todo.

Muitas teorias têm emergido para a compreensão da complexidade e dinâmica que envolve o fenómeno do abuso sexual de crianças. Um denominador comum a todas as teorias é a importância fulcral do papel dos intervenientes mais directos nas situações do abuso sexual de crianças. Numa visão sistémica trata-se duma realidade multidimensional, uma construção social partilhada por um colectivo, em que a realidade e o discurso se constroem recursivamente implicando a necessidade de multiplicar os “olhares” sobre a realidade.

O papel da sociedade e de alguns grupos profissionais, pela influência directa das representações sociais em torno do abuso sexual de crianças, reveste-se de capital importância na sua investigação e intervenção.

Os profissionais de saúde e, em particular, os médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, constituem grupos profissionais em posição privilegiada relativamente à protecção da criança e são intervenientes determinantes nesta problemática (Canha, 2000). Torna-se, então, fundamental perceber os seus discursos, os significados que atribuem aos comportamentos, conhecer os modelos de leitura e as suas próprias ressonâncias sobre a temática.

Intentando perspectivar as representações sociais em torno do abuso sexual de crianças, o presente estudo abordou sucintamente a sua evolução histórica, científica e legal e identificou as representações sociais que médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários detêm sobre esta problemática. Procurou identificar as dimensões do

abuso sexual mais susceptíveis de serem legitimadas pelos nossos sujeitos e quais as atribuições que estes profissionais têm sobre os factores desencadeadores/ facilitadores, os factores de manutenção e os factores de interrupção/resolução de situações abusivas. Foi analisada a influência de variáveis sócio-demográficas sobre essas representações, nomeadamente o sexo, a categoria profissional, a idade, a existência de filhos dos sujeitos, a experiência profissional em tempo de serviço e contacto com situações de abuso sexual de crianças. Foi ainda ponderada a influência da entidade de referência de casos suspeitos de ASC, da informação/formação na identificação e no modo de intervenção em casos de ASC e ainda das fontes de informação/formação que são recurso para estes profissionais, nas respostas aos instrumentos do protocolo.

Este estudo mostra que os instrumentos desenvolvidos para análise das representações sociais em torno do abuso sexual de crianças, o Questionário sobre abuso sexual de crianças – Histórias (QRASC-HIS) e o Questionário sobre abuso sexual de crianças factores desencadeadores, de manutenção e resolução (QASCFMR) apresentam qualidades psicométricas a nível da consistência interna e da validade concorrente que os constituem bons instrumentos de investigação a utilizar nesta temática.

Os resultados obtidos mostram que médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários apresentam valores pouco legitimadores para o abuso sexual de crianças.

Quanto à avaliação dos factores promotores, de manutenção e de resolução os que apresentaram maior concordância foram os “antecedentes de violência na família do abusador”, “as ameaças por parte do abusador”, “informar a população em geral sobre a problemática do abuso sexual de crianças” e “dar apoio à vítima para que ela adquira competências de impedir o abuso”.

A existência de filhos, a área do centro de saúde onde exerce a profissão e a experiência profissional prévia com crianças vítimas de ASC não evidenciaram diferenças significativas no grau de tolerância destes profissionais sobre este tipo de maltrato.

Relativamente ao tipo de entidade a quem referenciam casos de ASC, constatou-se curiosamente que só uma ínfima percentagem denuncia à Polícia Judiciária, e que o tipo de entidade de referência não interfere na tolerância destes profissionais em relação ao ASC.

A informação/formação destes profissionais quer para identificar quer para intervir em situações de abuso sexual infantil demonstrou igualmente não condicionar a sua legitimação relativamente ao ASC.

Os médicos e enfermeiros do sexo masculino legitimaram mais do que os do sexo feminino; os médicos de ambos os sexos legitimaram mais que os enfermeiros. No que diz respeito à idade, constatou-se que as mulheres, com o avançar da idade, legitimavam mais, e que os homens com idade compreendida entre os 30 e os 40 anos são os que menos tolerância demonstraram para com as situações abusivas.

O nosso estudo revelou existir uma relação entre o tempo de experiência profissional e a legitimação do abuso sexual de crianças com os médicos e enfermeiros do Cuidados de Saúde Primários a mostrarem mais tolerância ao ASC com o avançar dos anos de serviço.

Concluindo, este estudo revelou que as representações sociais dos médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários em torno do abuso sexual de crianças se revestem de capital importância, para que não sejam veículos de discursos sociais deturpados e estereotipados, disfarçados de linguagem científica que potenciam a invisibilidade do fenómeno e impedem a implementação de adequadas medidas de prevenção e intervenção, mas que se assumam como profissionais com uma intervenção evidente e eficaz na protecção das crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.

BIBLIOGRAFIA

- Aded, N., Dalcin, B., Moraes, T., & Cavalganti, M. (2006). Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Revista Psiquiatria Clínica*, 33, 4, 204-213.
- Aguilar, R. (2010). *Representações sociais em torno da violência conjugal*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra
- Ajzenstadt, M., & Cavaglioni, G. (2005). Stories About Child Sexual Abuse Textual Analysis of Instruction Manuals in Israel. *Qualitative Sociology*, 255-273.
- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios Familiares*: Coimbra: Quarteto Editora.
- Alberto, I. (2000). As consequências do abuso sexual infantil: contributo dos estudos longitudinais. *Psychologica*, 24, 119-127.
- Alberto, I. (2002). "Feios, porcos e maus": Do erro fundamental à abordagem sistémica/ecológica na avaliação das situações de abuso sexual. *Psychologica*, 30, 69-77.
- Alberto, I. (2006). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Almedina.
- Almeida, A., André, I., & Almeida, H. (2001). *Famílias e maus-tratos às crianças em Portugal*. Lisboa: ed. Assembleia da República.
- Almeida, A. (2003). *Abuso sexual de crianças: crenças sociais e discursos da Psicologia*. Mestrado em Psicologia da justiça. Universidade do Minho.
- Almeida, C., & Vilalonga, J. (2007). *Código Penal*. Coimbra: Almedina.
- Alves, S.M.R. (1995). *Crimes sexuais: "Notas e comentários aos artigos 163º a 179.º do Código Penal"*. Coimbra: Almedina.
- Amaro, F. (1986). *Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando mendicância*. (Cadernos do C.E.J.). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários, 1986.
- Ariès, P., & Béjin, A. (1983). *Sexualidades ocidentais*. Lisboa: Contexto Editora.
- Ariès, P. (1988). *A criança e a vida familiar no antigo regime*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Azevedo, M., & Maia A. (2006). *Maus – tratos à criança*. Lisboa: ed. Climepsi.
- Azevedo, M., & Guerra, V.(orgs.). (1993). *Infância e Violência Doméstica: Fronteiras do Conhecimento*. S. Paulo: Ed. Cortez.
- Badinter, E. (1980). *L amour en plus: histoire de l amour maternel*. Paris: Flammarion.

- Beauvois, J. (1982). Théories Implicites De La Personalité, Évaluation Et Reproduction Idéologique. *L'Année Psychologique*, 82, 513-536.
- Belsky, J. (1980). Child Maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Bolieiro, H., & Guerra, P. (2009). *A criança e a família uma questão de Direito(s)*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Brino, R., & Williams, L. (2003). Capacitação do educador acerca do abuso sexual infantil. *Interação em Psicologia*. Jul. /Dez.1-10. São Paulo.
- Cabecinhas, R.(2004). *Representações Sociais, Relações Intergrupais e Cognição Social*. Braga: Universidade do Minho.
- Canha, J. (2000). *Criança maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos*. Coimbra: ed. Quarteto.2ªedição.
- Canha, J. (2010). Apontamentos de Comunicação no âmbito da Formação Profissional de Técnicos para os N.A.C.J.R. *A Intervenção da Saúde no Âmbito dos Maus-Tratos em Crianças e Jovens* que decorreu em Coimbra: em 02-03-2010.
- Canotilho, J., Moreira, V. (2002). *Constituição da República Portuguesa*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Carmo, R., Alberto, I., Guerra, P. (2006). O Abuso Sexual de Menores. Uma Conversa sobre Justiça entre o Direito e a Psicologia. Coimbra: Almedina.
- Carmo, R. (2000) A protecção penal. Comunicação proferida no debate sobre “Abuso sexual” da *Conferência Europeia sobre “Violência e promoção da saúde mental da criança e do jovem”*. PUERI/Programa Europeu Connect.
- Carvalho, M., & Ferreira, L. (2009) Infância e Risco Social Retratos da Imprensa Portuguesa. *Sociologia*, Maio 2009, nº 60.
- Convenção sobre os direitos da Criança (2008). *Publicação do Instituto da Segurança Social*, I. P. Editada no âmbito da Actividade da Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.
- Davey, R., & Hill, J. (1995). A study of the variability of training and beliefs among professionals who interview children to investigate suspected sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19, 8, 933-942.
- Dhooper, S., Royse, D., & Wolfe, L. (1991). A state study of public attitudes toward child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 15, 37-44.

- Fávero, M. (2003). *Sexualidade infantil e abusos sexuais a Menores*. Lisboa. Climepsi.
- Fergusson, D., & Mullen, P. (1999). *Childhood sexual abuse: An evidence based perspective*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually Victimized Children*. New York. The Free Press.
- Finkelhor, D. (1980). Risk factors in the sexual victimization of children. *Child Abuse and Neglect*, 4, 265-273:
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research* (pp.107-133). New York: Free Press.
- Finkelhor, D., & Douglas, E. Childhood Sexual Abuse Fact Sheet <http://www.unh.edu/ccrc/factsheet/pdf/CSA-FS20.pdf> cons em 20-10-2010
- Finkelhor, D., & Dziuba-Leatherman, J. (1984). Children as Victims of Violence: A National Survey. *Pediatrics*, 94 (4), 413-420.
- Finkelhor, D. (1986). *A sourcebook on child sexual abuse*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D. (1987). The trauma of child sexual abuse: Two models. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 348-366.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18 (5) 409-417.
- Finkelhor, D. (1994). Current Information on Scope and Nature of Child Sexual Abuse. *Future of Children*, 4 (2), 31-53.
- Finkelhor, D., & Ormrod (2001). Offenders incarcerated for Crimes against juveniles. *Juvenile Justice Bulletin*.
- Finkelhor, D., & Douglas (2006). E. Childhood Sexual Abuse Fact Sheet <http://www.unh.edu/ccrc/factsheet/pdf/CSA-FS20.pdf> cons em 20-10-2010
- Finkelhor, D. (2009). The Prevention of Sexual Abuse. *The Future of Children*, 19, (2), 169-194.
- Freud, S. (1924). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Furniss, T.(1993). *Abuso Sexual da Criança. Uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Furniss, T. (2008). Resumo de Comunicação em Seminário de Formação sobre “Abuso Sexual de Crianças: Aspectos específicos na terapia Individual e no Trabalho Familiar”. Lisboa 6,7e 8 de Março de 2008.

- Furniss, T.(2008). Resumo de Comunicação em Seminário de Formação sobre “Abuso Sexual de Crianças: O Trabalho com as mães Aspectos específicos do Trabalho com Rapazes Abusados Sexualmente” Lisboa 29,30 e 31 de Maio de 2008.
- Furniss, T. (2008). Resumo de Comunicação em Seminário de Formação sobre Seminário de Formação “Abusadores Sexuais de Crianças: porque é que abusam e quais as estratégias utilizadas no abuso sexual de crianças?”. Lisboa 2,3 e 4 de Outubro de 2008.
- Furniss, T. (2010). Resumo de Comunicação em Seminário de Formação sobre “Abusadores Sexual de Crianças: Rapazes enquanto vítimas; o género da/o profissional/terapeuta”. Lisboa 4, 5 e 6 de Março de 2010.
- Furniss ,T. (2010). Resumo de Comunicação em Seminário de Formação sobre “Compreender o processo do Abuso Sexual de Crianças: como uma pré condição para o trabalho com as vítimas e com os abusadores sexuais: crianças com comportamentos sexuais de transgressão; jovens abusadores sexuais”. Lisboa 21,22 e 23 de Outubro de 2010 em Lisboa.
- Gabel, M. (1997). *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus.
- Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Justiça (2000). *Estatísticas Criminais*. Lisboa: GEPMJ.
- Gabriel, M. (1992). *Les Enfants Victimes d Abus Sexuels*. Paris : Press Universitaires de France.
- Geer, J., & Donohue, W. (1987). *Theories of Human Sexuality*. New York: Ed. Plenum Press.
- Gersão, E. (1997). A reforma da organização tutelar de menores e a convenção sobre os direitos da criança. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 7 (4), 577-620.
- Gomes, F., & Coelho, T. (2003). *A sexualidade traída abuso sexual infantil e pedofilia*. Porto: ed. Âmbar.
- Gomes, F. A. (2006). *Paixão, Amor e Sexo*. Lisboa: Publicações Dom Quixote
- Hazzard, A., & Rupp, G. (1986). A Note of Knowledge and attitudes of professional groups towards child abuse. *Journal of Community Psychology*, 14, 219-223.
- Jorge, A., Leça, A., Perdigão, A., Laranjeira, A., Menezes, A., Fernandes, M. & Prazeres V. (2007). Documento elaborado no âmbito do grupo de Trabalho sobre Crianças e Jovens em Risco, Direcção Geral de Saúde. Lisboa.

- Kempe, C., Silverman, F., Steel, B., Droegemuller, W., & Silver, H (1962). The battered child Syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181,17-24.
- Konker, C. (1992). *Rethinking Child Sexual Abuse: An Anthropological Perspective*. Washington: University of Washington.
- Lawson, C. (1993). Mother-son sexual abuse: rare or underreported? A critique of the research. *Child Abuse and Neglect*, 17, 409-421.
- Leyens, J.(1985). *Teorias de personalidade na dinâmica social*. Lisboa: Biblioteca Verbo de Psicologia e Ciências Humanas.
- López, F., & Huertes, A. (1994). *Para comprender la Sexualidad*. Navarra: Editorial Verbo Divino.
- López, F. (1995). *Prevencion de los Abusos Sexuales de Menores y Educacion Sexual*. Salamanca: Amaurú Edicions.
- López, F. (1999). *La inocencia rota. Abusos sexuales a menores*. Barcelona: Oceano Grupo Editorial.
- Ludwig, S. (2001). *Child Abuse: Medical Diagnosis and management*. Boston
- Machado, C., & Gonçalves, M. (1999). Psicoterapia com crianças abusadas sexualmente: da exposição á re-autoria. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 347-364.
- Machado, C., Gonçalves, R., & Matos, M. (2000). *Escalas para avaliação do enquadramento cultural da violência contra mulheres e crianças*. Braga: Universidade do Minho.
- Machado, C., & Gonçalves, R. (2002). *Violência e vítimas de crimes*. (vol.2: crianças). Coimbra. Quarteto.
- Machado, C. (2010). *Novas Formas de vitimação criminal*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Mckenna, K., Bowlus, A., Day,T.& Wright,D. (2003). *The economic costs and consequences of child abuse in Canada*. University of Western Ontário.
http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/collection_2007/Icc-cdc/jl2-39-2003.pdf consultado em 20-09-10
- Magalhães, T. (2005). *Maus Tratos em Crianças e Jovens*. Coimbra: Quarteto.

- Martins, P. (2004). *Das dificuldades (dos) menores aos problemas (dos) maiores. Elementos de análise das representações sociais sobre as crianças em risco: elementos de análise das representações sociais sobre crianças em risco.* <http://repositorium.sdum.uminho.pt> consultado em 17-08-10
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com a utilização do SPSS*. 3ª Ed. Lisboa: Ed. Sílabo.
- Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF
- Mrazek, P. (1981). *Definition and recognition of sexual child abuse: historical and cultural perspectives*. Oxford: Pergamon Press.
- Pacheco, J. (1998). *O Tempo e o Sexo*. Lisboa: ed. Livros Horizonte.
- Perdigão, A. (2007). Resumo de Comunicação no âmbito da Formação de Técnicos para criação dos NACJR. Coimbra em 13-06-2007.
- Pires, A. & Miyazaki, M. (2005). *Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde*. Artigo de revisão. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
- Porto, M. (2006). Crenças, valores e representações sociais da violência. *Sociologias*, 16, 250 - 273.
- Quartilho, M.(2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria*. Coimbra: ed. Quarteto.
- Querido, A. (2010) *Representações sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Coimbra. Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.
- CNPCJ (2009). *Relatório anual das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens*. Lisboa.
- Rush, F. (1980). *The best kept secret: Sexual abuse of children*. New York: McGraw Hill.
- Russel, D. (1986). *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.
- Salter, A. (1988). *Treating Child Sexual Offenders and Victims*. Newbury Park, CA:Sage.
- Salter, A. (2003). *Pedofilia e outras agressões sexuais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Shackel, A. (2008). The beliefs commonly held by adults about children's behavioral responses to sexual victimization. *Child Abuse and Neglect*, 32 (4), 485-495.

- Simara, J., Paúl, J., & Juan, C. (2002). Malos tratos infantiles: representaciones sociales de la población general y de los profesionales del ámbito de la infancia en el caribe colombiano. *Child Abuse & Neglect*, 26, 815-831.
- Shikai, N. (2008). Dispositional Coping Styles and Childhood Abuse History. *The Open Family Studies Journal*, 1, 76-80.
- Torres, A (Coord.). (2008). *Estudo de diagnóstico e avaliação das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens – Relatório Final*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da empresa: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia.
- Tribin, H. (2006). *Una reflexión histórico-antropológica sobre el maltrato infantil en Colombia. De las sociedades prehispánicas a la actual*.
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/mi_colombia.pdf consultado em 10-06-10
- Vala, J., & Monteiro, M. (1996). *Psicologia Social* (2ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Wellman, M. (1993). Chil Sexual Abuse and gender differences: attitudes and prevalence. *Child Abuse & Neglect*, 17,(4), 539-547
http://www.crcvc.ca/docs/child_abuse.pdf consultado em 10-06-10

ANEXOS

ANEXO 1 – INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Questionário sócio demográfico

Este questionário é dirigido a Profissionais dos Cuidados de Saúde Primários de Saúde. Integra-se num estudo que tem por objectivo auscultar as opiniões e percepções face á problemática das crianças vítimas de abuso sexual.

As suas respostas são confidenciais e anónimas.

A sua colaboração é muito importante.

1. Sexo: Fem. Masc. 2. Idade _____
3. Estado civil _____ 4. Tem filhos Sim Não
5. Habilitações Académicas:
- Licenciatura Mestrado Doutoramento
6. Categoria Profissional: _____
7. Área do Centro de Saúde onde exerce:
- Predominantemente Urbana
- Predominantemente Rural
- Medianamente Urbano
8. Experiência Profissional
- a. Tempo de Serviço: _____
- b. Já contactou, profissionalmente, com crianças vítimas de abuso sexual:
Sim Não
7. Em caso de suspeita de abuso sexual de crianças, a quem comunicaria a situação:
- Director do Centro de Saúde
- CPCJ
- Polícia/GNR
- Polícia Judiciária

Assistência Social

Outro Qual? _____

8. Sente que possui informação e formação para identificar uma situação de abuso sexual de criança:

Muito boa Boa Satisfatória Insuficiente

9. Sente que possui informação e formação para actuar numa situação de abuso sexual de criança:

10. Quais foram as fontes de informação sobre abuso sexual de crianças a que já recorreu:

Acções de formação

Congressos

Comunicação Social

Leituras alusivas ao tema

Pesquisa informática

Outras : Quais? _____

Obrigado pela sua colaboração

Questionário de Representações sobre Abuso Sexual de Crianças – Histórias
QCASC-HIS

(Alberto, I., Alarcão, M &, Fazenda, I., Querido, A., 2008)

Este questionário integra três histórias diferentes de abuso sexual de crianças/adolescentes. Em cada uma dessas histórias vai encontrar dez afirmações; pedimos-lhe que, para cada uma delas, nos indique o seu grau de concordância, usando a seguinte escala: 1 “discordo totalmente”, 2 “discordo”, 3 “concordo”, 4 “concordo totalmente”.

Item de Exemplo:

a) No Verão a grande maioria das famílias portuguesas vai de férias para o Algarve

Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo 3	Concordo totalmente 4
--------------------------	---------------	---------------	--------------------------

História A

Ana é uma criança bonita de 5 anos, bem disposta, filha de Idalina, enfermeira e de Alfredo, taxista. Ana vive com os pais e um avô, polícia reformado, de 70 anos. A menina gosta muito de brincar com este avô; é um velhinho simpático, que sabe muitas brincadeiras divertidas. Um dia, a Ana disse a uma coleguinha de infantário que o avô a ensinou a brincar ao “ursinho que queria mimo”. No início a Ana gostava deste jogo, mas depois o “ursinho” queria que a Ana lhe fizesse mimos de que ela não gostava, pois tinha de mexer na pilinha que ficava muito “estranha”. Ana também não gosta da forma como o avô lhe dá mimos a ela, quando faz de conta que é o “ursinho quer mimo”. Mexe-lhe no corpo todo, como se estivesse a dar-lhe banho. Diz ao avô que não gosta daquela brincadeira e que quer ir fazer outra coisa. O avô explicou-lhe que era uma brincadeira só dos dois; mais ninguém podia saber, senão o “ursinho” ficava muito triste. Nem os pais da Ana podiam saber, senão o avô tinha que sair de casa para muito longe e a Ana nunca mais o via; os pais iam ficar muito tristes!

Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo 3	Concordo totalmente 4			
			1	2	3	4
1. O avô da Ana nunca faria verdadeiramente nada de sexualmente abusivo à sua própria neta						
2. O avô da Ana pode andar a passar por uma fase difícil, lidando mal com o facto de estar reformado, viúvo e dependente do filho, e por isso ter brincadeiras menos próprias com a neta						
3. A Ana é tão pequena que é disparate pensar que o avô tenha relações sexuais com ela						
4. É muito pouco provável que a Ana seja sexualmente abusada pelo avô, pois quer os pais quer o avô são pessoas com estudos e bem formadas. A mãe é enfermeira e o avô até foi polícia.						
5. Não é possível que o avô da Ana, naquela idade, sendo uma pessoa simpática, sem problemas mentais, possa abusar sexualmente da neta						
6. A Ana deve ter visto na televisão, e depois baralhou-se com as brincadeiras do avô, pois agora tudo parece ser “abuso sexual”						
7. Não se pode dizer que o avô abuse sexualmente da Ana, pois não passa de umas “carícias” e não há realmente tentativa de ter relações sexuais com a menina						
8. A Ana não devia andar a contar estas coisas por aí, pois corre mesmo o risco de que a sua família se desorganize e de que os pais e o avô fiquem						

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

destroçados com esta história				
9. Muito provavelmente a Ana teve algum pesadelo depois de ouvir as notícias que agora falam muito de abuso sexual de crianças e está confusa, pensando que aconteceu mesmo				
10. Como o avô da Ana é viúvo, é provável que ele procure nas brincadeiras com a neta um pouco de carinho, que é percebido como um comportamento sexualmente abusivo				

História B

A Luísa tem 13 anos, está na idade do “armário”, e parece estar sempre “cinzenta” como refere a mãe. Como adolescente, a Luísa preocupa-se com o seu aspecto físico, que fica realçado com as saias curtas que gosta de usar. É uma adolescente reservada e pouco expansiva, mas vistosa. A mãe refere que a Luísa nunca foi muito alegre e era calada, mas agora está mais reservada e triste, por isso está preocupada e já a questionou sobre o que se passava mas a Luísa respondeu que “nada”!

A melhor amiga da Luísa relatou à sua mãe que o prof. L. ofereceu-se para dar umas explicações à Luísa, para ela melhorar as notas nos testes. Parece ser um professor muito preocupado com ela, sempre muito disponível para a ouvir e apoiar nos seus problemas pessoais e escolares. Luísa tenta evitar o contacto com ele, mas não se atreve a dizer nada. Na sala, o professor acaba sempre a conversa com ela dizendo “menina bonita”. Às vezes, basta um olhar dele para ela ficar quieta e calada. A amiga não sabe o que acontece durante as explicações porque não entra mais ninguém na sala, nessas alturas. A Luísa foi dizendo, meio envergonhada, que o prof. lhe mete as mãos dentro da t-shirt e por baixo da saia, que se encosta a ela e que fica a respirar mesmo junto do seu pescoço, o que a incomoda imenso. Quando a mãe da Luísa conversou com o professor sobre a filha, ele disse-lhe que “realmente a Luísa anda estranha, mas não é nada preocupante, são apenas namoricos de adolescente com colegas”.

Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo 3	Concordo totalmente 4			
			1	2	3	4
1. O professor não arriscaria fazer alguma coisa tão grave como abusar sexualmente de uma aluna sua na escola						
2. É mais provável que a Luísa tenha um namorado e tenha inventado aquela história para as amigas e família, para se defender de algum mexerico						
3. É possível que o professor tenha tido um comportamento menos próprio para com a Luísa, porque tem andado com muita pressão no trabalho e na vida familiar						
4. É um exagero da Luísa considerar algum atrevimento por parte do professor, como abuso sexual. Os adolescentes tendem a ser mesmo exagerados e emotivos.						
5. Mesmo que o professor esteja a ser atrevido para com a Luísa, ela pode gostar deste atrevimento, pois fá-la sentir-se crescadinha: até há um professor que a vê como namorada! Por isso, não pode ser visto como abuso sexual.						
6. A Luísa provoca o professor com a roupa que usa e, se não gostasse do que ele lhe faz, iria vestida de outra forma para a escola						
7. Não parece que o professor abuse da Luísa, até porque se preocupa muito com ela, com as suas notas, e dá-lhe conselhos						
8. A intervenção numa suspeita de abuso sexual é tão traumatizante, que mesmo que o professor tenha comportamentos mais sexualizados com a Luísa, é melhor para ela não os divulgar						
9. Mesmo que o professor tenha “seduzido” a Luísa, ela não deveria divulgar a situação, pois é um problema muito íntimo, que vai invadir a sua privacidade						
10. Mexer na t-shirt e na saia da Luísa pode ser considerado atrevimento e deve ser interrompido, mas é um exagero achar que é abuso sexual						

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

História C

O Tomás tem 4 anos e é filho de pais divorciados; a criança gosta muito da mãe, Maria, enfermeira, mas prefere estar com o pai, Joaquim, professor de biologia, com quem passa só o fim-de-semana. Às vezes, o pequeno Tomás fica com o pai durante a semana, quando a mãe está mais deprimida e não pode tomar conta dele.

O pai do Tomás acha que a criança tem umas brincadeiras estranhas ultimamente, procurando o contacto com o corpo do pai, mostrando-se muito curioso pelos órgãos genitais e falando muito do “pipi” das meninas, brincando com bonecos e bonecas ao “romance”. Quando o pai fala com o menino sobre onde é que viu as meninas a brincarem ao “romance”, o Tomás diz que é uma brincadeira da mãe e dele. A mãe brinca com ele à bola, vê o Noddy, e, quando vão para a cama, brincam então os dois ao “romance”. Quando o pai lhe pergunta o que fazem quando vão para a cama, o Tomás diz, apenas, que é uma brincadeira segredo.

Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo 3	Concordo totalmente 4			
			1	2	3	4
1. Não é muito provável que o Tomás seja abusado sexualmente, pois é um menino.						
2. Nestas idades, as crianças são muito curiosas pela área sexual, gostam de saber e de ver o corpo humano, e não faz sentido pensarmos em abuso						
3. Se o Tomás fosse mesmo sexualmente abusado pela própria mãe, seria uma criança triste e facilmente se perceberia que algo de muito errado se estava a passar com ele						
4. A mãe do Tomás anda mal, está suficientemente doente para nem poder tomar conta do Tomás, e portanto é bastante improvável que abuse sexualmente do filho.						
5. Não faz sentido nenhum pensar em abuso sexual nesta situação, pois as mães são incapazes de ser sexualmente abusivas.						
6. Não é provável que uma mãe abuse do seu próprio filho, e ainda mais quando é tão pequeno como o Tomás.						
7. Os pais do Tomás estão divorciados, e está mesmo a ver-se que esta é uma história inventada pelo pai da criança, para ficar sempre com o filho consigo						
8. É absolutamente normal as mães dormirem com os seus filhos enquanto pequenos e o Tomás pode ter pensado que isso é um “romance” uma vez que agora é o “homem lá de casa”, pois os seus pais vivem separados.						
9. Mesmo que a Maria tenha algum contacto mais sexualizado com o filho Tomás, isso não deve ser muito valorizado, para se poder manter a relação entre mãe e filho que é tão importante para o desenvolvimento das crianças						
10. Mesmo que a mãe do Tomás lhe faça alguma coisa menos própria, não pode ser considerada abuso sexual, porque a senhora tem uma depressão.						

Questionário sobre Abuso Sexual de Crianças – Factores Desencadeadores/facilitadores Facilitadores, de Manutenção e Resolução (QCSAFMR)

QCSA – FMR

(Alberto, I., Alarcão, M., Querido, A., Fazenda, I., 2008)

O abuso sexual de crianças e adolescentes é um problema social sobre o qual cada um de nós, enquanto membros de uma comunidade, vai reflectindo e formulando algumas opiniões. Vai encontrar, seguidamente, um conjunto de afirmações relativas aos factores que julga que podem facilitar as situações de abuso sexual de crianças e a sua manutenção, bem como de factores que podem interromper e/ou parar estas relações abusivas. Pedimos-lhe que, para cada uma delas, nos indique o seu grau de concordância, usando a seguinte escala: 1 “discordo totalmente”, 2 “discordo”, 3 “concordo”, 4 “concordo totalmente”.

Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo 3	Concordo totalmente 4
--------------------------	---------------	---------------	--------------------------

I. O abuso sexual de crianças geralmente acontece devido a:	1	2	3	4
1. Consumos de álcool ou drogas por parte do abusador				
2. Falta de atenção para com a criança/adolescente que fica assim mais vulnerável				
3. Baixo grau de instrução do abusador				
4. Baixa auto-estima do abusador				
5. Deficiência mental e/ou física da vítima				
6. Comportamento provocador da vítima				
7. Idade da vítima				
8. Problemas conjugais do abusador				
9. Falta de atenção para com o abusador por parte do cônjuge				
10. Antecedentes de violência na família de origem do abusador				
11. Isolamento social da família da vítima				
12. O adulto abusador foi ele próprio vítima de abuso sexual quando criança ou adolescente				
13. Características habitacionais que favorecem a promiscuidade				
14. Educação das crianças no sentido de que o adulto deve ser sempre obedecido				
15. Doença mental do abusador				
16. Atitude negligente por parte dos pais da criança/adolescente vítima				

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

II. O que mais contribui para a manutenção das relações sexualmente abusivas é:	1	2	3	4
1. Ausência de denúncia por parte da vítima ou da família				
2. Falta de confiança na eficácia da justiça				
3. Valorização da intimidade pessoal/privacidade				
4. Isolamento social da vítima e/ou da família				
5. Falta de conhecimentos da vítima sobre como pedir ajuda				
6. Ambivalência de sentimentos da vítima face ao abusador, uma vez que geralmente é seu conhecido e/ou familiar				
7. Medo, por parte da vítima, de que não acreditem nela				
8. Desconhecimento da vítima relativamente aos seus direitos				
9. Ameaças por parte do abusador				
10. Medo, por parte de vítima, de que o abusador seja preso, no caso de ser um familiar próximo				
11. Ternura, atenção e prestação de cuidados por parte do abusador, fora dos momentos de abuso				
12. Ausência de denúncia por parte dos profissionais				
13. A boa imagem social e o poder que o adulto (abusador) possa ter na comunidade				
14. O receio da vítima de ser sujeita a várias avaliações e depoimentos				
15. O receio da vítima de que venha a ser colocada numa instituição				
16. O medo da vítima de que fique rotulada como “alguém que foi sexualmente abusado”				

III. O mais importante para pôr fim às relações sexualmente abusivas de crianças é:	1	2	3	4
1. Identificar indivíduos com perfil de abusadores sexuais e impedi-los de se aproximarem de crianças				
2. Informar mais a população geral sobre a problemática do abuso sexual de crianças				
3. Estimular a denúncia das situações de abuso sexual				
4. Validar, no dia-a-dia, os direitos das crianças				
5. Mudar o comportamento da vítima, para ser menos provocadora				
6. Impedir legalmente o abusador de se aproximar da vítima				
7. Agravar as condenações dos abusadores sexuais				
8. Estimular a separação/ divórcio do casal, no caso do abuso sexual intrafamiliar				
9. Dar apoio à vítima para que ela adquira competências para impedir o abuso				
10. Tratar psiquiatricamente o agressor				
11. Melhorar as condições socio-económicas das famílias				
12. Proteger a vítima afastando-a do abusador, se necessário pela institucionalização				
13. Proporcionar uma intervenção social e terapêutica com toda a família da vítima e do abusador				
14. Fazer tratamento ao abusador para que se torne estéril, diminuindo os seus impulsos sexuais				
15. Criar programas que trabalhem a assertividade das crianças, para que tenham a capacidade de dizer “Não” ao abusador				
16. Tornar os procedimentos nos Tribunais mais rápidos e menos dolorosos				

Escala de Crenças sobre Abuso Sexual - ECAS

E. C. A. S.

(C. Machado, M. Gonçalves & M. Matos, 2000; Universidade do Minho)

Versão para investigação

INSTRUÇÕES:

Vai encontrar de seguida um conjunto de afirmações em relação a situações de abuso sexual, isto é, situações em que um adulto mantém actos sexuais com alguém que tem menos de 14 anos. Pede-se que **leia atentamente** essas frases e exprima a sua opinião em relação a cada uma delas. Não existem respostas certas ou erradas. A **sua opinião** é o mais importante. Por favor, tente responder de acordo com a sua forma de pensar e sentir e **não como acha que deveria ser**.

Avalie cada afirmação, colocando um **(X)** na opção que melhor traduza o seu modo de pensar. Assegure-se de que respondeu a todas as questões, devendo optar **apenas por uma das hipóteses** apresentadas.

As respostas a este questionário são absolutamente anónimas.

Obrigado pela sua colaboração!

Por favor, leia atentamente cada afirmação e responda:

1 – Discordo totalmente

2 – Discordo

3 - Não concordo nem discordo

4 – Concordo

5 – Concordo totalmente

1- É muito raro uma criança/adolescente ser abusada sexualmente.

1 2 3 4 5

2 - Só as raparigas é que são vítimas de abuso sexual.

Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

1 2 3 4 5

3 - As pessoas que abusam sexualmente de crianças/adolescentes são quase sempre desconhecidos.

1 2 3 4 5

4 - A maioria das queixas de abuso sexual são fantasias da criança/adolescente.

1 2 3 4 5

5 - Os abusadores são pessoas que parecem diferentes das pessoas normais.

1 2 3 4 5

6 - As crianças podem provocar o abuso, pelo seu comportamento sedutor.

1 2 3 4 5

7 - Só se pode falar de abuso quando há violência.

1 2 3 4 5

8 - A maioria das queixas de abuso sexual são inventadas pelas mães (p.ex., nos processos de divórcio).

1 2 3 4 5

9 - Se uma rapariga já foi abusada antes, então é natural que outros homens também abusem dela.

1 2 3 4 5

10 - Se alguém abusa sexualmente de uma criança/adolescente, é porque não consegue arranjar parceiras(os) adultas(os).

1 2 3 4 5

11 - Se uma criança/adolescente só se queixa do abuso muito mais tarde, então ele provavelmente não existiu.

1 2 3 4 5

12 - As adolescentes levam os homens mais velhos a abusar delas.

1 2 3 4 5

13 - Só com crianças pequenas é que se pode falar de abuso. Se um(a) adolescente se envolve com alguém mais velho, a culpa é sua.

1 2 3 4 5

14 - Se o abusador não tiver magoado a criança/adolescente o abuso é pouco grave.

1 2 3 4 5

15 - Só se pode falar de abuso se a criança/adolescente resistir fisicamente.

1 2 3 4 5

16 - A maioria das queixas de abuso sexual são falsas.

1 2 3 4 5

17 - Se não tiver havido penetração, então o abuso é pouco grave.

1 2 3 4 5

ANEXO 2 – DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Quadro I. Distribuição dos Sujeitos por idade

		idade			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24	3	2,0	2,0	2,0
	25	3	2,0	2,0	3,9
	26	4	2,6	2,6	6,5
	27	6	3,9	3,9	10,5
	28	1	,7	,7	11,1
	29	5	3,3	3,3	14,4
	30	3	2,0	2,0	16,3
	31	2	1,3	1,3	17,6
	32	2	1,3	1,3	19,0
	33	2	1,3	1,3	20,3
	34	2	1,3	1,3	21,6
	35	6	3,9	3,9	25,5
	36	4	2,6	2,6	28,1
	37	7	4,6	4,6	32,7
	38	1	,7	,7	33,3
	39	3	2,0	2,0	35,3
	40	2	1,3	1,3	36,6
	41	7	4,6	4,6	41,2
	42	7	4,6	4,6	45,8
	43	3	2,0	2,0	47,7
	44	2	1,3	1,3	49,0
	45	1	,7	,7	49,7
	46	2	1,3	1,3	51,0
	47	3	2,0	2,0	52,9
	48	2	1,3	1,3	54,2
	49	1	,7	,7	54,9
	50	7	4,6	4,6	59,5
	51	5	3,3	3,3	62,7
	52	9	5,9	5,9	68,6
	53	10	6,5	6,5	75,2
	54	8	5,2	5,2	80,4
	55	7	4,6	4,6	85,0
	56	9	5,9	5,9	90,8
	57	4	2,6	2,6	93,5
	58	6	3,9	3,9	97,4
	59	1	,7	,7	98,0
	60	1	,7	,7	98,7
	62	1	,7	,7	99,3
	65	1	,7	,7	100,0
	Total	153	100,0	100,0	

Quadro II. Distribuição dos Sujeitos por estado civil

estadocivil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid casado	104	68,0	68,0	68,0
divorciado	18	11,8	11,8	79,7
viuvo	4	2,6	2,6	82,4
solteiro	27	17,6	17,6	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Quadro III. Distribuição dos Sujeitos por “existência de filhos”

tem filhos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	120	78,4	78,4	78,4
nao	33	21,6	21,6	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Quadro IV. Distribuição dos Sujeitos por área do Centro de Saúde

area

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid predominantemente urbana	41	26,8	26,8	26,8
predominantemente rural	68	44,4	44,4	71,2
medianamente urbano	44	28,8	28,8	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Quadro V. Distribuição dos Sujeitos por experiência profissional em tempo de serviço

		tempo de serviço			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	,7	,7	,7
	1	3	2,0	2,0	2,6
	2	5	3,3	3,3	5,9
	3	3	2,0	2,0	7,8
	4	4	2,6	2,6	10,5
	5	1	,7	,7	11,1
	6	2	1,3	1,3	12,4
	7	4	2,6	2,6	15,0
	8	4	2,6	2,6	17,6
	10	3	2,0	2,0	19,6
	11	4	2,6	2,6	22,2
	12	5	3,3	3,3	25,5
	13	5	3,3	3,3	28,8
	14	5	3,3	3,3	32,0
	15	1	,7	,7	32,7
	16	6	3,9	3,9	36,6
	17	4	2,6	2,6	39,2
	18	6	3,9	3,9	43,1
	19	4	2,6	2,6	45,8
	20	7	4,6	4,6	50,3
	21	1	,7	,7	51,0
	22	6	3,9	3,9	54,9
	23	4	2,6	2,6	57,5
	24	2	1,3	1,3	58,8
	25	8	5,2	5,2	64,1
	26	4	2,6	2,6	66,7
	27	4	2,6	2,6	69,3
	28	10	6,5	6,5	75,8
	29	5	3,3	3,3	79,1
	30	15	9,8	9,8	88,9
	31	4	2,6	2,6	91,5
	32	2	1,3	1,3	92,8
	33	1	,7	,7	93,5
	34	3	2,0	2,0	95,4
	35	1	,7	,7	96,1
	36	1	,7	,7	96,7
	37	2	1,3	1,3	98,0
	38	1	,7	,7	98,7
	39	1	,7	,7	99,3
	40	1	,7	,7	100,0
	Total	153	100,0	100,0	

Quadro VI. Distribuição dos Sujeitos por entidade de referência de casos de CSA

comunicar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid director do centro de saude	10	6,5	6,5	6,5
coordenador de saude de crianças e jovens	9	5,9	5,9	12,4
CPCJ	38	24,8	24,8	37,3
policia/gnr	9	5,9	5,9	43,1
policia judiciaria	1	,7	,7	43,8
assistencia social	14	9,2	9,2	52,9
outro	6	3,9	3,9	56,9
varios	66	43,1	43,1	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Quadro VII. Distribuição dos Sujeitos por informação/formação para identificação de casos de CSA

inofidentificar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid muito boa	1	,7	,7	,7
boa	24	15,7	15,7	16,3
satisfatoria	71	46,4	46,4	62,7
insuficiente	57	37,3	37,3	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Quadro VIII. Distribuição dos Sujeitos por informação/formação para intervenção em casos de CSA

infoactuar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid muito boa	1	,7	,7	,7
boa	21	13,7	13,7	14,4
satisfatoria	65	42,5	42,5	56,9
insuficiente	66	43,1	43,1	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Quadro IX. Distribuição dos Sujeitos por fontes de informação/formação em CSA

fontesrecorridas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ações de formação	6	3,9	3,9	3,9
	congressos	2	1,3	1,3	5,2
	comunicação social	10	6,5	6,5	11,8
	leituras alusivas ao tema	25	16,3	16,3	28,1
	pesquisa informatica	3	2,0	2,0	30,1
	outros	2	1,3	1,3	31,4
	vários	105	68,6	68,6	100,0
	Total	153	100,0	100,0	

ANEXO 3 – CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO QRCSA-HIS

História A

Quadro X. Valores de correlação Item - escala e de *alfa* se o item fosse eliminado

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
HISa1	12,54	15,829	,655	,573	,873
HISa2	12,48	15,370	,591	,409	,876
HISa3	12,46	15,171	,316	,137	,919
HISa4	12,63	15,380	,701	,568	,869
HISa5	12,58	15,087	,812	,744	,863
HISa6	12,42	15,167	,675	,619	,870
HISa7	12,55	15,289	,784	,664	,865
HISa8	12,61	15,450	,709	,584	,869
HISa9	12,42	15,391	,652	,584	,872
HISa10	12,48	14,962	,729	,600	,866

História B

Quadro XI. Valores de correlação Item - escala e de *alfa* se o item fosse eliminado

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
HISb1	13,13	17,267	,626	,493	,873
HISb2	12,94	17,420	,602	,415	,875
HISb3	12,89	16,444	,364	,151	,911
HISb4	13,13	16,777	,759	,635	,865
HISb5	13,10	16,394	,770	,670	,863
HISb6	12,94	16,175	,705	,557	,867
HISb7	13,12	16,913	,723	,597	,867
HISb8	13,14	17,370	,538	,499	,879
HISb9	13,23	17,185	,685	,659	,870
HISb10	13,11	16,471	,739	,601	,865

História C

Quadro XII. Valores de correlação Item - escala e de alfa se o item fosse eliminado

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
HISc1	15,43	19,023	,603	,431	,914
HISc2	15,01	18,217	,707	,540	,909
HISc3	15,19	17,655	,805	,677	,903
HISc4	15,18	17,808	,733	,586	,907
HISc5	15,39	18,107	,769	,687	,905
HISc6	15,27	17,950	,756	,652	,906
HISc7	15,12	19,175	,593	,401	,915
HISc8	14,77	18,151	,614	,495	,915
HISc9	15,23	18,033	,711	,590	,908
HISc10	15,46	18,737	,654	,597	,912

ANEXO 3/a-ANÁLISE FACTORIAL EXPLORATÓRIA DO QRCSA-HIS

Quadro XIII-Alfa do Factor I

Item Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
HISc3	16,52	21,120	,805	,913
HISc4	16,52	21,278	,736	,916
HISc5	16,72	21,611	,770	,915
HISc2	16,34	21,713	,713	,917
HISc6	16,61	21,372	,771	,914
HISc8	16,10	21,713	,608	,923
HISc7	16,46	22,710	,608	,922
HISc9	16,56	21,629	,695	,918
HISc10	16,80	22,373	,641	,920
HISb4	16,84	22,506	,654	,920
HISb7	16,82	22,344	,684	,919

Quadro XIV- Estrutura factorial obtida

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	13,604	45,348	45,348	5,853	19,509	19,509
2	2,445	8,152	53,500	5,419	18,065	37,574
3	1,606	5,352	58,851	3,660	12,202	49,775
4	1,324	4,414	63,265	3,250	10,833	60,609
5	1,142	3,807	67,072	1,939	6,464	67,072
6	,994	3,315	70,387			
7	,833	2,776	73,163			
8	,805	2,683	75,847			
9	,649	2,162	78,009			
10	,631	2,102	80,111			
11	,561	1,870	81,981			
12	,492	1,639	83,620			
13	,466	1,552	85,172			
14	,445	1,484	86,656			
15	,407	1,358	88,014			
16	,389	1,298	89,312			
17	,361	1,203	90,515			
18	,343	1,144	91,659			
19	,339	1,129	92,787			
20	,298	,994	93,781			
21	,272	,905	94,686			
22	,266	,886	95,572			
23	,256	,854	96,427			
24	,252	,839	97,266			
25	,199	,663	97,929			
26	,163	,542	98,472			
27	,135	,451	98,923			
28	,125	,418	99,341			
29	,120	,401	99,742			
30	,077	,258	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

ANEXO 4 – Características da ECAS
Quadro XV- Correlação estatística da ECAS

tem	correlação item-escala total	Alpha Cronbach se item eliminado
tem 1	.460	.896
tem 2	.492	.894
tem 3	.341	.899
tem 4	.658	.888
tem 5	.524	.893
tem 6	.629	.891
tem 7	.656	.890
tem 8	.671	.888
tem 9	.468	.898
tem 10	.555	.892
tem 11	.559	.892
tem 12	.632	.889
tem 13	.682	.888
tem 14	.548	.894
tem 15	.602	.892
tem 16	.689	.887
tem 17	.567	.893

ANEXO 5 - Testes de Normalidade
Quadro XVI-Teste de Kolmogorov-Smirnov

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ECAStotal	,142	149	,000	,905	149	,000
HIS1	,202	149	,000	,829	149	,000
HIS2	,165	149	,000	,876	149	,000
HIS3	,117	149	,000	,931	149	,000
FMR1	,048	149	,200*	,991	149	,514
FMR2	,117	149	,000	,968	149	,001
FMR3	,209	149	,000	,847	149	,000
HISTOTAL	,102	149	,001	,927	149	,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

ANEXO 6

Quadro XVII. Representações sociais (ECAS;QRCSA-HIS;QRCSAFMR) e variável “idade codificada por categorias”

	Idade	Média
ECAS Total	1	76,82
	2	73,9
	3	71,54
	4	79,21
HIS 1	1	74,52
	2	70,6
	3	64,06
	4	88,51
HIS 2	1	71,52
	2	65,1
	3	67,25
	4	89,28
HIS 3	1	61,02
	2	67,48
	3	67,53
	4	93,55
FMR 1	1	83,04
	2	67,77
	3	81,81
	4	76,46
FMR 2	1	83,44
	2	86,34
	3	83,19
	4	65,12
FMR 3	1	82,2
	2	76,65

Quadro XVIII- Representações sociais (ECAS;QRCSA-HIS;QRCSAFMR) e variável idade nos homens

	Idadecateg	N	Mean Rank
ECAStotal	1	3	19,33
	2	1	12,50
	3	14	12,75
	4	15	20,80
	Total	33	
HIS1	1	3	27,67
	2	1	16,00
	3	14	11,96
	4	15	19,63
	Total	33	
HIS2	1	3	25,83
	2	1	20,00
	3	14	10,07
	4	15	21,50
	Total	33	
HIS3	1	3	18,67
	2	1	32,00
	3	14	9,29
	4	15	22,87
	Total	33	
FMR1	1	3	21,00
	2	1	4,00
	3	14	17,86
	4	15	16,27
	Total	33	
FMR2	1	3	16,33
	2	1	12,50
	3	14	19,50
	4	15	15,10
	Total	33	
FMR3	1	3	16,33
	2	1	20,00
	3	14	20,00
	4	15	14,13
	Total	33	
HISTOTAL	1	3	25,17
	2	1	20,50
	3	14	9,86
	4	15	21,80
	Total	33	

Quadro XIX- Representações sociais (ECAS;QRCSA-HIS;QRCSAFMR) e variável idade nas mulheres

	idadecateg	N	Mean Rank
ECAStotal	1	22	59,59
	2	30	60,98
	3	20	59,38
	4	46	58,54
	Total	118	
HIS1	1	22	56,09
	2	30	59,60
	3	21	47,55
	4	47	68,93
	Total	120	
HIS2	1	22	54,02
	2	30	53,83
	3	20	56,18
	4	47	68,36
	Total	119	
HIS3	1	22	46,91
	2	30	54,35
	3	21	60,14
	4	47	70,95
	Total	120	
FMR1	1	22	64,52
	2	30	56,08
	3	21	63,24
	4	47	60,21
	Total	120	
FMR2	1	21	65,64
	2	30	66,75
	3	21	64,83
	4	47	51,01
	Total	119	
FMR3	1	22	64,43
	2	30	57,90
	3	21	63,40
	4	46	57,70
	Total	119	
HISTOTAL	1	22	50,95
	2	30	53,53
	3	20	56,68
	4	47	69,78
	Total	119	

