

Junho de 2015

Abuso Sexual Infantil

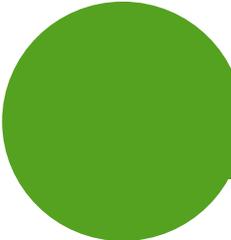
Artigo de revisão

Diana Carolina Isidoro Logrado Cardoso¹

Professor Doutor Hernâni Pombas Caniço²

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
diana_ccardoso@hotmail.com

² Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal - ACES Baixo Mondego,
ARS Centro
hernanicanico@gmail.com



ÍNDICE

ÍNDICE	2
ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS	4
LISTA DE ABREVIATURAS	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
PALAVRAS-CHAVE	8
KEYWORDS	8
INTRODUÇÃO	9
MATERIAIS E MÉTODOS	12
PREVALÊNCIA	13
PARÂMETROS CARACTERIZADORES DA SITUAÇÃO ABUSIVA	17
A) PERFIL DA VÍTIMA	17
B) DINÂMICA FAMILIAR.....	20
C) PERFIL DO AGRESSOR	23
D) FORMA, LOCAL E DURAÇÃO DO ABUSO	30
A DENÚNCIA	35
ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRA VS. EXTRAFAMILIAR	46
DIAGNÓSTICO	49
A) HISTÓRIA CLÍNICA	50
B) EXAME FÍSICO	51
C) COLHEITA DE EVIDÊNCIAS FORENSES	55
CONSEQUÊNCIAS	59
1. PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA	60
A) PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE <i>BORDERLINE</i>	60
B) DISTÚRBO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO	61
C) DISTÚRBIOS ALIMENTARES	61
D) ABUSO DE SUBSTÂNCIAS	62

E)DEPRESSÃO.....	63
F)SUICÍDIO	63
2. ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO	64
A)COMPORTAMENTOS SEXUAIS PATOLÓGICOS	64
B)COMPORTAMENTOS DE RISCO	65
C)OUTROS PROBLEMAS DO COMPORTAMENTO	66
3. PROBLEMAS FÍSICOS	66
4. GRAVIDEZ, PARTO PRÉ-TERMO E ABORTO	67
5. A INTERNET.....	67
<u>PREVENÇÃO E TRATAMENTO</u>	69
<u>LEGISLAÇÃO</u>	85
<u>CONCLUSÃO</u>	92
<u>AGRADECIMENTOS</u>	97
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	98

ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Tabela 1 - Estudos relativos à prevalência de Abuso Sexual de Crianças	14
Tabela 2 - Tipos de violência identificadas como meios educativos usados pelas famílias das crianças abusadas	20
Tabela 3 - Parâmetros mapeados por Habigzang <i>et al</i> no estudo da dinâmica familiar das vítimas de abuso sexual infantil.....	21
Tabela 4 - Vínculo entre a vítima e o agressor encontrada em três estudos distintos	25
Tabela 5 - Parâmetros mapeados por Habigzang <i>et al</i> no estudo do perfil do agressor	27
Tabela 6 - Crimes Sexuais registados pela APAV em 2012	30
Tabela 7 - Comportamentos sexualmente abusivos registados por Mateus (2012), segundo as categorias “Com contacto físico” e “Sem contacto físico”	31
Tabela 8 - Atraso na revelação do abuso consoante a idade da vítima, grau de parentesco com o agressor e tipo de abuso sofrido	38
Tabela 9 - Influência da atitude dos pais no modo como se processa a revelação e na percepção que a criança faz sobre a situação abusiva	43
Tabela 10 - Influência da resposta dos profissionais na forma como a vítima encara o crime....	44
Tabela 11 - Lesões acidentais e contexto em que ocorreram	52
Tabela 12 - Versão simplificada da classificação de Adams	52
Tabela 13 - Variantes da Normalidade no exame físico.....	53
Tabela 14 - Tempo para cura de lesões encontradas ao exame físico	54
Tabela 15 - Fatores associados a uma amostra positiva e/ou à identificação de DNA	56
Tabela 16 - Comportamentos sexuais normais vs. patológicos	65
Tabela 17 - Tipos de família com maior risco para ocorrência de abuso sexual infantil	70
Tabela 18 - Competências a adquirir pelas crianças e adolescentes nos programas escolares ...	76
Tabela 19 - Temas a abordar com as crianças segundo a faixa etária	78
Gráfico 1 - Relação estabelecida entre vítima e agressor num estudo de Pinto da Costa	26
Gráfico 2 - Motivos alegados para a prática de abuso sexual infantil	29
Gráfico 3 - Comportamentos sexuais abusivos segregados em duas categorias de acordo com a presença/ausência de contacto físico	31
Gráfico 4 - Principais confidentes a quem a criança revela o abuso	38
Gráfico 5 - Tempo de atraso da revelação	39
Gráfico 6 - Modo como ocorreu a revelação.....	39
Gráfico 7 - Adultos responsáveis pela notificação do abuso	40
Gráfico 8 - Adultos com conhecimento anterior do abuso e que não notificaram.....	40
Gráfico 9 - Encaminhamento dado às situações de abuso sexual infantil notificadas	42
Figura 1 - Coeficientes de incidência de Abuso Sexual Infantil, segundo o sexo e a idade das vítimas, Londrina-Pr, 2006	19
Figura 2 - Apresentação clínica, no SU, de crianças vítimas de abuso sexual.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à vítima

APP - American Academy of Pediatrics

CDC - Convenção sobre os Direitos da Criança

CFAE - Centro de Formação de Associação das Escolas de **Matosinhos**

CNPD - Comissão Nacional de Proteção de Dados

DSPT - Distúrbio de Stress Pós-Traumático

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EF - Extrafamiliar

EUA - Estados Unidos da América

HPV - Papiloma vírus humano

HSV - Herpes simplex vírus

IF - Intrafamiliar

NAAT's – Testes de amplificação de ácidos nucleicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

SART – Sexual Assault Response Team

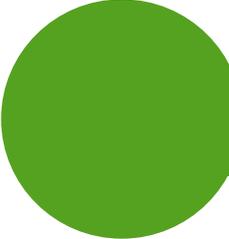
SDAH - Síndrome de Défice de Atenção e Hiperatividade

TF-CBT - Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

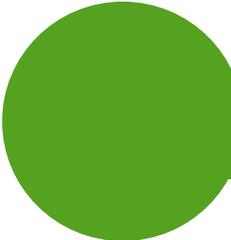
RESUMO

O abuso sexual infantil faz parte das grandes problemáticas que as sociedades e sistemas de proteção à criança atualmente enfrentam. O trabalho realizado teve por objetivo alertar para a dimensão deste problema que acarreta consequências gravíssimas para a vítima, família e comunidade. Os temas abordados foram: prevalência; estudo do perfil da vítima, do agressor e dinâmica familiar; métodos diagnósticos atualmente disponíveis; consequências para a vítima; prevenção e possíveis intervenções terapêuticas e, por último, legislação em vigor. Para a realização deste estudo, efetuou-se uma pesquisa bibliográfica de artigos publicados entre 1988 e 2015 nos idiomas: “Português”; “Inglês”; e “Espanhol”. Concluiu-se que, em Portugal, as taxas de prevalência rondam os 14,5%, número que acresceria sobremaneira se todos os casos estivessem notificados. As vítimas são maioritariamente do género feminino, contrariamente ao que acontece com o agressor. O abuso intrafamiliar representa uma percentagem significativa de casos. Constatou-se que não existe nenhum método de diagnóstico de eleição para este crime, pelo que são necessários mais estudos neste campo. Quanto às consequências, salientou-se a alta prevalência de patologia psiquiátrica, destacando-se a depressão e o risco acrescido de suicídio. Analisou-se a necessidade do trabalho em rede, articulado, contínuo e integrado como único meio para uma prevenção eficaz. As estratégias preventivas devem envolver a criança, família e sociedade civil, trabalhando na consciencialização destes elementos. Por último, ressalva-se a violação dos direitos da criança associada a tão brutal crime. Estudos e investigações adicionais são necessários no sentido de encontrar a real prevalência do abuso e desenvolver meios de combate a este crime, quer ao nível do diagnóstico, quer no que refere a prevenção e estratégias terapêuticas de minimização do impacto causado.



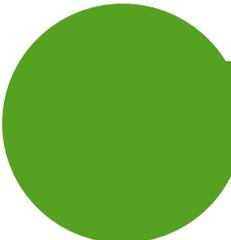
ABSTRACT

Child sexual abuse is part of the major problems that the societies and the child protection systems currently face. The work aimed to alert for the scale of this problem that causes serious consequences for the victim, family and community. The themes addressed were: prevalence; study the profile of the victim, the aggressor and family dynamics; diagnostic methods currently available; consequences for the victim; prevention and possible therapeutic interventions and, finally, the legislation. For this study, it was performed a bibliographic research for articles published between 1988 and 2015 in the languages: "Portuguese"; "English"; and "Spanish". It was concluded that, in Portugal, the prevalence rates are around 14.5%, numbers that would add greatly if all cases were notified. The victims are mainly female. The contrary happens with the aggressor. The intra-familial abuse represents a significant percentage of cases. It was found that there is no gold-standard for the diagnosis of this crime, by that more studies are necessary in this field. As to the consequences, it was pointed out the high prevalence of psychiatric pathology, highlighting the depression and the increased risk of suicide. Only an articulate, continuous and integrated work, can lead to effective prevention. The preventive strategies should involve the child, family and civil society, working in an awareness of these elements. Finally, it was emphasized the violation of the rights of the child associated to such brutal crime. Studies and further investigations are needed in order to find the true prevalence of abuse. It must be developed ways to combat this crime, as in diagnosis, as in prevention and treatment strategies for minimising the impact caused.



PALAVRAS-CHAVE

Abuso Sexual; Criança; Tipos de Família; Agressor; Trauma; Trabalho em rede; Direitos Humanos.



KEYWORDS

Sexual Abuse; Child; Family Types; Aggressor; Trauma; Network; Human Rights.

INTRODUÇÃO

Maus-tratos infantis são, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹⁾, “o abuso ou negligência que ocorrem em crianças com idade inferior a 18 anos, incluindo todos os tipos de abusos físico, emocional, sexual, negligência e exploração comercial ou outra, que resulte em dano real ou potencial para a saúde da criança, a sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder”.

Introduzido este conceito, define-se em particular, e igualmente segundo a OMS, o abuso sexual infantil como “o envolvimento de uma criança numa atividade sexual que o menor seja incapaz de compreender plenamente, inapto a dar o seu consentimento informado ou para a qual a criança se manifeste prematura no desenvolvimento e, por conseguinte, não possa consenti-la, ou que aquela viole a legislação em vigor ou se mostre inadequada às regras da sociedade. O abuso sexual infantil é evidenciado pela atividade entre uma criança e um adulto, ou outra criança que pela sua idade ou desenvolvimento se encontre numa relação de responsabilidade, confiança ou poder, e cuja atividade se destine a satisfazer as necessidades da outra pessoa. Esta pode incluir, embora não esteja limitada: 1) o incentivo ou coação para que a criança se dedique a qualquer atividade sexual ilegal; 2) a exploração da criança na prostituição ou noutras práticas sexuais ilegais; 3) a exploração da criança em atividades de cariz pornográfico.”

Estas definições não são estanques, como facilmente se depreende, tendo evoluído ao longo dos tempos em concordância com os padrões e normas sociais e com a forma como a criança

é vista na comunidade, adaptando-se igualmente às novas tecnologias e às novas formas de criminalidade que daí possam advir.⁽²⁾

Assim, até ao séc. XVII o envolvimento das crianças em atividades sexuais era entendido como parte integrante do seu envolvimento em sociedade, sendo que apenas no séc. XIX o crime passou a ser altamente condenável e punido com prisão.⁽²⁾ Apesar desta evolução, foi apenas na última metade do séc. XX, na década de 70, que o abuso sexual infantil se constituiu como um problema muito sério, elevado de tal forma à escala global que começou a despertar o interesse da comunidade científica.^(2, 3)

Segundo a “American Academy of Child & Adolescent Psychiatry”⁽⁴⁾ têm sido reportados 80.000 casos por ano de abuso sexual infantil, sendo este valor ainda muito inferior ao real, à custa do número de situações não reportadas.

Em Portugal, Mateus (2012)⁽³⁾ concluiu que a taxa de prevalência de abuso sexual infantil é de 14,5%.

Em 2012, recorreram à Associação Portuguesa de Apoio à vítima (APAV)⁽⁵⁾ 81 crianças vítimas de violência sexual. Já em 2014 foram registados por esta associação: 106 casos de abuso sexual de crianças (idade inferior a 14 anos), 13 ocorrências de assédio sexual de menor dependente e 2 situações respeitantes a pornografia de menores.⁽⁶⁾

Perante estes números, torna-se evidente que o abuso sexual infantil é um problema mundial, transversal às sociedades, que excede os limites impostos pelas diferentes culturas. Trata-se de um tema complexo, com consequências graves, a curto e longo prazo, que afeta não só as crianças, mas também os seus cuidadores e a sociedade envolvente. Em última instância, acarreta também um impacto económico que não deve ser desprezado, pelo que urge

implementar programas preventivos e estratégias terapêuticas que minimizem as nefastas consequências que advêm do abuso.

Neste sentido, o presente trabalho tem por objetivos: 1) o estudo do perfil da vítima e do agressor e a avaliação da violência na família das vítimas; 2) abordagem dos métodos atualmente disponíveis para diagnóstico da situação abusiva; 3) as consequências na criança, com particular foco no trauma psicogénico do abuso; 4) as estratégias preventivas e as possíveis intervenções terapêuticas, incidindo na família e seus tipos, plano de cuidados, cuidadores, comunidade em que estão inseridos e salientando a necessidade do trabalho em rede na sociedade civil; 5) por último, rever a legislação atualmente em vigor, nomeadamente no que respeita à violação dos direitos humanos da criança e à polémica criação de uma lista de abusadores sexuais de menores.

Em suma, esta monografia pretende fazer uma revisão dos conhecimentos atuais relativos a esta problemática, esperando que a mesma alerte para a necessidade de tornar a sociedade, pais e crianças mais informados, preventivos e eficazes na resposta a este crime.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização deste trabalho, efetuou-se uma pesquisa de artigos publicados em revistas indexadas das áreas de Medicina Geral e Familiar, Pediatria e Medicina Legal, a nível da *PubMed*, *SciELO*, *B-on* e *Web of Knowledge*. Os artigos selecionados têm datas de publicação entre 1988 e 2015. Os termos de pesquisa utilizados foram “Abuso sexual infantil”; e os termos relacionados “epidemiologia”; “perfil da vítima/agressor”; “violência na família”; “consequências na criança”; “prevenção”; “terapêutica/intervenção nas famílias e comunidade”; “legislação”; “violação dos direitos humanos da criança”; “lista de abusadores sexuais de menores”.

Restringiram-se as referências bibliográficas aos seguintes idiomas de publicação: “Português”; “Inglês”; e “Espanhol”. Foi utilizado o sistema de citação de *Vancouver*.

PREVALÊNCIA

Vários têm sido os estudos realizados com o intuito de averiguar a verdadeira dimensão do abuso sexual infantil, quer a nível mundial, quer nacional. Porém, são também múltiplos os fatores que enviesam os resultados encontrados, pelo que se tem revelado difícil obter um consenso quanto à real prevalência do abuso.⁽³⁾

As discrepâncias devem-se, a título exemplificativo, às várias definições de abuso sexual infantil – enquanto uns autores consideram o abuso sexual contra menores como “qualquer contacto ou interação entre uma criança ou adolescente e alguém em estágio psicosssexual mais avançado (...) onde a criança é usada para estimulação sexual do perpetrador”⁽⁷⁾, outros restringem esta forma de violência às situações em que ocorre contacto físico. Também o método de recolha dos dados pode levar a divergências nos resultados encontrados, uma vez que informações obtidas por questionários ou através de entrevistas presenciais dificilmente serão similares. Na base desta divergência, poderá estar a garantia ou não do anonimato e consequentemente a segurança que a vítima tem na confidencialidade da entrevista, ou ainda a não estandardização das questões colocadas.⁽³⁾

Todavia, e apesar das limitações já referidas, é consensual que o abuso sexual infantil se trata de uma temática à escala global, com taxas de prevalência elevadas um pouco por todo o mundo. Uma investigação retrospectiva realizada por Marisa Mateus (2012)⁽³⁾, demonstrou esta mesma realidade resumindo numa tabela (Tabela 1) as taxas de prevalência encontradas nos demais estudos referentes a esta área.

TABELA 1 - ESTUDOS RELATIVOS À PREVALÊNCIA DE ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS

País	Autor/Ano	Dimensão da amostra (N)	Metodologia de Recolha de Dados	Prevalência (%)	
				Feminino	Masculino
EUA	Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990)	2626	Contacto telefónico	27	16
EUA	Gorey e Leslie (1997)	1040	Diversos métodos	22,3	8,5
EUA	Briere e Elliott (2003)	935	Questionário	32,3	14,2
México	Pineda-Lucatero, Trujillo-Hernández, Millán-Guerrero & Vásquez (2008)	1197	Questionário	19,3	17,3
Canadá	MacMillan H. <i>et al.</i> (1997)	9953	Questionário	12,8	4,3
Suíça	Halpérin <i>et al.</i> (1996)	1130	Questionário	33,8	10,9
Espanha	De Paúl, Milner & Múgica, (1995)	403	Questionário	14,8	9,70
Portugal	Figueiredo <i>et al.</i> (2004)	835	Questionário	2,70	2,60

Abreviaturas: EUA, Estados Unidos da América.

Retirado de Mateus (2012)⁽³⁾

Pela análise da Tabela 1 facilmente se conclui que a taxa de prevalência de abuso sexual infantil é muito superior nos indivíduos do género feminino, independentemente do país em estudo. Nos EUA (Estados Unidos da América), país onde se centram três dos estudos, as taxas de prevalência foram de 27% para o género feminino e 16% para o masculino na investigação de Finkelhor *et al* (1990). Já no estudo mais recente de Biere e Elliott (2003), a

prevalência para o género feminino aumentou para 32,3%, ao contrário do que aconteceu com a do género masculino que desceu para os 14,2%. De salientar uma vez mais as diferentes metodologias usadas pelos autores para a recolha de dados (contacto telefónico vs. questionário).

No que respeita ao México, o estudo de Pineda-Lucatero *et al* (2008) concluiu que a prevalência de abuso sexual infantil é de 19,3% no género feminino, taxa bastante inferior à encontrada na população americana do mesmo género. O inverso ocorre para o género masculino, cuja prevalência é de 17,3% nos indivíduos mexicanos, comparativamente aos 14,2% nos indivíduos americanos, para o estudo mais recente.

É na Suíça, num estudo de Halpérin *et al* (1996) que se observa a taxa de prevalência mais elevada para o género feminino de entre todos os estudos em análise, com uma percentagem de 33,8. É também aqui que se verifica o maior diferencial entre géneros, já que a taxa de prevalência no género masculino fica nos 10,9%, sendo, portanto, clara a diferença entre o número de vítimas de abuso do género feminino comparativamente ao do género oposto.

Em Espanha a prevalência deste tipo de violência é de 14,8% para o género feminino e de 9,7% para o género masculino, segundo o estudo de De Paúl, Milner & Múgica, (1995).

Por último, verifica-se uma significativa redução das taxas de prevalência de abuso sexual infantil no estudo português de Figueiredo *et al* (2004) - apenas 2,7% para o género feminino e 2,6% para o género masculino. Na sua análise, Mateus (2012)⁽³⁾ atribui a baixa prevalência encontrada neste estudo à metodologia de recolha de dados utilizada pelos autores. Foram usados questionários para a recolha de dados que circularam entre professores, alunos e pais (os alvos do estudo) numa linha que facilmente terá comprometido o anonimato daqueles e consequentemente enviesado as suas respostas.

Visando melhor estudar a prevalência deste abuso na população portuguesa, Mateus (2012)⁽³⁾ recorreu a uma amostra de 200 participantes, sendo 132 do género feminino e 68 do masculino, com idades entre os 18 e os 30 anos. Para a recolha de dados foi usado um questionário de autopreenchimento. Com esta investigação concluiu-se que a taxa de prevalência global de abuso sexual infantil foi de 14,5%. Segregando os géneros, a prevalência nas mulheres é de 15,9% e de 11,7% para os homens. Estes resultados afastam-se sobremaneira das taxas encontradas por Figueiredo *et al.* Adicionalmente, pode concluir-se que as taxas de prevalência em Portugal, tendo em conta a investigação de Mateus, são similares, embora um pouco superiores, às observadas em Espanha. O mesmo acontece relativamente ao Canadá, verificando-se em Portugal, para ambos os géneros, prevalências superiores às deste país. O contrário ocorre relativamente aos EUA, já que as taxas lusitanas são francamente inferiores às descritas nos EUA, principalmente no que refere à população feminina. No que concerne à Suíça, é curioso observar que a taxa de prevalência para o género masculino deste país se aproxima bastante da portuguesa (10,9% vs. 11,7%), contrariamente ao que sucede com o género feminino onde se observa a maior desigualdade (33,8% vs. 15,9%).

As prevalências atrás mencionadas referem-se a números já por si bastante significativos, permitindo constatar uma vez mais a disseminação deste tipo de violência um pouco por todo o globo. Porém, há que considerar que o abuso infantil está envolto numa teia de silêncio, crendo-se que uma grande parte dos casos permanece por notificar. A omissão continua a ser a escolha de muitas vítimas, bem como das suas famílias, quer pelo medo das consequências que advém da denúncia, quer pelos procedimentos legais que validam o abuso serem morosos e difíceis.⁽⁴⁾ Como tal, pretende-se salientar que as altas taxas de prevalência analisadas se encontram ainda subdimensionadas, o que evidencia um problema grave de saúde pública e um desafio para a comunidade científica.

PARÂMETROS CARACTERIZADORES DA SITUAÇÃO ABUSIVA

A) Perfil da Vítima

Tal como já depreendido, as vítimas de abuso sexual infantil são maioritariamente do género feminino. Um estudo de Martins *et al* (2010)⁽⁸⁾ demonstra isto mesmo, ao constatar que 74,2% das 186 vítimas de abuso sexual infantil eram do género feminino, verificando-se uma proporção de 2,9 meninas para cada menino. Outro estudo realizado em 2014⁽⁹⁾, revela uma prevalência de 81,2% para as vítimas do género feminino contra apenas 18,8% do género masculino. A realidade é semelhante no nosso país, já que em 81 vítimas de violência sexual infantil que em 2012 recorreram à APAV, 63 (78%) eram do género feminino.⁽⁵⁾

No que concerne às idades mais atingidas, a APAV⁽⁵⁾ salienta a faixa etária dos 11 aos 17 anos como a mais vitimizada em 2012, com uma prevalência de 55,6%, seguida pelo grupo dos 6 aos 10 anos (24,7%). Mateus (2012)⁽³⁾, referindo-se também a Portugal, conclui que os abusos ocorreram essencialmente entre os 8,5 e os 10,9 anos. Trindade *et al* (2014)⁽⁹⁾ não se afasta muito destas conclusões, evidenciando que em 36,7% dos casos as vítimas tinham entre 10 a 13 anos, e em 30,6% das situações 5 a 9 anos. Monteiro *et al* (2008)⁽¹⁰⁾ acrescentam que todas as crianças com idade inferior a 12 anos são particularmente suscetíveis de sofrerem este abuso, salientando os 11 e os 12 como as idades em que as crianças foram maioritariamente abusadas.

Tais conclusões vão de encontro ao apontado pela literatura em geral: o abuso ocorre maioritariamente no género feminino, nas crianças com idade inferior a 12 anos. Estes

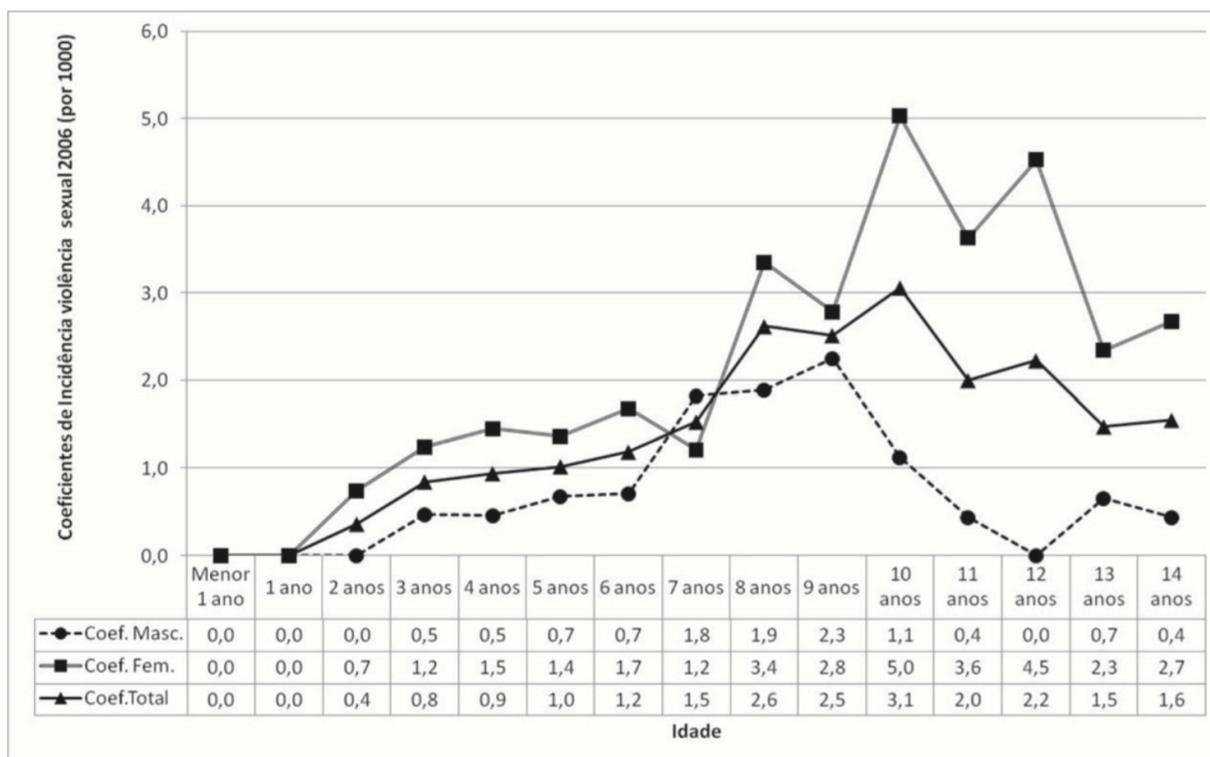
resultados não são surpreendentes sendo, por conseguinte, facilmente justificáveis. O facto de os agressores manifestarem preferência pelo género feminino prende-se com a vulnerabilidade associada aos elementos deste género. Trindade *et al* (2014)⁽⁹⁾ definem vulnerabilidade como “uma relação de desigualdade entre dois indivíduos ou entre grupos, em que uma das partes vê a sua vontade anulada ou reduzida”. Na sociedade a mulher é ainda vista como um ser frágil, dependente e facilmente subjugado. A par destas crenças pesam ainda as características biológicas inerentes ao género feminino, que tornam a mulher inevitavelmente mais fraca e como tal, alvo predileto de abuso. Por outro lado, crê-se que os indivíduos do género masculino tenham maior dificuldade em denunciar o abuso, associando-se a menor prevalência masculina também a este facto.⁽³⁾

No que concerne à idade, é também compreensível que as crianças com idade inferior a 12 anos sejam as mais afetadas, uma vez mais pela sua fragilidade e suscetibilidade à manipulação por um adulto.⁽³⁾ Nesta linha de raciocínio, Oliveira *te al* (2007)⁽¹¹⁾ sublinham que a incidência de casos nestas idades reforça o conceito de abuso sexual inversamente proporcional à idade e capacidade de resistência das vítimas. Neste mesmo estudo, concluiu-se que não houve registo de casos cujas vítimas fossem do género masculino e com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos. A explicação para este facto reside uma vez mais na noção de vulnerabilidade, uma vez que indivíduos desta faixa etária são já capazes de se defender e mostrar resistência. Por outro lado, a dificuldade da denúncia por parte destes indivíduos poder-se-á também aplicar aqui. Segregando os géneros, Martins *et al* (2010)⁽⁸⁾ concluíram que: para o género feminino, 58% das vítimas tinham entre 10 a 14 anos, 31,8% entre 5 a 9 anos e 10,1% entre 0 a 4 anos; já para o género masculino, 66,7% tinham entre 5 a 9 anos, 25% entre 10 a 14 anos e 4% entre 0 e 4 anos. É de notar que os rapazes são vítimas de abuso mais cedo, quando não possuem ainda capacidades de autodefesa. Já nas meninas, a incidência deste tipo de abuso arrasta-se até idades mais tardias, assumindo maior prevalência

dos 10 aos 14 anos – altura em que não estão sobre o permanente controlo dos pais ou de outros cuidadores, apesar de não estarem ainda aptas a oferecer resistência. Realça-se também que é nesta idade que surgem os caracteres sexuais secundários, marcando a entrada na puberdade. Tal facto justifica por si só o aumento de abusos neste grupo.

A figura 1 demonstra os coeficientes de incidência de abuso sexual infantil calculados por Martins *te al* (2010)⁽⁸⁾. De notar o aumento do risco para as meninas após os 8 anos, em oposição ao que ocorre com os meninos, cujos coeficientes declinam a partir desta idade.

FIGURA 1 - COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL, SEGUNDO O SEXO E A IDADE DAS VÍTIMAS. LONDRINA-PR, 2006



Retirado de Martins et al (2010)⁽⁸⁾

B) Dinâmica familiar

O agregado familiar das vítimas de abuso sexual infantil tem sido também alvo de diversas investigações, procurando os autores identificar características comuns que predisponham estas famílias para a ocorrência de abuso num dos seus membros.

Embora se pretenda caracterizar mais adiante abuso sexual intrafamiliar e extrafamiliar, é importante ter desde já a noção que o abuso intrafamiliar representa grande parte dos casos. Habigzang *et al* (2005)⁽⁷⁾ concluíram que, do total de casos investigados, 83% ocorreram dentro da própria família. Assim, um dos aspetos mapeados por estes mesmos autores refere-se à presença de outros tipos de violência no agregado. Habigzang *et al* (2005)⁽⁷⁾ observaram que a violência constituía com frequência uma ferramenta educativa dos pais das crianças abusadas. Na tabela 2, sumarizam-se as práticas educativas mais notadas pelos autores entre as famílias em estudo.

TABELA 2 - TIPOS DE VIOLÊNCIA IDENTIFICADAS COMO MEIOS EDUCATIVOS USADOS PELAS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS ABUSADAS

<i>Tipo de Violência</i>	<i>Prevalência nas famílias</i>
<i>Proibições (em geral)</i>	<i>73%</i>
<i>Agressões físicas</i>	<i>40,5%</i>
<i>Agressões verbais</i>	<i>21,6%</i>
<i>“Reversão hierárquica”</i>	<i>10,8%</i>

Como “reversão hierárquica” entendem-se os casos em que os filhos assumem o papel de pais.

Adaptado de Habigzang et al (2005)⁽⁷⁾

Como se depreende pela análise da tabela 2, o abuso sexual não é o único tipo de violência perpetrado contra grande parte das crianças. Tal como afirmam Trindade *et al* (2014)⁽⁹⁾, a violência sexual é frequentemente acompanhada por outras formas de violência – abusos

físicos e psicológicos, negligência, assim como violência institucional ou comunitária - que violam os direitos dos menores.

Na tabela 3, sintetizam-se os restantes parâmetros mapeados por Habigzang *et al* (2005)⁽⁷⁾, no estudo da dinâmica das famílias das vítimas de abuso, bem como os resultados observados.

TABELA 3 - PARÂMETROS MAPEADOS POR HABIGZANG ET AL NO ESTUDO DA DINÂMICA FAMILIAR DAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

<i>Parâmetro mapeado</i>	<i>Condição da Família</i>	<i>Prevalência (%)</i>	<i>Notas</i>
<i>Situação Financeira</i>	<i>Pobreza</i>	39,6	Na maioria das famílias verificou-se que: a) somente um dos cônjuges tinha emprego; b) as residências exibiam condições precárias. De salientar que embora as dificuldades financeiras constituam fator de risco para ocorrência de abuso, este é transversal a todos os estratos e níveis sociais.
<i>Religião</i>	<i>Católica</i>	30,4	26,1% dos agregados foram descritos como fanáticos religiosos
	<i>Evangélica</i>	26,1	
	<i>Afro</i>	21,7	
	<i>Adventista</i>	13	
<i>Número de elementos do agregado</i>	<i>4-6</i>	46,1	Embora se verifique maior incidência para famílias com maior número de elementos, este parâmetro revelou alta variabilidade.
	<i>7-9</i>	20,2	
	<i>10-16</i>	15,7	
	<i>3</i>	15,7	
	<i>2</i>	2,2	

Adaptado de Habigzang et al (2005)⁽⁷⁾

Além dos acima mencionados, como fatores de risco para a ocorrência de abuso sexual infantil destacam-se ainda:

a) relações familiares disruptivas, por exemplo, com saída de um dos progenitores do lar e aparecimento de um novo membro - presença de padrasto;

b) progenitores com baixo nível de escolaridade; desocupados e encarregues de cuidar dos filhos por longos períodos; negligenciados e/ou abusados na infância; dependentes de álcool ou de outras substâncias psicotrópicas; com patologia psiquiátrica (depressão, psicoses, transtornos de personalidade);

c) condições associadas à própria criança: prematuros ou crianças com déficit cognitivo associado, as resultantes de uma gravidez não desejada, adotadas, ou que vivem em instituições de acolhimento ou estão obrigadas, por lei, a permanecer em sistemas de correção e reabilitação. ^(7, 12)

Os parâmetros acima mencionados são apenas indicadores do maior risco de se encontrar uma situação de abuso nas famílias em que se assinalem tais características. Como tal, são apenas isso mesmo – marcadores de risco -, algo que não exclui de todo a presença deste tipo de violência em agregados sem co-morbilidades ou instabilidades socioeconómicas associadas. No momento do diagnóstico há que avaliar todos os indícios, atentando não só às famílias ditas disfuncionais, mas também àquelas em que não é expectável encontrar tal violência. Deve manter-se presente, que a menor prevalência em agregados considerados estáveis pode também estar associada a situações de abuso infantil bem camufladas e onde o muro de silêncio que circunda estas vítimas é ainda mais difícil de derrubar.

C) Perfil do Agressor

A literatura é consensual no que concerne ao género do agressor. O abuso sexual infantil é perpetrado por indivíduos do género masculino na grande maioria dos casos, tendo sido encontradas taxas de prevalência similares em diversos estudos: 98,8%, 97,3% e 90%.^(3, 7, 8) Apesar destes tão expressivos resultados, é importante não esquecer que existem também agressores do género feminino e tal facto não deve ser menosprezado. Aliás, cabe ao profissional estar alerta para situações cujos indícios apontem para agressores femininos, já que os números associados a este género poderão estar subdimensionados. Na verdade, alguns autores defendem que o abuso poderá ocorrer aquando da prestação de cuidados por elementos deste género, passando por isso despercebido. Adicionalmente, por haver uma maior percentagem de agressores do género oposto, os profissionais poderão estar sugestionados para este facto, desvalorizando evidências que apontem o contrário.⁽³⁾

Quanto à idade média do abusador, a mesma varia entre os 12 e os 70 anos, segundo Mateus (2012)⁽³⁾, com uma média situada nos 32,9 anos. Verifica-se igualmente que na maioria dos casos de abuso, os agressores somam 10 anos ou mais do que as vítimas. Martins *et al* (2010)⁽⁸⁾ verificaram que, entre os agressores do género masculino, 25,4% tinha 40 anos ou mais, 21,5% pertencia à faixa etária dos 30 a 34 anos e em 9,9% dos casos o abusador era um adolescente entre os 13 e 14 anos. Para o género feminino, 50% das agressoras tinham entre 20 a 24 anos, 25% entre 35 a 39 anos e 25% teriam 40 anos ou mais. O agressor pode, desta forma, ser desde um adolescente a um idoso, tal como afirmam Monteiro *et al* (2008).⁽¹⁰⁾ Neste estudo, a faixa etária dos 15 a 25 anos foi a que obteve maior representatividade com 27,54%, seguida pelo grupo dos 35 a 45 anos, com 26,95%. Os agressores com mais de 60 anos representaram 5,39% dos casos.

Embora existam pequenas variações entre as diversas investigações, de uma forma genérica e esbatendo um pouco os limites etários definidos por cada estudo, pode-se concluir que o abusador é na sua maioria um homem adulto, com idades que rondam os 30 a 40 anos. Estas características conferem ao agressor as condições necessárias à consumação do abuso infantil, uma vez que são indivíduos com condição física favorável, capazes de manipular a criança, transmitindo-lhe sentimentos de proteção e afeto que mais tarde servirão de ponte para a ocorrência do crime. Por outro lado, são homens que poderão já estar num segundo casamento, convivendo com enteadas, o que facilita também o delito, uma vez que grande parte dos agressores são padrastos (Tabela 4).⁽¹⁰⁾ Por último, é de salientar que a presença de crianças/adolescentes entre os agressores alerta uma vez mais para a imperiosidade de implementar programas preventivos, com enfoque na sexualidade do adolescente, por forma a que os jovens possam expor as suas dúvidas e incertezas, evitando comportamentos desajustados aquando da procura de respostas.⁽⁸⁾

Um outro parâmetro mapeado no estudo do perfil do agressor diz respeito ao vínculo entre a vítima e o agressor. Trindade *et al* (2014)⁽⁹⁾ afirmam que numa percentagem expressiva de casos (86,3%) o agressor tem uma ligação afetiva com a vítima, sendo amigo ou conhecido da família em 42,3% dos casos. Mateus (2012)⁽³⁾ corrobora estes dados ao concluir que em 82,6% dos casos existe algum vínculo entre agressor e criança abusada, sendo que 48,1% dos agressores são familiares da vítima e 34,5% são pessoas conhecidas mas não familiares.

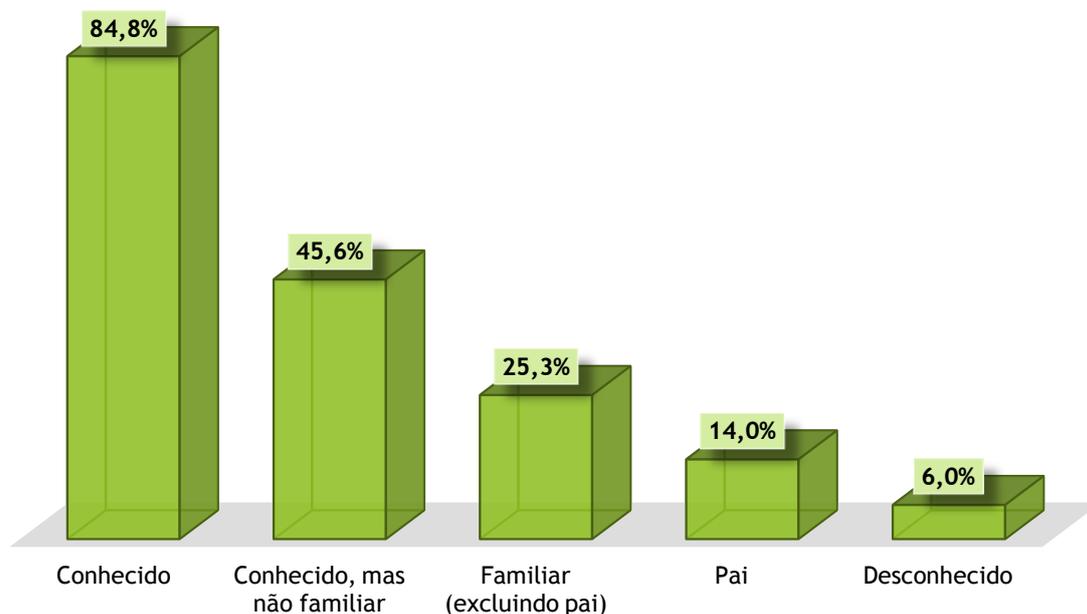
Na tabela 4, resumam-se os dados encontrados por Mateus (2012)⁽³⁾, Trindade *et al* (2014)⁽⁹⁾ e Monteiro *et al* (2008)⁽¹⁰⁾, no que respeita ao vínculo estabelecido entre a criança vitimizada e o agressor.

TABELA 4 - VÍNCULO ENTRE A VÍTIMA E O AGRESSOR ENCONTRADA EM TRÊS ESTUDOS DISTINTOS

	Mateus (2012)⁽³⁾ (%)	Trindade <i>et al</i> (2014)⁽⁹⁾ (%)	Monteiro <i>et al</i> (2008)⁽¹⁰⁾ (%)
<i>Padrasto</i>	10,3	16,6	11,4
<i>Pai</i>	13,8	10,9	9,4
<i>Primo</i>	10,3	2,6	4,5
<i>Avó</i>	—	2,2	1
<i>Irmão</i>	3,4	1	1
<i>Padrinho</i>	—	1	1
<i>Irmã</i>	3,4	—	—
<i>Desconhecido</i>	10,3	7,3	11,9

Pela análise da tabela 4, podemos concluir que o padrasto e o pai são os principais responsáveis pela agressão sexual, sendo consensuais os resultados da literatura. A percentagem atribuída a agressores sem qualquer vínculo afetivo com a vítima ronda os 10%, sendo fácil concluir que o número de agressores conhecidos da vítima é muito superior. Este facto permite inferir que o criminoso beneficia da relação estabelecida com a criança ou família, aproveitando-se dos laços afetivos e de confiança criados como meio para camuflar o abuso.

GRÁFICO 1 - RELAÇÃO ESTABELECIDADA ENTRE VÍTIMA E AGRESSOR NUM ESTUDO DE PINTO DA COSTA⁽¹³⁾



Adaptado de Mateus (2012)⁽³⁾

No gráfico 1, evidenciam-se os resultados de um estudo realizado por Pinto da Costa (1990), em Portugal.⁽¹³⁾ Tal como se depreende pela observação do gráfico, os resultados portugueses vão de encontro ao observado pela literatura em geral, sendo uma vez mais de notar que a percentagem de agressores conhecidos da vítima é muito superior à referente aos estranhos (84,8% vs. 6%). Salienta-se de novo a prevalência da figura paterna como agressor e as nefastas consequências que advêm deste facto. A proximidade que a criança estabelece com este elemento potencia sobremaneira o crime e agrava a já sempre difícil denúncia. Adicionalmente, esta situação submete a criança a extrema violência psicológica, de tal forma que a vítima se culpabiliza com frequência pelo abuso e pelas consequências que advirão da denúncia. O “pai” deveria configurar-se como símbolo de afeto, proteção e segurança. O facto de este elemento se constituir como responsável pelo abuso, pressupõe que os conceitos de estabilidade, confiança e bem-estar associados à família e consequentemente à figura paterna,

fiquem deturpados, traduzindo-se em sequelas profundas na personalidade e comportamento futuros da criança abusada.

Na tabela 5 encontram-se condensados outros parâmetros avaliados por *Habigzang et al* (2005)⁽⁷⁾ aquando da caracterização do perfil do agressor.

TABELA 5 - PARÂMETROS MAPEADOS POR HABIGZANG ET AL NO ESTUDO DO PERFIL DO AGRESSOR

<i>Parâmetro mapeado</i>	<i>Condição do Agressor</i>	<i>Prevalência (%)</i>	<i>Notas</i>
<i>Escolaridade</i>	<i>Analfabeto</i>	<i>15,6</i>	<i>De salientar portanto que apesar de serem encontrados agressores em todos os níveis de escolaridade, a prevalência é maior para níveis de escolaridade mais baixos.</i>
	<i>Ensino Básico (1º ao 9ºano)</i>	<i>Incompleto: 40,6</i>	
		<i>Completo: 25%</i>	
	<i>Ensino Secundário (completo ou não)</i>	<i>15,6</i>	
	<i>Ensino Superior incompleto</i>	<i>3,1</i>	
<i>Ocupação/Emprego</i>	<i>Desempregado</i>	<i>32,1</i>	<i>Constata-se que grande parte dos agressores se encontravam desempregados ou, estando empregados, ocupavam cargos sem grandes exigências profissionais e com baixa carga horária. Considera-se desta forma o desemprego</i>
	<i>Empregado</i>	<i>43,2</i>	
	<i>Trabalhos pontuais</i>	<i>16</i>	
	<i>Aposentado</i>	<i>6,2</i>	

Abuso Sexual Infantil

	<i>Trabalhador por conta própria</i>	2,5	<i>como fator de risco para violência intrafamiliar.⁽⁷⁾ Além disso a maior disponibilidade de certos grupos predispõe a que o agressor tenha tempo para assumir os cuidados da criança e, assim, consumir o crime.</i>
Religião	<i>Católica</i>	36	<i>Este parâmetro não é com muita frequência mapeado, pelo que os resultados apresentados se referem a uma pequena amostra de casos (25) onde houve registo desta característica.</i>
	<i>Evangélica</i>	36	
	<i>Espiritualistas</i>	16	
	<i>Ateus</i>	4	
	<i>Outra</i>	8	
Situação Conjugal	<i>Antes da denúncia:</i>	75,3 (casados)	<i>Verifica-se que a grande maioria dos agressores eram casados ou viviam em união de facto. Contudo, após a denúncia, em grande parte dos casos, é pedido o divórcio.</i>
	<i>Depois da denúncia:</i>	69,5 (divorciados)	
Dependências	<i>Álcool</i>	53,2	<i>Evidencia-se alta prevalência de álcool ou outras substâncias psicotrópicas entre criminosos responsáveis pelo abuso sexual infantil.</i>
	<i>Outros substâncias psicotrópicas</i>	27,7	
Antecedentes criminais	<i>Abuso sexual</i>	37,2	<i>Nos casos em que o agressor tinha já antecedentes de abuso sexual, as vítimas encontradas foram maioritariamente: irmãos da vítima, enteada, mãe, empregada doméstica ou outras crianças.</i>
	<i>Furto</i>	44,4	
	<i>Homicídio</i>	33,3	

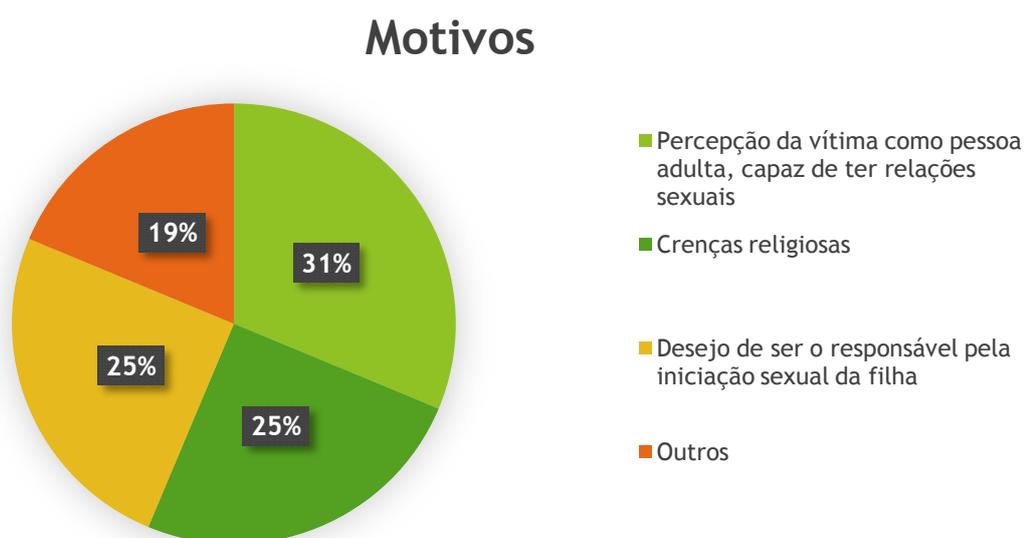
Abuso Sexual Infantil

<i>Tráfico ou abuso de substâncias psicotrópicas</i>	16,7	<i>qualquer antecedente criminal. Tal facto, torna ainda mais complexo o diagnóstico. Na verdade, os agressores são frequentemente descritos como pessoas afetuosas, pacatas e responsáveis, boas educadoras e cuidadoras, pelo que facilmente se menospreza e invalida o relato da criança.</i>
<i>Dano corporal</i>	11,1	
<i>Dano material</i>	5,6	
<i>Ameaças</i>	5,6	
Sem antecedentes	80,9	

Adaptado de Habigzang et al (2005)⁽⁷⁾

A análise do perfil do agressor não ficaria completa sem destacar os principais motivos alegados pelo pedófilo para perpetrar o abuso. Habigzang *et al* (2005)⁽⁷⁾ conseguiram, numa minoria dos casos, perceber algumas das motivações dos agressores, estando as mesmas representadas no gráfico 2.

GRÁFICO 2 - MOTIVOS ALEGADOS PARA A PRÁTICA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL



Adaptado de Habigzang et al (2005)⁽⁷⁾

D) Forma, local e duração do abuso

Em 2012, a APAV⁽⁵⁾ publicou, no seu relatório estatístico, uma tabela que sintetiza os crimes sexuais contra crianças registados pela associação no decorrer desse ano (Tabela 6). Verifica-se que 29 dos 65 crimes registados corresponderam a abuso sexual de crianças com idade inferior a 14 anos, representando 44,6% dos casos. O crime de importunação sexual foi o segundo mais registado, atingindo os 18,5%, seguido pela violação (16,9%).

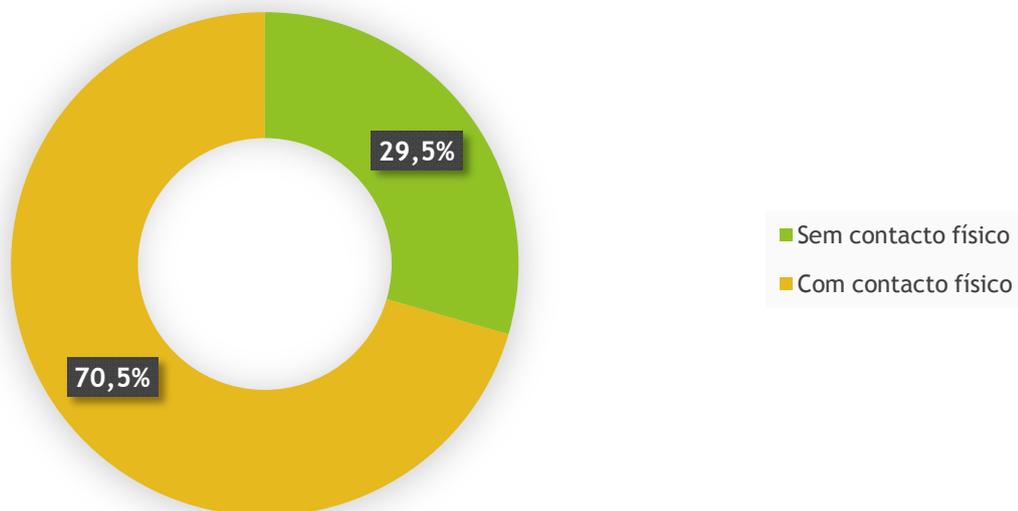
TABELA 6 - CRIMES SEXUAIS REGISTADOS PELA APAV EM 2012

Crimes Sexuais	N	%
Abuso sexual de crianças (idade < 14 anos)	29	44,6
Pornografia de menores	1	1,5
Assédio sexual (com prática de atos sexuais)	3	4,6
Importunação sexual	12	18,5
Lenocínio	1	1,5
Violação	11	16,9
Outros crimes sexuais	8	12,3
Total	65	100

Retirado de APAV (2012)⁽⁵⁾

Também Mateus (2012)⁽³⁾ procedeu ao levantamento dos comportamentos sexuais abusivos mais frequentes. Seguidamente ilustram-se os resultados encontrados.

GRÁFICO 3 - COMPORTAMENTOS SEXUAIS ABUSIVOS SEGREGADOS EM DUAS CATEGORIAS DE ACORDO COM A PRESENÇA/AUSÊNCIA DE CONTACTO FÍSICO



Adaptado de Mateus (2012)⁽³⁾

Facilmente se conclui, pela observação do gráfico, que o número de situações abusivas envolvendo contacto físico é largamente superior àquelas em que o contacto está ausente. Na tabela 7, retirada do artigo de Mateus (2012)⁽³⁾, explicitam-se os comportamentos sexualmente abusivos identificados pelas vítimas, segundo as duas categorias acima abordadas.

TABELA 7 - COMPORTAMENTOS SEXUALMENTE ABUSIVOS REGISTADOS POR MATEUS (2012), SEGUNDO AS CATEGORIAS “COM CONTACTO FÍSICO” E “SEM CONTACTO FÍSICO”

Sem contacto físico		(%)
Itens		
Convite ou pedido para fazer algo sexual ou falar de algo de cariz sexual		9,5
Alguém lhe mostrar os genitais		13,5
Mostrar os seus genitais a alguém		6,5

Abuso Sexual Infantil

Com contacto físico	(%)
Itens	
Beijar e abraçar de uma forma sexual	9,5
Ser apalpado por cima da roupa	17
Apalpar alguém por cima da roupa	10,5
Alguém tocar nos seus órgão genitais	5,5
Tocar nos órgãos genitais de alguém	4,5
Simular uma relação sexual por cima da roupa	10
Masturbar ou ser envolvido na masturbação de alguém	4
Simular uma relação sexual por baixo da roupa (por exemplo, sem penetração)	4
Contacto oral de outra pessoa com os seus genitais	2
Contacto oral com os genitais de outra pessoa	1
Ser penetrado com os dedos ou com um objeto	0,5
Alguém tentar envolvê-lo em sexo anal (incluindo tentativas sem sucesso)	1,5
Ser envolvido em abusos com rituais de natureza satânica ou outros, ou tortura sexual	0,5

Retirado de Mateus (2012)⁽³⁾

Assim, verifica-se que dentro dos comportamentos “sem contacto físico”, a maior prevalência corresponde ao item “Alguém lhe mostrar os genitais”, com 13,5%. Dentro da categoria “com contacto físico”, o comportamento mais frequente foi “Ser apalpado por cima da roupa”, com uma prevalência destacável de 17%. Com frequência próximas entre si, verificaram-se ainda os itens: “Apalpar alguém por cima da roupa” (10,5%), “Simular uma relação sexual por cima da roupa” (10%) e “Beijar e abraçar de uma forma sexual” (9,5%).

A literatura é consensual, no que respeita ao local onde ocorre a situação abusiva, sendo a grande maioria registada no ambiente familiar da criança ou do agressor.⁽¹⁰⁾ Segundo Martins *et al* (2010)⁽⁸⁾, a residência da vítima constitui o local mais frequente para o crime, representando 52,7% dos casos, prevalência não muito diferente dos 66,7% encontrados por Habigzang *et al* (2005)⁽⁷⁾. Em segundo lugar, surge a residência do agressor (30,1%) seguida pela casa de um familiar (5,4%), via pública (4,3%) e escola (2,4%).

Quanto à frequência do abuso, Martins *et al* (2010)⁽⁸⁾ concluíram que em 52,1% dos casos em estudo o abuso ocorreu uma única vez. Por outro lado, em 36,6% das situações, constatou-se que o abuso ocorreu quatro ou mais vezes. Observou-se ainda que a duração do abuso foi inferior a seis meses em 57% dos casos, durante um a dois anos em 29% e em apenas 0,5% foi superior a quatro anos. Estes resultados diferem dos encontrados por Habigzang *et al* (2005)⁽⁷⁾, onde se observou que 67,8% das situações abusivas duraram entre um a nove anos, ao passo que apenas 32,2% duraram entre um e onze meses.

Os resultados encontrados por Martins *et al* (2010)⁽⁸⁾ no que concerne à frequência e duração da situação abusiva contrariam o encontrado em diversos estudos epidemiológicos, já que é sabido que o abuso é maioritariamente perpetrado durante longos períodos de tempo e, conseqüentemente, por mais do que uma vez. Aliás, os próprios autores realçam na discussão a importância dos casos em que se verificou uma longa duração do abuso, uma vez que são os que melhor representam o “aspecto insidioso da violência sexual contra crianças e adolescentes”.

O abuso sexual permanece um crime de difícil notificação e, como tal, encontra-se frequentemente subdimensionado. É compreensível que as vítimas dispostas a relatar pormenorizadamente a situação abusiva sejam ainda muito escassas, o que acarreta amostras de estudo muito pequenas, dificultando a extrapolação de dados para a população universal.

Assim, o estudo de tão precisas variáveis relacionadas com o abuso sexual é facilmente enviesado, não só pelo acima exposto, como também pela tendência da vítima em ocultar pormenores constrangedores, traumatizantes e humilhantes.

Em suma, a cada dia cresce o número de investigações que têm por objetivo central a caracterização do abuso sexual infantil. Porém, é necessário que sejam desenvolvidas várias estratégias com o intuito não só de desmascarar, mas também de desmistificar a situação abusiva. A consciencialização da sociedade para esta problemática é um passo fundamental para o aumento do número de casos diagnosticados e para que a vítima deixe de ter vergonha ou qualquer constrangimento em notificar claramente o crime a que foi submetida.

A DENÚNCIA

O abuso sexual infantil está, como tem vindo a ser frisado, cercado por um imenso silêncio, envolto numa muralha difícil de destruir. Na grande maioria dos casos, a ausência de sinais físicos de abuso, a par da existência de uma relação de lealdade, afeto e confiança entre agressor e vítima, contribuem para solidificar este muro.⁽¹⁴⁾

Posto isto, existem duas questões principais que dificultam a notificação do abuso: as motivações inerentes à própria criança/família; e as relacionadas com os profissionais e serviços responsáveis pelo encaminhamento e proteção da vítima.

Para melhor compreender esta situação há que distinguir dois momentos, tal como explicita Faleiros (2003)⁽¹⁵⁾: 1) revelação, momento em que a criança expõe a situação abusiva a alguém em que confia; 2) notificação, onde a pessoa a quem foi revelado o abuso torna público o crime, denunciando-o às autoridades competentes.

Desta forma, a revelação pode estar comprometida pelos receios da criança, que teme as consequências da denúncia. O medo da rejeição familiar, da dissolução do agregado, de perder os pais ou ser desacreditado, e ainda os sentimentos de culpa, vergonha e tolerância da vítima são alguns dos muitos fatores que justificam a ocultação do crime.^(8, 9) Também a forma como a criança percebe o meio que a envolve - entenda-se as relações que observa no seu agregado e as reações que espera dos seus familiares - influenciam sobremaneira a revelação. De acordo com a literatura, “as crianças usam as reações dos adultos como um ponto de referência para o que podem ou não falar”,⁽¹⁴⁾ de tal modo que se o menor esperar reações adversas, desajustadas ou de descrença no relato, tendencialmente optará por manter o

silêncio. A falta de diálogo intrafamiliar ou de relações/manifestações de afeto, um padrão de funcionamento instável e conflituoso e o recurso à violência física e psicológica e ao autoritarismo como práticas educativas são características inerentes ao agregado que dificultam igualmente a denúncia.^(7, 14)

A par destas dificuldades, verificam-se ainda obstáculos à notificação, dependentes das autoridades competentes e das infraestruturas e sistemas de proteção existentes. No seu estudo, Gonçalves e Ferreira (2002)⁽¹⁶⁾ destacaram: 1) insuficiência de recursos humanos capacitados para responderem ao abuso, nomeadamente falta de preparação dos profissionais que se veem confrontados com um crime para o qual afirmam não ter recebido instrução, o que leva a que o abuso passe despercebido ou seja indevidamente encaminhado; 2) desconhecimento das exclusões ao sigilo profissional que resulta na não notificação; 3) procedimentos “incómodos” subjacentes à notificação, como prestação de depoimentos que os profissionais desejam evitar; 4) escassez de recursos materiais e financeiros que resultam em infraestruturas inadequadas e ineficientes; 5) fragmentação das ações e incapacidade de gerir o processo como um *continuum*, em parte devido à burocratização dos serviços.

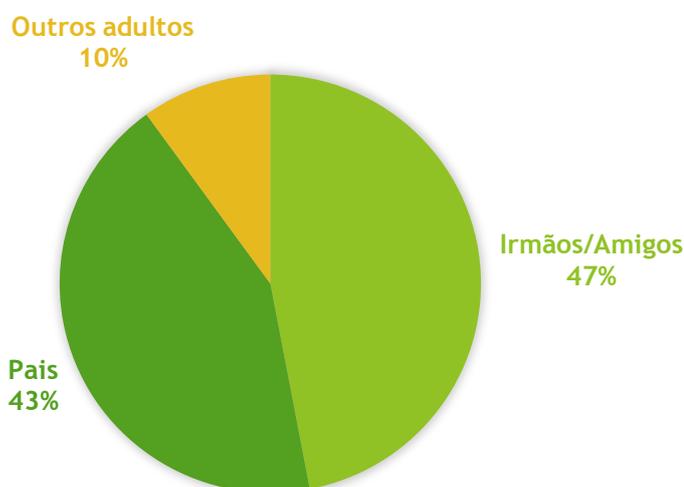
O processo de denúncia é então, como já perceptível pelo exposto, algo extremamente complexo. Trata-se de um conjunto de circunstâncias e não de um evento único, sendo constituído por três etapas distintas, tal como proposto por Staller e Nelson –Gardell (2005).⁽¹⁷⁾ A primeira fase diz respeito à pré-revelação, altura em que a criança tenta, sozinha, perceber o sucedido, duvidando se está ou não certo e se algumas das suas ações levaram a que se subentendesse o seu consentimento. Pressupõe que a criança entenda que vivenciou uma experiência abusiva e inclui tudo o que antecede o momento da revelação, nomeadamente as preocupações quanto às consequências decorrentes da quebra do silêncio. A segunda fase refere-se à revelação em si. Esta fase integra a escolha do momento, local e

pessoa a quem se revela o abuso. A revelação deverá ocorrer de forma tranquila, quando a criança acredita ter encontrado alguém que acredite no seu relato, sem fazer juízos morais ou de valores, alguém acima de tudo capaz de desencadear os procedimentos necessários ao término do abuso e consequente proteção da criança. Por último, a terceira fase reúne as consequências inerentes à comunicação da situação abusiva, particularmente a exposição e mediatismo a que as vítimas são submetidas, quer ao nível da esfera familiar, quer ao nível do domínio social e público.

Vários estudos têm sido realizados com o objetivo de identificar alguns dos principais intervenientes no processo de denúncia. Importa particularmente saber: a quem a criança mais frequentemente revela o abuso, quanto tempo demora a fazê-lo e em que circunstâncias o faz, quem são os principais elementos que denunciam a situação abusiva, e que atitudes são tomadas a partir do momento em que ocorre a revelação.

Hershkowitz *et al* (2007)⁽¹⁸⁾ e Habigzang *et al* (2005)⁽⁷⁾ dedicaram-se ao estudo de algumas destas variáveis. Apresentam-se de seguida alguns dos mais pertinentes resultados por eles encontrados (gráficos 4 a 8; tabela 8).

GRÁFICO 4 - PRINCIPAIS CONFIDENTES A QUEM A CRIANÇA REVELA O ABUSO



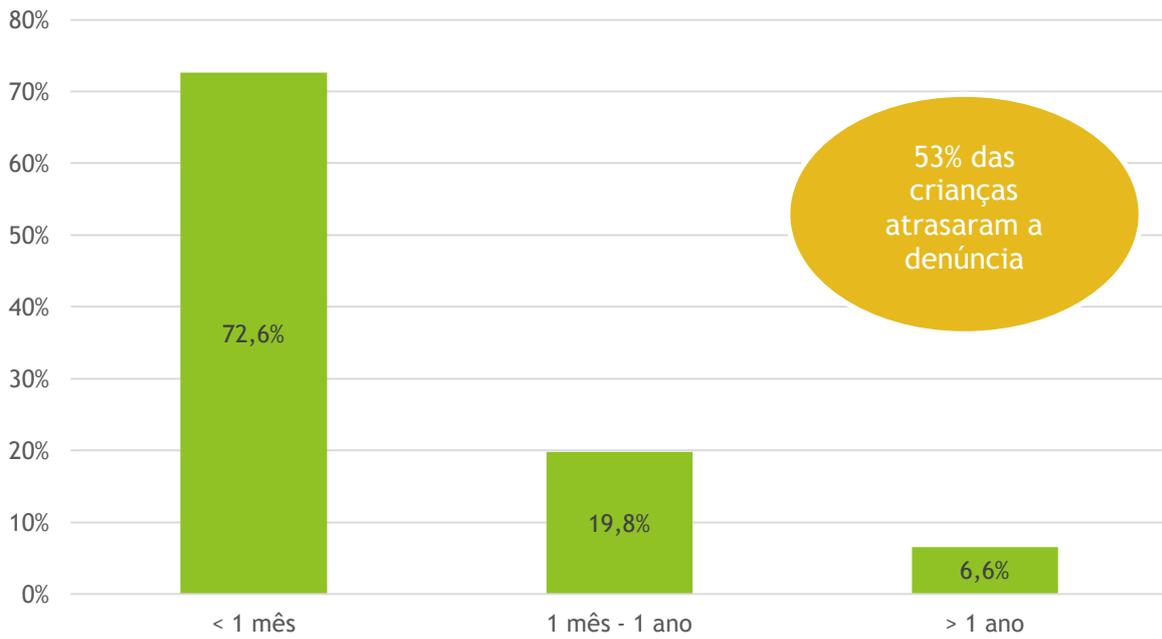
Adaptado de Hershkowitz et al (2007)⁽¹⁸⁾

TABELA 8 - ATRASO NA REVELAÇÃO DO ABUSO CONSOANTE A IDADE DA VÍTIMA, GRAU DE PARENTESCO COM O AGRESSOR E TIPO DE ABUSO SOFRIDO

	Com atraso na revelação (%)	Sem atraso na revelação (%)	Notas
Idade ≤ 9 anos >9 anos	33,3 73,3	66,7 26,7	Verifica-se que a revelação depende da idade da criança uma vez que vítimas mais velhas tendem a ocultar o abuso durante mais tempo do que as crianças com idades menores (73,3% vs. 33,3%).
Agressor Conhecido Estranho	77,8 16,7	22,2 88,3	Verifica-se que quando o agressor não é conhecido, a grande maioria das crianças (88,3%) revela de imediato o abuso, enquanto na presença de um agressor familiar apenas 22,2% o fazem.
Tipo de abuso Por cima da roupa Por baixo da roupa	27,8 91,7	72,2 8,3	A gravidade do abuso influencia também a denúncia já que quando o abuso é mais severo 91,7% das crianças atrasa a denúncia.

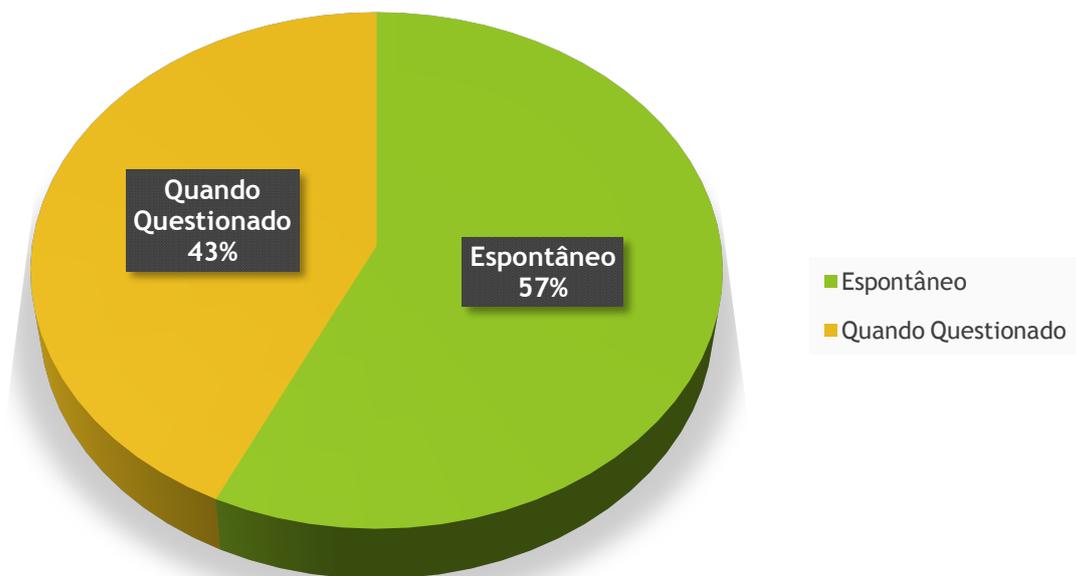
Adaptado de Hershkowitz et al (2007)⁽¹⁸⁾

GRÁFICO 5 - TEMPO DE ATRASO DA REVELAÇÃO



Adaptado de Hershkowitz et al (2007)⁽¹⁸⁾

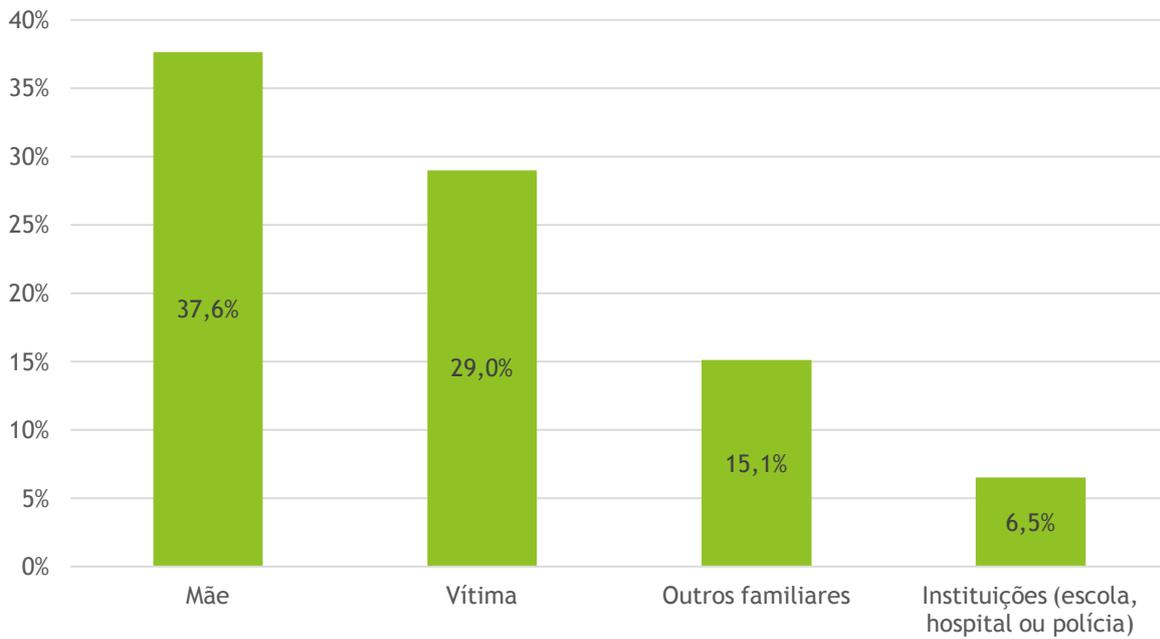
GRÁFICO 6 - MODO COMO OCORREU A REVELAÇÃO



Adaptado de Hershkowitz et al (2007)⁽¹⁸⁾

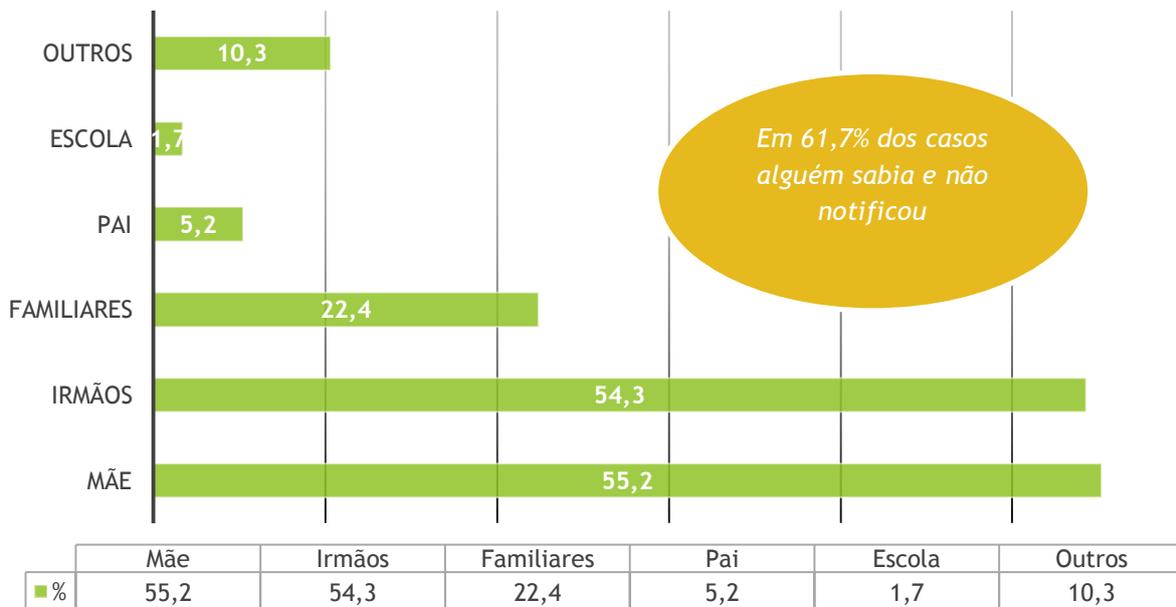
Abuso Sexual Infantil

GRÁFICO 7 - ADULTOS RESPONSÁVEIS PELA NOTIFICAÇÃO DO ABUSO



Adaptado de Habigzang et al (2005)⁽⁷⁾

GRÁFICO 8 - ADULTOS COM CONHECIMENTO ANTERIOR DO ABUSO E QUE NÃO NOTIFICARAM



Adaptado de Habigzang et al (2005)⁽⁷⁾

Partindo do gráfico 4, conclui-se que amigos, irmãos e pais são os principais confidentes da criança. Contudo, e tal como se tinha percebido atrás, trata-se de um processo árduo para a criança que, pelas mais diversas motivações, muitas vezes opta por ocultar a situação. Hershkowitz *et al* (2007)⁽¹⁸⁾ concluíram no seu estudo que 53% das crianças não revelaram de imediato o crime, levando desde dias a anos a notificar. Felizmente, concluíram de igual modo que a grande maioria (72,6%) opta por contar ao adulto num espaço de tempo inferior a 1 mês (Gráfico 5). É de realçar que apesar de representar menor número de casos, nem sempre a revelação ocorre de modo espontâneo (43% vs. 57% - gráfico 6). Cabe ao adulto estar atento aos comportamentos e receios da criança para que, o mais precocemente possível, a questione sobre a possibilidade da existência de abuso.

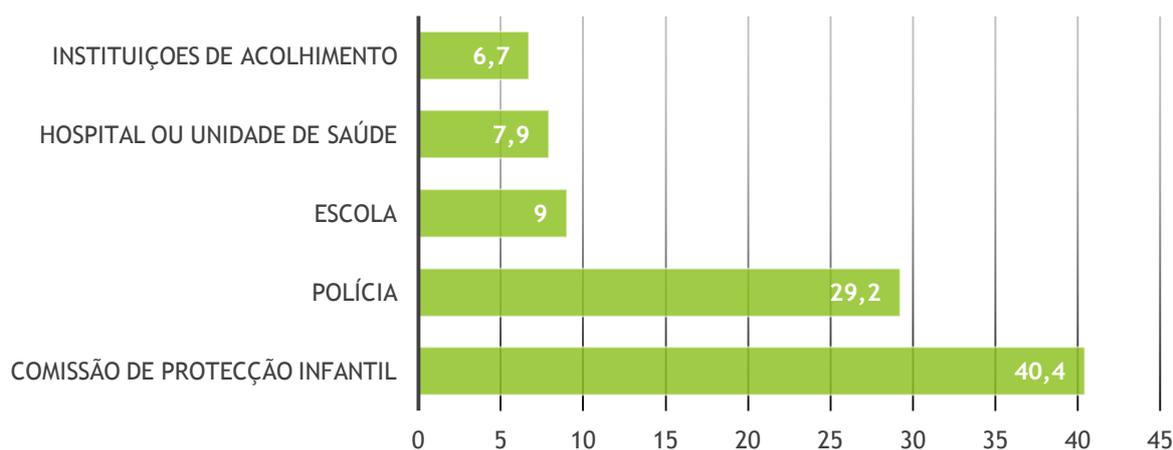
Quando o adulto está por fim a par da situação abusiva, recai sobre ele a responsabilidade de notificar o crime. Em 37,6% dos casos é a mãe que desempenha esta função (gráfico 7). A forma como a criança vivencia a experiência abusiva depende em larga escala do comportamento e reação emocional da mãe, assumindo a figura materna um papel preponderante no desenvolvimento do processo de denúncia. O ajustamento da vítima à nova realidade mostra-se, assim, dependente da capacidade da mãe de providenciar proteção e suporte emocional.⁽¹⁴⁾

Todavia, verifica-se que nem sempre a revelação leva à notificação, tal como ilustra o gráfico 8. A mãe e os irmãos constituem grande parte dos primeiros confidentes. De modo igual, são também eles que mais frequentemente escondem a situação abusiva, não a denunciando às autoridades competentes. Esta realidade reflete alguns dos sentimentos das famílias que se vêm confrontadas com tal situação: a incerteza quanto às consequências que daí advém, a vergonha da exposição, o medo da dissolução familiar, a perplexidade perante o crime que impede o raciocínio lógico e atrasa a notificação. Muitas famílias preferem ainda ocultar a

situação e mudar de residência para uma zona distante, na tentativa de afastar a criança do agressor e protegê-la do mediatismo público. Esta atitude resulta implicitamente num acréscimo dos casos subdiagnosticados.⁽¹⁰⁾

Habigzang *et al* (2005)⁽⁷⁾ conseguiram identificar, em 58,5% dos casos, o sentimento da criança em relação ao agressor: 41,8% das crianças manifestaram o desejo de serem afastadas do agressor e 38,2% referiam sentir medo deste. Foi ainda analisado o encaminhamento dado a 89 das 94 situações estudadas. Os resultados estão expressos no gráfico 9.

GRÁFICO 9 - ENCAMINHAMENTO DADO ÀS SITUAÇÕES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL NOTIFICADAS



Adaptado de Habigzang et al (2005)⁽⁷⁾

As alterações processadas ao nível do agregado familiar e sua dinâmica foram também analisadas. Verifica-se que com frequência a família é obrigada a reorganizar-se, sofrendo modificações na sua estrutura e funcionamento interno. Antes da denúncia, 56,4% dos pais residiam juntos e 42,6% moravam em habitações diferentes. Depois da denúncia, apenas 18,1% dos pais viviam na mesma residência, comparativamente aos 79,8% que estavam separados. Entre outras estratégias de reorganização da família verificaram-se: mãe abandonou ou separou-se do companheiro e agressor (53,5%); transferência temporária da

criança para outros membros da família (50%); agressor é detido ou afastado do lar (31%); fuga da vítima (14,3%). Registaram-se ainda falhas nas estratégias reorganizativas de algumas situações, a destacar: vítima mantém contacto com agressor (16,7%); agressor ameaça a família (15,5%), e situação de abuso sexual permanece (9,5%).

Os profissionais notificados e as instituições a que pertencem são fundamentais, a par dos pais e familiares, para evitar sequelas futuras na criança. Hershkowitz *et al* (2007)⁽¹⁸⁾ estudaram o modo como a atitude dos pais pode influenciar a perspetiva da criança sobre o abuso e os seus subsequentes comportamentos. Algumas das suas conclusões encontram-se registadas na tabela 9.

TABELA 9 - INFLUÊNCIA DA ATITUDE DOS PAIS NO MODO COMO SE PROCESSA A REVELAÇÃO E NA PERCEÇÃO QUE A CRIANÇA FAZ SOBRE A SITUAÇÃO ABUSIVA

<i>Pais com atitudes positivas, calmos</i>	<i>Parâmetros avaliados</i>	<i>Pais com atitudes negativas, ansiosos</i>
100% das crianças não atrasaram a divulgação	<i>Tempo de atraso da revelação</i>	11,8% das crianças atrasaram a denúncia
100% fizeram-no de modo espontâneo	<i>Modo de revelação</i>	Apenas 29,8% revelaram espontaneamente
Nenhuma criança manifestou medo ou vergonha	<i>Sentimentos da criança face ao abuso</i>	88,2% das crianças confessaram sentir medo e vergonha da situação abusiva
100% mostraram atitudes de suporte e apoio	<i>Desempenho dos pais</i>	Apenas 11,8% mostraram ser capazes de ter atitudes de suporte e apoio

Adaptado de Hershkowitz et al (2007)(18)

Por seu turno, Santos e Dell' Aglio (2010)⁽¹⁴⁾ salientam a forma como as respostas dos profissionais influenciam a atitude da vítima face ao crime (tabela 10).

TABELA 10 - INFLUÊNCIA DA RESPOSTA DOS PROFISSIONAIS NA FORMA COMO A VÍTIMA ENCARA O CRIME

<i>Respostas profissionais positivas</i>	<i>Sentimentos relatados pela vítima face à resposta profissional +</i>
Apoio e Compreensão Satisfação relativamente à intervenção Considerar o abuso como algo sério, sem por em causa a veracidade do relato da vítima	Sensação de alívio, reforço da autoconfiança, noção de apoio da parte do profissional, aumentando o bem-estar e segurança da vítima.
<i>Respostas profissionais negativas</i>	<i>Sentimentos relatados pela vítima face à resposta profissional -</i>
Falta de apoio e incompreensão Dúvidas sobre a veracidade do relato Desvalorização do abuso, minimizando o seu impacto Reações de surpresa e choque	Sentimentos de raiva, traição e desconfiança perante o profissional. Quebra da relação com perda do sentido de amparo e de defesa que o profissional deveria providenciar.

Adaptado de Santos e Dell' Aglio (2010)(14)

Em suma, o processo de denúncia é moroso, complexo, gerador de mal-estar e associado a sentimentos de insegurança, medo, vergonha e repúdio. Atinge não só a vítima, mas também os seus familiares e amigos, envolvendo ainda toda a esfera pública de que a criança faz parte.

Por todos estes aspetos que lhe estão inerentes, é essencial garantir que a vítima e sua família sejam acompanhadas ao longo de todo o processo da forma mais contínua e sistematizada que esteja ao alcance dos profissionais. Todas as ações desenvolvidas devem ter como fim último a minimização do impacto de tão brutal crime e o término da subnotificação.

ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRA VS. EXTRAFAMILIAR

Embora se possa caracterizar genericamente abuso sexual infantil, é importante ter a noção que existem diferenças estatisticamente significativas entre abuso intrafamiliar (IF) e extrafamiliar (EF). Taveira *et al* (2009)⁽¹⁹⁾ dedicaram-se à distinção destes dois tipos de abuso em Portugal. Deste estudo, merecem destaque apenas os resultados com diferenças significativas, uma vez que já se procedeu atrás à descrição detalhada dos parâmetros caracterizadores da situação abusiva.

Quanto à vítima, verifica-se uma média de idades de 9,59 anos no caso do abuso IF, ao passo que no EF a média é de 11,7 anos. Conclui-se assim que as crianças vítimas de violência sexual no contexto familiar são, em regra, mais jovens.

No que refere ao abusador, apenas se constataram diferenças estatisticamente significativas nos antecedentes criminais de abusos sexuais. Verificou-se que a frequência de agressores com antecedentes de abusos é muito superior no abuso IF (61% vs. 17,7%). As práticas abusivas foram também analisadas, constatando-se uma maior predominância de práticas intrusivas no abuso sexual EF. A “penetração vaginal com pénis ou dedos” foi o crime mais praticado fora da esfera familiar (30%). Já ao nível familiar, o crime mais prevalente (55,4%) foi a “Manipulação genital”. Os crimes ocorridos em casa da vítima ou agressor são, tal como expectável, maioritariamente pertencentes ao abuso IF. Na verdade, apenas 2,6% dos crimes IF’s ocorrem num local isolado ou noutra circunstância que não a casa da vítima/abusador. O recurso a ameaças

verbais verificou-se em 43,8% dos casos IF's, ao passo que os abusadores EF's recorrem mais comumente à violência física (40,8%).

Registaram-se ainda diferenças significativas no lapso temporal entre o último abuso e a perícia médico-legal. Em 40,8% dos casos de abuso EF, este intervalo foi inferior a dois dias. Já no caso do crime familiar, o intervalo que decorre entre as duas ocasiões superou trinta dias em 30,3% dos casos.

Por fim, as evidências físicas são também diferentes nos dois tipos de situação abusiva. Em 80,5% dos abusos IF's não existia qualquer evidência física do crime. Comparativamente, no abuso EF não se encontraram evidências em 62% dos casos, mas em 19,8% foi possível detetar penetração vaginal.

Em suma, conclui-se que nos crimes IF's:

- a) as vítimas são mais jovens;
- b) os agressores têm registos criminais de abusos sexuais anteriores mais frequentemente;
- c) ocorrem maioritariamente em casa;
- d) as práticas abusivas são menos intrusivas e há maior recurso a ameaças verbais;
- e) decorre mais tempo entre o abuso e o exame médico-legal;
- f) não há evidências físicas de abuso na maioria das situações.

Daqui se deduz a atenção que deve ser prestada ao crime que ocorre no âmbito familiar. Neste subtipo de abuso, as crianças estão sujeitas a menor violência física, mas a maior dano emocional e psicológico, com perda da noção de segurança que o lar e respetiva família deveriam oferecer. Adicionalmente à gravidade destas consequências, surge o

atraso na revelação/notificação do abuso ou até a permanente negação do mesmo, levando ao subdiagnóstico. A ocorrência do abuso na privacidade do lar, a relação de proximidade afetiva que os agressores estabelecem com a vítima e a frequente inexistência de evidências dificultam também a descoberta. Todos estes elementos condicionam maior duração e frequência do crime, correlacionando-se diretamente com o impacto psicopatológico que a criança sofre.

O diagnóstico e intervenções médica, psicológica e legal precoces no abuso sexual infantil em geral, mas fundamentalmente neste tipo em específico, são fundamentais para minimizar as sequelas na criança.

De salientar, por fim, uma nota dos autores Taveira *et al* (2009)⁽¹⁹⁾, que alertam para as investigações que negam diferenças significativas na gravidade dos dois tipos de abuso. Uma possível justificação baseia-se nos ideais socioculturais intrínsecos de cada país, pelo que o estudo português analisado não deve ser extrapolado a outras nações.

DIAGNÓSTICO

Não existe nenhum método *gold-standard* para diagnóstico de abuso sexual infantil. Esta é a primeira noção a adquirir quando se aborda este tema. Todavia, à medida que mais estudos se centram nesta área, é possível definir um conjunto de ações que facilitam o processo de identificação do crime e o apoio à vítima.⁽²⁰⁾

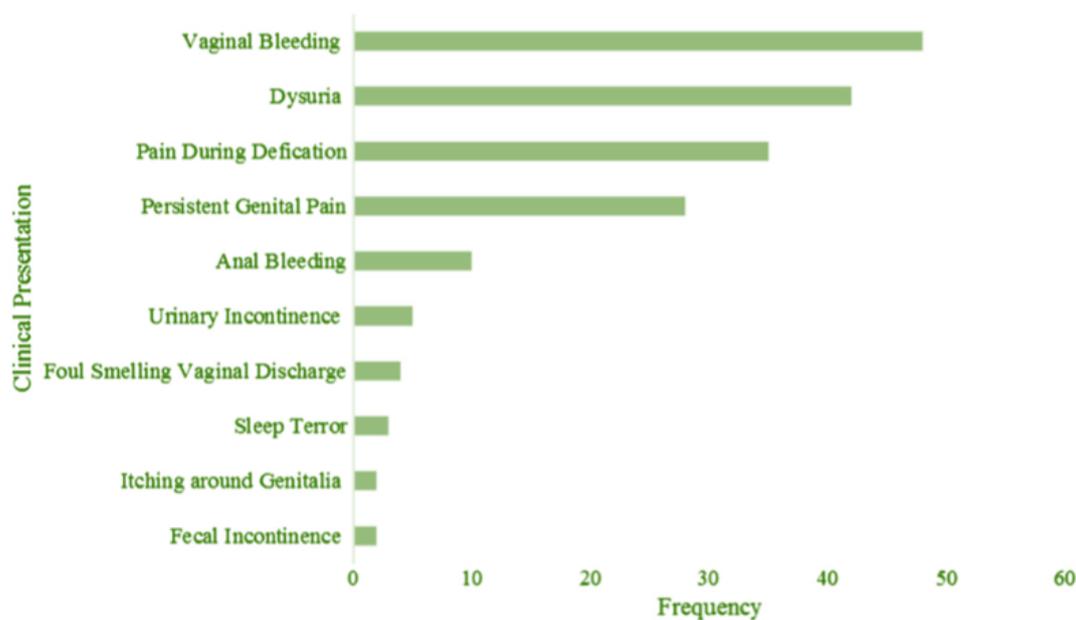
Lidar com crianças vítimas de abuso exige tempo, preparação e treino. O profissional deve estar apto a reconhecer situações suspeitas e ser capaz de incentivar a criança a falar sobre o sucedido, desenvolvendo posteriormente um conjunto de ações que suportem, ou por outro lado, inviabilizem o relato da vítima. Trata-se de um processo moroso que merece o envolvimento de uma equipa multidisciplinar, contando com especialistas de: a) medicina geral e familiar – prestadores de cuidados de saúde primários à família e, como tal, os mais informados no que concerne à dinâmica familiar da criança; b) pediatria – a quem a criança chega muitas vezes no contexto de urgência, devendo estar particularmente alerta para o crime subjacente ao quadro clínico apresentado; c) medicina legal – profissionais com treino específico em exame físico de crianças abusadas e, portanto, aptos na distinção entre lesões acidentais e lesões potencialmente resultantes de abuso infantil. A par da equipa médica, é também fundamental a colaboração de instituições de proteção da criança, bem como o acompanhamento do caso pelas autoridades competentes.⁽²¹⁾

A) *História Clínica*

Se possível, a história clínica deve ser obtida através de um informante, antes de questionar diretamente a vítima. Este procedimento leva a que o inquérito feito à criança se centre nos aspetos mais relevantes, tornando-o mais sucinto. A história deve ser colhida num ambiente calmo sem interrupções e o profissional deve manter uma postura serena, amigável, sem elaborar qualquer julgamento. As questões devem ser simples, sem suggestionar as respostas. Deve ser feita uma avaliação o mais abrangente possível, atentando a queixas físicas, mas também às perceções subjetivas que a criança faz sobre o que aconteceu. Quanto maior for o laço afetivo criado entre a vítima e o médico, maior será a colaboração da criança, aumentando, conseqüentemente, a quantidade e qualidade da informação obtida.⁽²¹⁾

A figura 2 ilustra as principais queixas apresentadas pelas crianças vítimas de abuso sexual aquando da vinda ao serviço de urgência (22), encontradas por Girgira *et al* (2014)⁽²³⁾, onde se destaca a hemorragia vaginal como principal queixa. Com frequência igualmente elevada surgem disúria, dor durante a defecação e dor genital persistente. Prurido genital e incontinência fecal foram as duas queixas menos encontradas na apresentação clínica. foram.

FIGURA 2 - APRESENTAÇÃO CLÍNICA, NO SU, DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL



Adaptado de Girgira et al (2014)⁽²³⁾

B) Exame Físico

Antes de o profissional avançar para o exame físico, a criança deve, se possível, dar a sua permissão/anuência e estar totalmente esclarecida sobre o que irá ser feito. Herrmann *et al* (2014)⁽²¹⁾ estudaram os achados mais frequentemente encontrados no exame físico de crianças abusadas, distinguindo claramente um exame físico normal de lesões tipicamente acidentais (tabela 11) e das altamente suspeitas de abuso. Para auxiliar esta distinção, Herrmann *et al* (2014)⁽²¹⁾ recorreram à classificação de Adams (tabela 12). Os autores salientam a normalidade do exame físico na grande maioria dos casos estudados (90-95%), justificando a ausência de achados com o longo intervalo de tempo que ocorre entre o abuso e a observação médica. De frisar que mesmo um exame feito em tempo oportuno, poderá revelar-se normal já que o abuso não condiciona,

habitualmente, lesão física. Na tabela 13 sintetizam-se as principais variantes da normalidade encontradas ao exame físico, subdividindo-se os achados por género e local anatómico.

TABELA 11 - LESÕES ACIDENTAIS E CONTEXTO EM QUE OCORRERAM

<p>Lesões acidentais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Localização anterior, exterior, unilateral e/ou mediana • Superficiais • Justificação da lesão espontaneamente dada pelo doente • Agudas, ocorridas em contexto consistente com a lesão • Procura médica imediata
<p>Histórias fornecidas compatíveis com lesão acidental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 4 anos, lesão superficial do pénis após queda na carpete • 5 anos, laceração da base do pénis, irmão pontapeou-o acidentalmente enquanto brincavam • 2 anos, laceração do escroto, com marcas de unhas quando ao cuidado do irmão

Adaptado de Herrmann et al (2014)⁽²¹⁾ e de Hobbs e Osman (2007)⁽²⁴⁾

TABELA 12 - VERSÃO SIMPLIFICADA DA CLASSIFICAÇÃO DE ADAMS

<p>Adams I</p>	<p>Achados normais ou com uma explicação médica que exclui abuso infantil</p>
<p>Adams II</p>	<p>Achados de significado indeterminado que levantam a suspeita de abuso infantil</p>
<p>Adams III</p>	<p>Lesões diagnósticas de abuso sexual infantil</p>

Adaptado de Herrmann et al (2014)⁽²¹⁾

TABELA 13 - VARIANTES DA NORMALIDADE NO EXAME FÍSICO

	Variantes Femininas	Variantes Masculinas
Anatomia Genital	<ul style="list-style-type: none"> • Variantes na configuração do hímen: alto, septado ou perfurado • Sulcos himeniais externos • Nodulações no hímen • Eritema do vestíbulo • Pigmentação congénita • Dilatação uretral à tração dos lábios • Hímen rosa e anular no período perinatal 	Os autores não relataram variantes da normalidade na anatomia genital masculina.
Anatomia Perianal	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema • Aumento da pigmentação • Ingurgitamento venoso • Alterações discretas da linha média causadas pelo cruzamento das fibras musculares do esfíncter 	

Adaptado de Herrmann et al (2014)⁽²¹⁾

Os achados mencionados na tabela 13 foram, outrora, considerados suspeitos de abuso infantil. Os avanços do conhecimento nesta área permitem-nos atualmente classificar estas lesões como Adams I. Exclui-se, desta forma, o abuso sexual infantil como causa das mesmas e evitam-se resultados falsos positivos geradores de instabilidade e com grave impacto na criança e família.

Interessa agora identificar as alterações do exame físico que devem levantar a suspeita de abuso sexual infantil. As lesões estão geralmente localizadas na área posterior do hímen e do introito vaginal, no caso feminino; e no prepúcio, no género masculino.

Contudo, a presença de qualquer lesão é rara. Apenas 5-10% das meninas apresenta alterações ao exame físico; nos meninos, esta prevalência é ainda menor (1-3%).⁽²¹⁾

No que concerne às lesões femininas, uma interrupção do limite periférico do hímen entre as 3 e as 9h, com a vítima em posição ginecológica, é frequentemente indicadora de penetração. A laceração que surge no hímen, se não totalmente completa, sara espontaneamente e sem cicatriz em pouco tempo, o que justifica a frequente normalidade do exame ginecológico quando a criança é observada (tabela 14).⁽²¹⁾

As lesões masculinas incluem fissuras, abrasões e lacerações do corpo do pênis, glândula ou escroto, petéquias e ainda marcas de mordedura ou de sucção. Estas lesões resultam fundamentalmente da retração forçada do prepúcio durante a masturbação.⁽²⁴⁾

Lesões perianais podem também estar presente em ambos os géneros, nomeadamente: lacerações profundas, hematomas, fissuras e ânus alargado (mais de 2 cm de abertura) na ausência de fezes na ampola. Qualquer uma destas lesões é sugestiva de penetração anal.

TABELA 14 - TEMPO PARA CURA DE LESÕES ENCONTRADAS AO EXAME FÍSICO

Lesão	Tempo para cura
Pequenos hematomas e abrasões	3-4 dias
Lesões petequiais	48-72 horas
Hematomas de grandes dimensões	11-15 dias
Vesículas/bolhas cutâneas com conteúdo hemático	34 dias
Laceração incompleta do hímen	Cura rapidamente sem cicatriz

Adaptado de Herrmann et al (2014)⁽²¹⁾

C) Colheita de evidências forenses

O reconhecimento das lesões que potencialmente indicam uma situação abusiva é fundamental. Porém, as alterações encontradas ao exame físico, por si só, não diagnosticam uma situação abusiva. Aliás, como vimos anteriormente, o exame físico é na sua maioria normal e, nos raros casos em que não o é, as lesões ocorridas já não se identificam no momento da observação médica, nem tão pouco deixaram qualquer cicatriz.

Vários estudos têm sido desenvolvidos no sentido de encontrar evidências e/ou exames capazes de auxiliar no diagnóstico definitivo de abuso sexual infantil. Entre os mais auspiciosos contam-se a identificação do DNA do agressor e o diagnóstico de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) - como Sífilis, Gonorreia ou seropositividade para Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) – após exclusão de infecção vertical ou pós-transfusional. Na verdade, as situações supracitadas a par de gravidez ou achados Adams classe III constituem evidência definitiva da ocorrência de contacto sexual.⁽²¹⁾

A recolha de evidência forense é, portanto, uma etapa importante na avaliação de abuso sexual infantil. Todavia, perante os curtos tempos de cura das possíveis lesões ocorridas, surge a dúvida: “Até quando se devem realizar os exames para colheita de evidências?”. A *American Academy of Pediatrics* (APP) recomenda, desde 2005, que “os testes rápidos com zaragatoa realizados após terem decorrido 24 horas ou mais desde o abuso sexual, numa criança em idade pré-pubertária, raramente providenciam evidência forense”.⁽²⁵⁾ Desde então, os avanços que se têm vindo a registar nas técnicas de identificação de material genético, põem em causa as recomendações da APP,

questionando se o cumprimento das mesmas não condiciona o subdiagnóstico de alguns casos.

Thackeray *et al* (2011)⁽²⁵⁾ analisaram evidências colhidas do corpo e roupas de 388 vítimas, testando-as para sémen, saliva e sangue. 65% das amostras produziram DNA identificável. 20 amostras positivas foram obtidas de crianças com idade inferior a 10 anos: 17 em crianças abusadas há menos de 24 horas; 3 em crianças com mais de 24 horas decorridas desde o crime. Destas três vítimas, duas tinham amostras positivas obtidas a partir da pele e do vestuário decorridas 48 horas; uma tinha amostra positiva para saliva na roupa interior e nas coxas, após 54 horas.

A tabela 15 identifica os fatores associados a uma amostra positiva e/ou à identificação de DNA, encontrados por Thackeray *et al* (2011)⁽²⁵⁾ no seu estudo.

TABELA 15 - FATORES ASSOCIADOS A UMA AMOSTRA POSITIVA E/OU À IDENTIFICAÇÃO DE DNA

Fatores associados a amostra positiva e à identificação de DNA	<i>História de ejaculação pelo abusador</i>
	<i>Contacto genital-genital ou anal-genital</i>
	<i>Não tomar banho ou mudar de roupa antes do exame médico-legal</i>
Fatores associados a amostra positiva	<i>Achados no exame físico anogenital</i>
	<i>Idade do agressor >18 anos</i>
Fatores associados à identificação de DNA	<i>Colheita da amostra < 24h deste o abuso</i>

Adaptado de Thackeray et al (2011)⁽²⁵⁾

Assim, apesar de reconhecerem que serão poucas as evidências obtidas quando decorridas mais de 24 horas sobre o abuso, os autores salientam que a não colheita de evidência após 24 horas, em crianças menores de 10 anos, resultará em perda de casos identificados – 3 no estudo realizado.

Numa época de exponenciais avanços tecnológicos, particularmente no que concerne à identificação de DNA, é recomendável que as normas agora recomendadas sejam periodicamente revistas, no sentido de impedir que alguns casos permaneçam despercebidos.

O diagnóstico de DST's como potencial evidência de abuso sexual tem sido alvo de inúmeras investigações. O cada vez maior uso em adultos dos testes de amplificação de ácidos nucleicos (NAAT's), bem como a melhor sensibilidade e especificidade a eles associadas, tem posto de parte as culturas como método de diagnóstico e levantado questões sobre o uso de tais testes em crianças.⁽²⁶⁾

Os NAAT's são recomendados pelo Centro de Controlo e Prevenção de Doenças como os “métodos de diagnóstico de eleição para fins de rastreio”. O seu uso para diagnóstico de abuso sexual tem sido discutido como útil em adultos e potencialmente útil em crianças.

A introdução de métodos que não incluam culturas, particularmente os NAAT's, estão a ser usados para identificação de infeções genitais devidas a *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* e *T. vaginalis*. Contudo, os testes até agora efetuados referem-se quase exclusivamente a adultos e os resultados não podem ser extrapolados para crianças. A prevalência destas estirpes em crianças avaliadas por suspeita de abuso sexual é muito

baixa (<3%), o que influencia igualmente o valor preditivo dos testes.⁽²⁷⁾ A identificação de DST's em menores resulta em consequências médicas e legais sérias, pelo que várias recomendações terão de ser criadas antes de estes métodos serem reconhecidos legalmente. A necessidade do uso de mais do que um NAAT antes de afirmar com certeza o diagnóstico de DST é um exemplo de medida de segurança imprescindível.

A identificação de infeção por *T. pallidum*, *Herpes simplex vírus* (HSV), *Papiloma vírus humano* (HPV) e VIH deve também ser ponderada como meio auxiliar no diagnóstico de abuso sexual infantil. Para que a infeção possa constituir suspeita de abuso é necessário, como lógico, excluir todas as vias de transmissão que não a sexual, atentando particularmente às formas de transmissão vertical ou contágio aquando da prestação de cuidados por um portador da infeção. As serologias e biópsia de lesões cutâneas devem nestes casos ser úteis ao diagnóstico.^(26, 27) Porém, também para estas estirpes os resultados são ainda inconclusivos.

Mais estudos serão necessários para eleger um método *gold-standard* de diagnóstico de abuso sexual infantil. Devem ser feitos incentivos à investigação nesta área e criar uma rede internacional de trabalho de modo a que, o mais precocemente possível, possamos ter meios suficientemente sensíveis e específicos para a identificação deste crime.

Consequências

Falar de abuso sexual infantil implica, inexoravelmente, reconhecer as consequências que daí advêm. Não é necessário um tipo de abuso específico, nem tão pouco uma determinada altura da vida de um indivíduo para que as consequências resultantes do crime sejam profundas e marquem indelevelmente a vítima. Todavia, não existirá crime mais destrutivo que o abuso sexual infantil. Como tem vindo a ser explorado, a grande prevalência deste crime, a par da longa duração e da muito frequente ocorrência dentro do agregado familiar coloca este tipo de abuso no topo da lista dos mais nocivos para as vítimas. Para corroborar este facto, vários estudos mostram uma forte relação entre abuso sexual infantil e abuso emocional e físico. Verifica-se ainda, frequentemente, coexistência de violência, abuso de substâncias, distúrbios psiquiátricos, divórcios e antecedentes criminais no agregado familiar.⁽²⁸⁾ Todos estes fatores potenciam-se entre si, conferindo ainda maior gravidade à situação abusiva.

Nenhuma criança reage de igual modo ao abuso sexual. Tal facto depende, em parte, do apoio e suporte que o menor encontra na família, amigos e sociedade. Contexto ambiental e atitudes positivas por parte dos pais são fundamentais para minimizar o impacto na vítima. Ainda assim, a grande maioria das crianças, em algum momento da sua vida, desenvolverá sintomas moderados a severos resultantes do abuso sofrido.⁽²⁸⁾

No caso do género masculino, estes indivíduos tendem a comportamentos exteriorizadores, exibindo condutas delinquentes, com abuso de substâncias, como álcool ou drogas. Por outro lado, as raparigas manifestam comportamentos

internalizadores, como depressão e distúrbios alimentares (anorexia, bulimia ou obesidade).

Seguidamente descrevem-se os efeitos emocionais e físicos que mais acometem as vítimas de abuso sexual infantil.

1. *Patologia psiquiátrica*

O abuso sexual infantil tem vindo a ser relacionado com uma grande variedade de distúrbios psiquiátricos desenvolvidos quer enquanto a vítima é criança, quer mais tarde em fase adulta. A incidência de patologia psiquiátrica ocorrida em qualquer fase da vida em vítimas de abuso sexual infantil é de 56% para mulheres e de 47% para os homens (vs. 32% e 34%, respetivamente, quando não há história de abuso).⁽²⁸⁾ Analisam-se particularmente algumas das patologias encontradas nestas vítimas.

a) **Perturbação de Personalidade *Borderline***

Os indivíduos com este tipo de distúrbio psiquiátrico são emocionalmente instáveis, com elevada labilidade do humor, passando de estados histriónicos a depressivos num curto espaço de tempo. Têm comportamentos de risco: condução perigosa, abuso de drogas, relações sexuais com múltiplos parceiros e desprotegidas; automutilam-se e manifestam ideação suicida. Sentem-se incompreendidos, rejeitados e sozinhos, tendo sérias dificuldades nas relações sociais.

A perturbação de personalidade *borderline* embora possa ter uma base genética tem, com frequência, origem em traumas da infância, como é o caso do abuso infantil. O abuso sexual infantil é, assim, um importante fator de risco para o desenvolvimento de

uma perturbação de personalidade em elementos do género masculino. Já no género feminino, as mulheres diagnosticadas com este distúrbio têm três a quatro vezes maior probabilidade de terem sido vítimas de abuso sexual infantil, em particular perpetrado pelos seus pais, do que as mulheres sem transtorno psiquiátrico. Adicionalmente, 80% sofreram abuso físico, o que revela a facilidade com que este tipo de personalidade é alvo de abuso.⁽²⁹⁾

b) Distúrbio de Stress Pós-Traumático

O Distúrbio de *Stress* Pós-Traumático (DSPT) pode ocorrer meses a anos após o evento desencadeante, pelo que pode surgir em crianças, adolescentes ou adultos vítimas de abuso sexual infantil.^(28, 29) O diagnóstico de DSPT inclui uma história de exposição a um evento traumático que condicione uma resposta de *stress* psicopatológico: medo, latência emocional, *flashbacks*, pesadelos e terrores noturnos, pensamentos obsessivos, raiva, dificuldades de concentração, hipervigilância e evicção de circunstâncias que relembrem o abuso. As vítimas de DSPT por abuso sexual infantil podem ainda ficar aterrorizadas perante o agressor e manifestar sentimentos de vergonha, humilhação e culpa. Tais sintomas levam à deterioração da qualidade de vida e podem ainda agravar-se em pontos-chave do desenvolvimento do indivíduo, como aquando da iniciação da atividade sexual ou do nascimento de uma criança. As possíveis intervenções terapêuticas deverão então ter em conta estas particularidades.^(28, 29)

c) Distúrbios alimentares

Mulheres com história de abuso sexual infantil têm maior probabilidade de vir a desenvolver sintomas compatíveis com distúrbios alimentares. Em particular, mulheres que sofreram abusos repetidos ou perpetrados pelo pai mostraram ainda maior tendência

para este tipo de patologia.⁽²⁹⁾ Herzog *et al* (1993)⁽³⁰⁾ estimam que $\frac{2}{3}$ das mulheres com anorexia ou bulimia tenham sido vítimas de abuso sexual infantil. Já os homens têm um risco três vezes superior de desenvolver bulimia. Porém, estes distúrbios não ocorrem isoladamente: 70% das crianças abusadas com bulimia automutilaram-se: desde cortes, queimaduras ou bater com a cabeça até atitudes extremas como envenenamento.⁽²⁹⁾

Por outro lado, os sobreviventes de abuso sexual infantil têm também maior probabilidade de sofrer de obesidade. Esta patologia ocorre concomitantemente com a depressão, impulsividade de comportamentos e abuso de álcool ou drogas, levando a dificuldades nas relações pessoais e a baixa autoestima. Estas crianças tornar-se-ão comumente adultos obesos, tendo maior tendência a desenvolver diabetes.^(28, 29)

d) Abuso de Substâncias

Numerosos estudos têm ligado o consumo de substâncias (tabaco, álcool ou drogas) ao abuso sexual infantil. O uso destas substâncias tem sido explicado como escape aos sentimentos de caos, incerteza e insegurança vividos por estas vítimas.⁽²⁸⁾

Comparando com pessoas sem história de abuso, as vítimas de abuso sexual infantil tinham: 5,3 vezes maior probabilidade de tomar fármacos não prescritos pelo médico; 6,4 vezes maior risco de consumir drogas; 3,4 vezes maior probabilidade de consumir marijuana.⁽³¹⁾ Segundo Zierler *et al* (1991)⁽³²⁾, de todas as mulheres com problemas de adição em tratamento, 70% revelou ter história de abuso sexual; quanto aos homens apenas 12% foram vítimas de abuso.

Também o consumo excessivo de álcool é mais prevalente em vítimas de abuso, tendo estes indivíduos uma probabilidade 70 a 80% maior de reportar problemas deste foro.⁽²⁹⁾

No que concerne ao tabaco, Kristman-Valente *et al* (2013)⁽³³⁾ concluíram que o abuso sexual infantil é um preditor significativo da frequência de consumo tabágico nos adolescentes, porém não prediz a prevalência. Ou seja, surpreendentemente, o abuso infantil não parece aumentar a probabilidade de um adolescente começar a fumar, mas condiciona que fume mais vezes. Pelo contrário, outros autores estabeleceram que o abuso confere, para as mulheres, um risco duas vezes maior de consumo tabágico. Os autores consideram que para a vítima o consumo tabágico é um auxiliar para lidar com o trauma e que a manutenção desses hábitos na vida adulta se prende com as propriedades aditivas da nicotina.⁽²⁸⁾

e) Depressão

A depressão é talvez a patologia psiquiátrica que mais vezes se encontra nas vítimas de abuso sexual infantil. Como resultado desta agressão, os indivíduos têm três vezes maior probabilidade de viver um episódio depressivo *major*.⁽²⁹⁾ A depressão, nestes casos, reveste-se de algumas particularidades, uma vez que parece haver um início mais precoce dos episódios depressivos e uma resposta alterada às terapêuticas convencionais. O tipo de abuso sexual sofrido e a relação existente entre a vítima e o agressor são variáveis condicionantes da gravidade da patologia depressiva.⁽²⁹⁾ Para além da depressão *major*, a distímia é também uma patologia frequentemente diagnosticada.

f) Suicídio

O suicídio poderá ser o único meio que algumas vítimas encontram para aliviar o seu sofrimento. De facto, e embora se saiba que o componente genético exerce uma forte influência, uma história de abuso sexual infantil coloca a vítima num risco acrescido de

tentar o suicídio em qualquer momento da sua vida (13 vezes mais do que a população geral). Estudos concluíram que 56% das mulheres vítimas de abuso tinha uma história de tentativas de suicídio. Já os homens apresentaram taxas de suicídio 14 a 15 vezes maior face os seus pares sem história de abuso.⁽²⁹⁾ Comparando os géneros, conclui-se que os homens sexualmente abusados apresentam maior risco de suicídio.^(28, 34)

2. Alterações do comportamento

a) Comportamentos sexuais patológicos

Muitos dos comportamentos sexuais que as crianças exibem fazem parte do seu normal desenvolvimento. Contudo, há determinadas atitudes que, quando presentes, devem levantar suspeitas (tabela 16). Os comportamentos ditos patológicos listados na tabela 16 têm sido relacionados com abuso sexual infantil. Na verdade, crianças vítimas de abuso apresentam com frequência muitos dos comportamentos mencionados, comparativamente àquelas sem história de abuso. Uma situação particularmente alarmante ocorre quando a criança revela conhecimentos sexuais inapropriados para a idade. Neste caso, a criança deve ser avaliada como potencial vítima de abuso infantil e o caso deve ser notificado.

TABELA 16 - COMPORTAMENTOS SEXUAIS NORMAIS VS. PATOLÓGICOS

Comportamentos normais	Comportamentos patológicos
Espontâneos, intermitentes. Associados a curiosidade e vergonha.	Frequentes e repetitivos, interferindo com as atividades diárias.
Ocorrem em crianças de idade, tamanho e nível de desenvolvimento similares.	Jogos de cariz sexual entre crianças que não se conhecem bem e que diferem no grau de desenvolvimento.
Não associado a medo, fúria, raiva ou ansiedade.	Ocorre associadamente a altos níveis de agressividade, ansiedade, medo e culpa.
Diminui ou cessa por ordem do cuidador.	Não cessa por ordem do cuidador.
Pode ser controlado com supervisão aumentada.	Difícilmente controlável, prejudica as crianças em redor.

Adaptado de Laurel House (2015)⁽³⁵⁾

b) Comportamentos de risco

Estudos comprovam que adultos jovens com, pelo menos, uma tentativa de abuso sexual durante a infância, assumem com maior frequência comportamentos de risco: têm quatro vezes maior probabilidade de ter relações sexuais com estranhos, o dobro do risco de estarem com múltiplos parceiros sexuais, assim como o dobro da probabilidade de contrair VIH.⁽²⁹⁾ Na verdade, trinta anos depois do abuso, as vítimas tinham duas vezes maior probabilidade de lhes ter sido diagnosticada uma DST e ainda maior risco (três vezes superior ao controlo) de lhes ter sido diagnosticada mais do que uma DST.⁽³⁶⁾ Adicionalmente às DST's, foi também identificado risco acrescido de problemas de saúde oral e de má nutrição.⁽³⁷⁾

c) Outros problemas do comportamento

Foi já referido que os rapazes tendem a manifestar comportamentos exteriorizadores, contrariamente às raparigas que exibem condutas internalizadoras. Desta forma, o abuso sexual infantil pode, nos rapazes, desencadear respostas violentas, incluindo o uso de armas ou participação em lutas, que tenham por objetivo aliviar o *stress* resultante do trauma do qual foram vítimas. Por seu turno, as raparigas evidenciam sintomas semelhantes aos da Síndrome de Défice de Atenção e Hiperatividade (SDAH) que podem muitas vezes ser interpretados como apenas SDAH. Na verdade, são resultado do trauma psicogénico do abuso e, portanto, consequentes ao DSPT.⁽²⁸⁾

3. Problemas físicos

A somatização é outra das consequências resultantes do abuso sexual infantil. Como meio de ultrapassar o trauma e exteriorizar o seu sofrimento, as vítimas podem desenvolver patologias que cursam com sintomas físicos, porém sem origem orgânica. Entre elas contam-se: distúrbios gastrointestinais – como síndrome do cólon irritável e dor abdominal crónica (cerca de 1/3 das mulheres com estas síndromes foram vítimas de abuso); dor pélvica e distúrbios inflamatórios pélvicos (risco 2,5 vezes superior); doenças da mama; cistites (1,5 vezes mais frequentes); dor crónica – lombalgias ou cefaleias.⁽²⁹⁾ Em suma, quanto maior a gravidade da situação abusiva, mais sérios serão os problemas médicos daí resultantes.

4. Gravidez, parto pré-termo e aborto

A gravidez é o maior receio das vítimas após o abuso sexual. Entre 11-20% das mães adolescentes ficaram grávidas como resultado do abuso.⁽²⁹⁾ O abuso sexual constitui fator de risco significativo para a ocorrência de parto pré-termo, pelo que acompanhamento rigoroso é requerido nas jovens grávidas sexualmente abusadas. O consumo de álcool nestas jovens será um dos responsáveis por esta complicação ao aumentar a produção de prostaglandinas. Independentemente da bebida, um consumo de apenas 7 bebidas por semana será suficiente para aumentar o risco de parto pré-termo.⁽²²⁾ Outros fatores deverão estar também envolvidos no aumento deste risco, mas mais estudos serão necessários com vista a identificá-los.

Sendo a gravidez o maior receio destas vítimas, facilmente se depreende que a taxa de interrupções voluntárias da gravidez será muitíssimo alta neste grupo. Estima-se que, anualmente, 14.000 mulheres realizem uma interrupção da gravidez como consequência direta de uma situação abusiva.⁽²⁹⁾

5. A Internet

Por último, uma pequena nota para os efeitos nefastos que as novas tecnologias trazem a estas vítimas. Se tiver sido realizada pornografia, a criança e respetiva família serão vítimas da situação abusiva, mas terão igualmente de lidar com o facto de existir registo físico dessa ocorrência. Se, adicionalmente, o material tiver sido publicado na *Internet*, a família terá de viver com a realidade dura que tais imagens jamais serão completamente eliminadas, uma vez que é impossível apagar virtualmente a totalidade

de um conteúdo.⁽³⁸⁾ As consequências diretas daqui resultantes são ainda pouco conhecidas. Pressupõe-se que a disseminação destas imagens confira sentimentos de perda de controlo, insegurança, medo e vergonha para a criança. A longo prazo, o receio que qualquer um visualize tais conteúdos submete a vítima a ansiedade e medo crescentes, capazes de deteriorar severamente a qualidade de vida destas pessoas.

Apenas um conhecimento global e detalhado de cada uma das consequências atrás descritas possibilita um tratamento cujo principal objetivo seja a minimização do impacto do abuso nas vítimas e a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida.

Prevenção e Tratamento

Nenhum plano preventivo ou de cuidados pode ser estabelecido sem que antes se conheça o contexto onde se pretende intervir. Assim, somente o entendimento dos múltiplos fatores de *stress* a que a vítima está exposta possibilitarão ao profissional estar apto a desenvolver estratégias preventivas ou terapêuticas no âmbito do abuso sexual infantil.⁽²⁸⁾

No que refere à prevenção, podemos destacar três níveis distintos de intervenção:⁽³⁹⁾

- a) **Prevenção Primária** – Visa informar a população e consciencializá-la para a problemática do abuso. Apenas uma sociedade informada estará apta para reconhecer e denunciar situações abusivas, bem como para as prevenir mediante a minimização/eliminação dos fatores de risco culturais, sociais, políticos, económicos e psicológicos que favorecem a violência. O objetivo primordial é impedir que o abuso ocorra.
- b) **Prevenção Secundária** - Incide particularmente na identificação precoce de crianças e adolescentes em situações de risco e posterior denúncia/referenciação. Após estar sensibilizada para este crime (através da prevenção primária), a comunidade deve ser capaz de ouvir a criança e acreditar no seu relato. Os objetivos são interromper o ciclo de abuso e evitar a sua repetição.
- c) **Prevenção Terciária** – Recai sobre as consequências da denúncia e as medidas que podem ser tomadas a partir daí. Pressupõe o acompanhamento integral à vítima e ao agressor em centros especializados que disponham de equipa

multidisciplinar. O objetivo prioritário é garantir a segurança e integridade física e psíquica da criança, procurando evitar sequelas profundas.

As estratégias preventivas devem ter 3 alvos distintos: a comunidade, a família e a pessoa singular (adulto ou criança). A intervenção, para ser bem-sucedida, deve ser realizada de modo contínuo, incidindo nestes 3 alvos e abarcando ainda as temáticas das relações sociais e da responsabilidade civil. Devem ser precocemente identificados os tipos de família que deverão suscitar maior preocupação (tabela 17) por forma a prestar especial atenção a estes grupos de risco e ajustar a intervenção às suas particularidades.

TABELA 17 - TIPOS DE FAMÍLIA COM MAIOR RISCO PARA OCORRÊNCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Tipos de Família		Definições
Quanto à estrutura e dinâmica global	Reconstruída, Combinada ou Recombinada	Família em que existe uma nova união conjugal, com ou sem descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois cônjuges.
	Comunitária	Família composta por homens e/ou mulheres e seus eventuais descendentes, co-habitando na mesma casa ou em casas próximas (ex.: comunidades religiosas, seitas, ciganos).
	Adotiva	Família que adotou uma ou mais crianças não consanguíneas, com ou sem co-habitação de filhos biológicos.
	Com Dependente	Família em que um dos elementos é dependente dos cuidados de outros por motivo de doença (acamado, deficiente mental e/ou motor, requerendo apoio nas AVD's).
	Acordeão	Família em que um dos cônjuges se ausenta por períodos prolongados ou frequentes (ex.: trabalhadores humanitários expatriados, militares em missão, emigrantes de longa duração).

	Descontrolada	Família em que um membro tem problemas crônicos de comportamento por doença ou adição (ex.: esquizofrenia, toxicod dependência, alcoolismo, etc.)
Quanto à relação conjugal	Fortaleza	Família em que a dinâmica interna tem regras pré-estabelecidas difíceis de modificar, com encerramento ao exterior, dificuldade em assumir problemas ou em adaptar-se a novas situações.
	Paralela	Família em que os cônjuges não partilham atividades quotidianas nem objetivos de vida, existe atitude de encerramento ao exterior e dificuldade em conseguir abertura para modificar hábitos de vida.
	Associação	Família em que existe união afetiva, embora não se partilhem atividades quotidianas. Tem por base a liberdade individual e é mostra de egoísmo em determinadas circunstâncias.
Quanto à relação parental	Rígida	Família em que há dificuldade em compreender, assumir e acompanhar o desenvolvimento saudável dos filhos.
	Permissiva	Família em que os pais não são capazes de disciplinar os filhos.
	Centrada nos pais	Família em que as prioridades dos pais focalizam-se nos projetos pessoais individuais (profissionais ou lúdicos).
	Sem objetivos	Família em que os pais estão confusos por falta de objetivos e metas comuns.

Adaptado de “Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados” de Caniço et al⁽⁴⁰⁾

Aquando da análise da dinâmica familiar das vítimas de abuso, verificou-se que famílias com elevado número de membros, relações familiares disruptivas (por exemplo, divórcio seguido de novo parceiro), problemas crônicos de comportamento (nomeadamente por adição ou patologia psiquiátrica) e deficiência ou adoção da criança colocavam a família em maior risco de ocorrência de abuso. Assim sendo, facilmente se

percebe que os tipos de família comunitária, reconstruída, descontrolada, com dependente e adotiva constituam agregados de risco. Relativamente ao tipo acordeão, o risco reside no facto de um dos progenitores se encontrar desamparado, sem o apoio do outro elemento para a educação e gestão da família. Este isolamento gera *stress*, angústia e violência que propiciam a situação abusiva.

Quanto à relação conjugal, quer na família fortaleza, quer na paralela, o casal centra-se em si mesmo, sem estabelecimento de relações com o exterior, o que os torna inadaptados a qualquer problema que surja, sem capacidade para gerir os conflitos. Na família paralela, esta disfuncionalidade aumenta pela inexistência de partilha de objetivos entre os cônjuges que vivem, como o nome indica, vidas paralelas. Tal encerramento ao exterior, sem que acesso às estratégias preventivas ou terapêuticas, coloca em risco estas famílias. Na família associação, o predomínio da liberdade individual, ao invés de uma união conjugal com objetivos partilhados, coloca também em risco este agregado. A inexistência de coesão de ideais e de um rumo comum poderá condicionar a desestruturação da família, aumentando a sua fragilidade.

Quanto à relação parental, os tipos de família instáveis rígida, permissiva, centrada nos pais e sem objetivos são as que acarretam maior preocupação. No caso da família rígida, a não compreensão do normal desenvolvimento dos filhos leva a que os pais se sintam desapontados e desiludidos perante respostas típicas do desenvolvimento da criança, porém mal interpretadas dada a carência de conhecimentos dos pais nesta área. Na família permissiva, o predomínio das preferências dos menores sobre as regras pré-estabelecidas de funcionamento familiar, resultado da indisciplina que caracteriza esta família, leva a que os jovens tenham a possibilidade de enveredar por caminhos que os tornam vulneráveis e, como tal, alvos potenciais de abuso. Algo semelhante ocorre com

a família centrada nos pais, uma vez que o foco nos projetos pessoais condiciona desleixo na atenção prestada aos filhos, ficando estes mais desprotegidos. Por fim, a falta de orientação e estruturação da família sem objetivos torna claro o porquê de se considerar este tipo de família de risco.

Ainda a propósito desta temática, cabe ao profissional atentar à singularidade de cada criança que por ter crescido num agregado problemático poderá, futuramente, vir a constituir família também disfuncional. Devem ser desencadeadas ações que previnam o surgimento de famílias desestruturadas, nomeadamente, a família descontrolada, paralela ou, no referente à relação parental, qualquer um dos tipos instáveis (rígida, super-protetora, permissiva, centrada nos filhos, centrada nos pais, sem objetivos). De salientar que pais, particularmente mães, com história de abuso sexual infantil apresentam maior risco de assumir papéis híper-vigilantes, constituindo um tipo de família super-protetora. Neste tipo de família, os pais são incapazes de tomar boas decisões para os seus filhos em virtude da sua preocupação desmedida e tentativa de controlo total sobre a vida dos filhos. A obsessão com a segurança das crianças chega a despoletar investigações desnecessárias sobre abuso sexual infantil, prejudicando a relação pais-filhos.⁽²⁸⁾

O conhecimento das particularidades inerentes a cada tipo de família, a consciência do possível surgimento, no futuro, de famílias desestruturadas e o envolvimento dos pais/cuidadores em todos os aspetos do delineamento, implementação e avaliação do plano de cuidados são, desta forma, imprescindíveis para a eficácia das estratégias preventivas. É ainda importante recorrer a métodos baseados na evidência, isto é, métodos que, após vários estudos, demonstraram resultados significativos na prevenção

do abuso sexual infantil. Desta forma, os profissionais têm confiança acrescida no seu trabalho.⁽⁴¹⁾

De um modo geral e de acordo com *Child Welfare Information Gateway*⁽⁴¹⁾, as estratégias de prevenção devem incluir:

- a) Campanhas de conscientização pública com *posters* e brochuras que sensibilizem a comunidade para a segurança da criança e direitos que lhes estão inerentes, ensinem a identificar e incentivem a denúncia das situações abusivas.
- b) Programas no *curriculum* escolar que transmitam às crianças e adolescentes competências fundamentais para a transição para a vida adulta. Tais programas poderão prevenir que futuros pais, frustrados com as dificuldades da vida, tenham condutas desajustadas e se tornem abusivos com as crianças. Não esquecer que educadores, professores e escolas são parceiros essenciais na prevenção, identificação e resposta ao abuso sexual infantil, pela posição privilegiada que ocupam junto das crianças e respectivas famílias. A proximidade com a comunidade, os profissionais treinados e experientes que possuem, a autoridade que representam na sociedade e a facilidade de acesso a infraestruturas colocam as escolas numa posição singular de combate ao abuso.⁽⁴²⁾ Na tabela 18 listam-se as competências a adquirir nos programas escolares que podem prevenir a ocorrência deste crime.
- c) Programas de educação parental que promovam estratégias educativas saudáveis, com atitudes positivas onde prevalecem o afeto, união e confiança entre pai e filho. Visa a minimização dos comportamentos agressivos frequentemente associados ao abuso infantil.

- d) Programas de visitas domiciliares que providenciem suporte e assistência às famílias, nomeadamente às mães adolescentes.
- e) Programas de liderança que treinem um membro da família para orientar o agregado e gerir uma situação de crise.
- f) Grupos de suporte aos pais, onde estes se possam reunir com vista a debater as suas principais dificuldades, procurar ajuda para ultrapassar obstáculos e descobrir os pontos fortes que devem ser a base para a construção de outras capacidades. Nestes grupos, criam-se redes sociais que fortificam as famílias e alicerçam toda a cadeia preventiva. A literatura mostra, tal como expectável, que os pais e educadores que receberam apoio e suporte dos seus familiares, amigos e vizinhos revelam melhor desempenho nas suas funções.
- g) Programas de “descanso” para o cuidador, que visam alívio temporário da função de cuidador ao providenciar uma alternativa a curto-prazo para os cuidados da criança. São essencialmente usados numa situação de crise, com a saída da criança do lar por curto período de tempo.
- h) Centros de recursos formados por voluntários da comunidade que prestam uma variedade de serviços às famílias carenciadas, prevenindo a estigmatização e isolamento de alguns agregados. Estes centros são uma vez mais pontos de referência para o estabelecimento de uma rede social íntegra, onde os cidadãos se auxiliam mutuamente, evitando sentimentos geradores de ansiedade e de risco para a ocorrência de abuso.

TABELA 18 - COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR PELAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NOS PROGRAMAS ESCOLARES

Competências a adquirir e fortalecer	Especificações
Competências básicas para a vida	É importante promover a aquisição de competências básicas (cozinhar, higiene pessoal, cuidados de saúde, gestão financeira, etc.) e outras que permitam o bem-estar social (gestão de conflitos, capacidades comunicativas e de mediação das relações).
Capacidades de socialização	Aprender a interagir com os pares, promovendo a cooperação ao invés da competição. Devem ser transmitidos 4 requisitos básicos: 1) aprender a satisfazer as necessidades básicas; 2) saber expressar sentimentos e separá-los das ações (criança pode sentir raiva, mas não pode bater em alguém); 3) assumir a responsabilidade pelas suas ações; 4) conseguir tomar decisões e solucionar problemas.
Capacidade de resolução de problemas e aquisição de estratégias de <i>coping</i>	Devem ser ensinadas as 4 etapas básicas de resolução de problemas: 1) definir o problema; 2) gerar soluções alternativas; 3) escolher a melhor solução e pô-la em prática; 4) avaliar o resultado. A criança deve ainda saber como agir em situação de crise, nomeadamente a quem pedir auxílio. Se souber o que fazer a criança ganha autoconfiança e autoestima, sentindo-se menos vulnerável e tornando-se um adulto mais saudável, com pleno controlo sobre a sua vida.

<p>Preparação para funções parentais</p>	<p>Aquisição de conhecimentos sobre os processos reprodutivos, estádios de desenvolvimento da criança e requisitos parentais. Crianças capacitadas nestas áreas tornam-se adultos com relações saudáveis, casamentos estáveis e com melhoria da efetividade das suas funções enquanto pais.</p>
<p>Competências de autoproteção e defesa</p>	<p>São vários os programas disponíveis que capacitam as crianças com estas competências. Os componentes destes programas, particularmente os que combatem o abuso sexual, incluem: educação acerca do que é o abuso sexual (por exemplo, distinguir o que são boas e más carícias); protelar o afastamento de potenciais abusadores e ensinar as crianças sobre as atitudes a tomar se sentirem que são vítimas de abuso ou que estão em risco.</p>

Adaptado de Cynthia Crosson-Tower (42)

Para além dos recursos supracitados, importa mencionar o relevo que os livros infantis têm assumido como forma de prevenção do abuso. A literatura pode, na realidade, constituir uma ferramenta que inspira, informa e potencialmente promove mudanças na vida das crianças, tal como salientam Soma e Williams (2014).⁽⁴³⁾ Estes livros visam duas funções distintas: a literária, onde a criança se envolve no enredo e se identifica com as personagens; e a pedagógica, mediante a qual, subtilmente, a criança adquire noções sobre o abuso infantil, se consciencializa sobre esta temática e adquire novas capacidades, especificamente no campo da proteção e autodefesa. Como métodos

preventivos, estes livros pretendem que a criança tome conhecimento de realidades prejudiciais para que no futuro reconheça situações de risco e saiba procurar ajuda.

Contudo, tais livros são ainda pouco usados pelas dúvidas que surgem quanto ao cumprimento dos objetivos a que se propõem – informar, prevenir e identificar casos de abuso sexual infantil. Por outro lado, os pais têm receio que a leitura desperte inadequadamente a curiosidade das crianças para estas temáticas, pelo que se encontram ainda relutantes em aplicar este método preventivo.

Apesar disto, vários estudos apontam o grande valor da utilização destes livros na prevenção e proteção de crianças em relação ao abuso sexual infantil, pelo que deverão ser postos em prática os meios necessários à introdução segura deste material no quotidiano das famílias. Paralelamente, é importante que os pais sejam adjuvantes de todo o processo. É imprescindível que saibam o que transmitir à criança, de acordo com a fase de desenvolvimento em que esta se encontra, por forma a potenciar o benefício dos livros preventivos. A tabela 19 salienta os conhecimentos que a criança é capaz de interiorizar de acordo com a faixa etária, pretendendo ser uma ferramenta orientadora da conduta dos pais/cuidadores.

TABELA 19 - TEMAS A ABORDAR COM AS CRIANÇAS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

Faixa etária	Temas a abordar
18 meses – 3 anos	Nomes das partes do corpo.
3 – 5 anos	Identificação das partes íntimas do corpo (por exemplo, mencionando que estão cobertas pela roupa interior). Distinguir um toque bondoso/afetuoso, de um toque abusivo (bom vs. mau toque)

5 – 8 anos	Princípios básicos de segurança pessoal (ex. saber pedir ajuda). Identificação de situações de risco.
≥ 8 anos	Princípios básicos da sexualidade e reprodução humana. Abordagem das normas de conduta aceites pela sociedade e família.

Adaptado de CFAE Matosinhos⁽³⁹⁾

Todas as estratégias atrás mencionadas são fundamentais e representam o melhor método de combate ao abuso sexual infantil. Todavia, a taxa de prevalência deste crime continua extremamente elevada, sendo esta realidade ainda agravada pelos inúmeros casos subnotificados. Por conseguinte, não chega prevenir. É necessário criar estratégias terapêuticas e delinear integrado, contínuo e adaptado plano de cuidados para as vítimas deste crime.

Sendo um crime fortemente associado à família, quer por ser cometido no seio desta, quer pelas consequências que acarreta, o trabalho terapêutico deve incluir também o agregado familiar. Se não for possível a inclusão de todos os elementos, deverá ser garantida a presença de pelo menos um deles, pelo apoio que pode oferecer à vítima.

A assistência contínua é o pilar de uma terapêutica de sucesso. A falta de acompanhamento no período que decorre entre a notificação e o início da intervenção explica a grande falha dos processos terapêuticos. Neste intervalo de tempo, as famílias vêm as suas vidas descontroladas, com inúmeras alterações decorrentes da denúncia que não conseguem abarcar. Sem apoio e orientação, facilmente cedem às pressões do agressor ou de outros familiares no sentido de retirar a denúncia.⁽¹⁴⁾

Os serviços de proteção de crianças e as instituições responsáveis pela garantia da segurança de todos os lesados pela situação abusiva vêm-se incapazes de dar resposta a tão largo número de casos, o que justifica o atraso no início da intervenção. Por outro lado, a denúncia é muitas vezes percebida como uma emergência, quando na realidade se trata de um evento crónico. Esta perceção errónea resulta numa intervenção desarticulada, fragmentada e não ponderada ou planeada e, por conseguinte, ineficaz.⁽¹⁴⁾

O processo de atendimento deve ser contínuo e articulado, privilegiando a construção do vínculo com as famílias, peças fundamentais de toda a intervenção.⁽⁴⁴⁾ Destaca-se novamente a importância do fortalecimento das relações sociais e da construção de uma rede de apoio que conte com a participação de toda a comunidade/sociedade civil. A par deste trabalho conjunto, devem ser providenciados meios para a capacitação contínua dos profissionais, para que os mesmos estejam na posse de conhecimento sistematicamente atualizado.⁽¹⁴⁾ Somente um trabalho integrado, síncrono e orientado por normas pré-estabelecidas consegue dar encaminhamento aos processos, fortalecer relações e criar uma rede sólida de apoio que impeça o isolamento destas famílias.

Seguindo esta linha de raciocínio, é premente a criação de protocolos específicos que orientem a resposta a este crime. Numa tentativa de uniformizar e melhorar os processos de atendimento às vítimas de abuso sexual infantil, Goyal *et al* (2013)⁽⁴⁵⁾ implementaram o programa SART – “Sexual Assault Response Team” e analisaram os resultados obtidos nos primeiros três anos de execução do programa. O programa incluiu: 1) criação de protocolos de avaliação e tratamento das vítimas; 2) obtenção de equipamento apropriado; 3) formação/treino das equipas de urgência (médicos, enfermeiros e outros técnicos) e de profissionais dos serviços de ação social. Reunidas estas condições, o SART preconiza:

- a) Colheita de uma história clínica detalhada;
- b) Exame físico completo com documentação fotográfica;
- c) Medidas para controlo da dor, se necessário;
- d) Colheita de evidências forenses, se indicado;
- e) Em casos particulares: testes para DST's, drogas, gravidez e profilaxias subsequentes;
- f) Tratamento médico necessário;
- g) Reportar a situação às autoridades competentes;
- h) Referenciar para consulta de Psiquiatria e/ou Psicologia;
- i) Pedir a colaboração de especialista em Cuidados de Saúde Primários para o seguimento destes doentes.
- j) Revisão do caso por pediatra especialista em abuso infantil.

A literatura aponta que muitas crianças vítimas de abuso sexual não recebem as profilaxias e testes recomendados pela Academia Americana de Pediatria quando procuram cuidados. Um estudo⁽⁴⁵⁾ que analisou o atendimento de adolescentes vítimas de abuso sexual apurou que nenhum rapaz recebeu os cuidados recomendados e nas meninas apenas 32,8% foram adequadamente tratadas. Os autores constataram que os rapazes recebem ainda menos cuidados que as meninas e que a assistência prestada varia consideravelmente entre os vários hospitais. Em contraste, com o programa SART a maioria das vítimas que recorreu ao serviço de urgência recebeu a profilaxia e testes recomendados. Dada a frequente ausência de achados ao exame físico, a realização destes procedimentos revelou ser independente da presença de lesões físicas.⁽⁴⁵⁾

Goyal *et al* (2013)⁽⁴⁵⁾ concluíram que a implementação de um programa como o SART melhora significativamente a qualidade dos cuidados prestados e permite a

uniformização dos mesmos, pelo que mais estudos deverão ser feitos com vista à inclusão mundial deste tipo de protocolo nos serviços de urgência.

Providenciar o melhor atendimento aquando da apresentação das vítimas é fulcral. Todavia, e tal como já salientado, a continuidade do processo é a chave para correta intervenção, pelo que o seguimento e tratamento das crianças e famílias após a alta são imprescindíveis.

Cohn *et al* (2012)⁽⁴⁶⁾ desenvolveram o programa “Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy” (TF-CBT) e aplicaram-no ao longo de vários anos numa multiplicidade de crianças. Atualmente, o TF-CBT é reconhecido pela “Substance Abuse and Mental Health Services Administration” como programa-modelo e revela ser um dos mais promissores e efetivos no tratamento das crianças vítimas de abuso sexual.

O programa baseia-se em três áreas terapêuticas fundamentais: cognitiva – aborda os pensamentos e perceções da vítima; comportamental – pretende modificar respostas habituais a determinados estímulos ou situações e familiar – avalia as interações entre os membros da família e identifica problemas. Por conseguinte, tanto a criança como a respetiva família são alvos da intervenção.⁽⁴⁶⁾ Ressalva-se que apenas pais/cuidadores que não tenham sido responsáveis pelo abuso podem ser incluídos no programa. Para além dos pais abusadores, excluem-se crianças com problemas do comportamento prévios ao trauma que poderão beneficiar com uma intervenção dirigida a esses antecedentes. Menores toxicodependentes ou com ideação suicida podem ver o seu quadro agravado pelas terapêuticas de exposição do TF-CBT, pelo que a escolha deste programa neste grupo deve ser ponderada.

O TF-CBT visa propiciar um ambiente de suporte, onde a criança é incentivada a falar sobre a experiência abusiva, incidindo nas realidades, crenças e atribuições distorcidas entretanto criadas. Aos pais é-lhes ensinado a lidar com as mudanças que o abuso originou e a criar competências que permitam apoiar os menores. O tratamento é constituído por 12 a 18 sessões, de 50 a 90 minutos cada, e inclui consultas individuais e conjuntas com a criança e pai/cuidador.⁽⁴⁶⁾ Nas sessões coletivas trabalha-se a relação pai-filho e praticam-se as capacidades aprendidas individualmente, unindo-as num esforço conjunto para ultrapassar o trauma.

A efetividade do TF-CBT é reconhecida pela comunidade científica, sendo vários os estudos que salientam as melhorias encontradas na população-alvo. Nas crianças destacam-se: redução dos níveis de ansiedade, menor tendência à depressão, melhoria dos padrões de comportamento, das capacidades de autodefesa e de resolução de conflitos, da confiança interpessoal e competência social. Os pais apresentam também menores níveis de *stress*, com melhor capacidade de resposta ao trauma e às necessidades da criança.

Apesar dos impressionantes níveis de eficácia do TF-CBT, muitos são os que desconhecem este método terapêutico. Como tal, há carência de profissionais treinados e devida à escassez de recursos os especialistas responsáveis pela referência das vítimas de abuso sexual infantil ignoram esta alternativa. Criar novos centros que instituem este programa, bem como aumentar a consciência dos profissionais para métodos eficazes no tratamento do abuso torna-se premente. Tais iniciativas poderão significar minimização das nefastas consequências que advêm deste crime e melhoria da qualidade de vida das vítimas e respetivas famílias.

Trabalhar a violência associada ao abuso sexual infantil implica considerar o passado, presente e futuro das relações familiares.⁽¹⁴⁾ Implica reconhecer os grupos familiar e sociocultural como um espaço privilegiado para o êxito da reversão do trauma, como meio para a criança aprender a confiar de novo e para o cuidador trabalhar as suas responsabilidades e deveres perante o menor e sociedade.⁽⁴⁴⁾

A Humanidade deve à criança o melhor que tem para dar, deve-lhe acima de tudo proteção, pelo que todos os esforços devem ser desenvolvidos no sentido de prevenir o abuso. O tratamento deverá ser considerado pelos profissionais, entidades de proteção da criança e sociedade civil significado de falência dos processos preventivos, de incumprimento do dever e, como tal, apenas uma alternativa quando o pior não foi evitado.

O objetivo último será trabalhar a consciência da comunidade para esta problemática e torná-la ciente das suas responsabilidades com a criança. Somente isso poderá alterar o trajeto que a humanidade tem vindo a traçar e modificar, assim, a prevalência deste crime.

Legislação

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) é o documento que melhor enuncia os direitos fundamentais – civis, políticos, económicos, sociais e culturais – de todas as crianças. Representa um importantíssimo instrumento legal e universal já que foi ratificado pela totalidade dos Estados do mundo, com apenas duas exceções: Estados Unidos da América e Somália. Através dele, os países comprometem-se a desenvolver esforços para adequar as suas normas às consagradas na Convenção. A CDC foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal a 21 de Setembro de 1990.⁽⁴⁷⁾

Pela vulnerabilidade que lhes é inerente, as crianças necessitam de proteção e cuidados especiais desde a conceção até à maioridade. Esta particular atenção não deve ser providenciada apenas pelos que lhes são mais próximos, como os pais, mas pelo conjunto de familiares, amigos, vizinhos, educadores, sociedade e autoridades governamentais. Na verdade, cada indivíduo deve sentir-se responsável pela segurança dos menores, conscientes do papel vital que tem na cooperação internacional, para que os direitos da criança sejam uma realidade.⁽⁴⁸⁾

Segundo a UNICEF, a CDC assenta em quatro pilares fundamentais:

- **Não discriminação** – todos os direitos se aplicam a todas as crianças, sem exceção;
- **Interesse superior da criança** – todas as decisões relativas à criança têm em conta o seu interesse superior;

- **Sobrevivência e Desenvolvimento** – todas as Crianças têm direito inerente à vida e de atingir o seu potencial máximo;
- **Opinião da criança** – a criança tem o direito de exprimir a sua opinião em tudo o que lhe diga respeito e tal opinião deve ser tida em consideração.

Apesar de serem estes os fundamentos principais em que assenta a CDC, muitos são os direitos contemplados neste documento. De forma simplificada, podemos agrupá-los em quatro categorias distintas, não muito diferentes dos quatro pilares que sustentam toda a convenção. São elas: direitos à sobrevivência; direitos ao desenvolvimento; direitos relativos à proteção e, por último, direitos de participação.⁽⁴⁷⁾

Os direitos da criança são primariamente direitos humanos, contemplados sob o ponto de vista do menor. Têm como foco a criança individual e as crianças como grupo social, visando o respeito pela dignidade independentemente da idade. São abrangentes, clarificam responsabilidades e admitem a criança como um ser pleno de capacidades, tão digno de direitos como qualquer outro ser adulto.⁽⁴⁹⁾

A CDC constitui indubitavelmente a base da proteção internacional dos direitos humanos da criança. Contudo, existe um hiato entre a concordância dos países com esta convenção e a sua eficaz implementação na prática. A prevalência do abuso sexual infantil assim o confirma. O excessivo número de vítimas deste crime põe em relevo a violação de uma lista interminável de direitos das crianças contemplados na CDC.

Em particular refira-se o Artigo 19:

“Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à proteção da criança contra todas as formas de violência (...) incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda (...) confiada. Tais medidas de proteção devem incluir, consoante o caso, processos eficazes para o estabelecimento de programas sociais destinados a assegurar o apoio necessário à criança e aqueles a cuja guarda está confiada, bem como outras formas de prevenção (...)”

O abuso sexual infantil constitui, assim, clara violação dos direitos humanos e legais da criança, sendo punido de acordo com o Código Penal Português– “Crimes contra a autodeterminação sexual”, Secção II, artigos 171º-173º, abaixo transcritos⁽⁵¹⁾:

“Artigo 171.º

Abuso sexual de crianças

1 - Quem praticar ato sexual de relevo com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa, é punido com pena de prisão de um a oito anos.

2 - Se o ato sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

3 - Quem: a) Importunar menor de 14 anos, praticando perante ele atos de carácter exibicionista, formulando propostas de teor sexual ou constrangendo-o a contacto de natureza sexual; ou b) Atuar sobre menor de 14 anos, por meio de conversa, escrito, espetáculo ou objeto pornográficos; é punido com pena de prisão até três anos.

4 - Quem praticar os atos descritos no número anterior com intenção lucrativa é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos.

5 – A tentativa é punível.

Artigo 172.º

Abuso sexual de menores dependentes

1 - Quem praticar ou levar a praticar ato descrito nos n.ºs 1 ou 2 do artigo anterior, relativamente a menor entre 14 e 18 anos que lhe tenha sido confiado para educação ou assistência, é punido com pena de prisão de um a oito anos.

2 - Quem praticar ato descrito nas alíneas do n.º 3 do artigo anterior, relativamente a menor compreendido no número anterior deste artigo e nas condições aí descritas, é punido com pena de prisão até um ano.

3 - Quem praticar os atos descritos no número anterior com intenção lucrativa é punido com pena de prisão até três anos ou pena de multa.

Artigo 173.º

Atos sexuais com adolescentes

1 - Quem, sendo maior, praticar ato sexual de relevo com menor entre 14 e 16 anos, ou levar a que ele seja por este praticado com outrem, abusando da sua inexperiência, é punido com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa até 240 dias.

2 - Se o ato sexual de relevo consistir em cópula, coito oral, coito anal ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, o agente é punido com pena de prisão até três anos ou multa até 360 dias.”

Tal como referido pela *Child Rights Caucus* (2002), *implementar a Convenção não é uma questão de escolha, solidariedade ou caridade, mas sim, de cumprimento de obrigações legais.*

Importa por último referir a recente lei promulgada que estabelece “a criação de um registo de identificação criminal de condenados por crimes contra a autodeterminação sexual e a liberdade sexual de menores”. O objetivo será permitir que os pais e todos os que exerçam responsabilidades parentais sobre menores até aos 16 anos, possam questionar as autoridades policiais sobre a referida lista de pedófilos, sempre que haja “justificação fundada” – o diploma é omissivo no que refere àquilo que deverá integrar “fundado receio”. O acesso ao registo será da responsabilidade das autoridades, sendo totalmente negado o acesso dos pais às identidades dos que nele constam, alteração introduzida apenas no dia da votação final. Na proposta inicial, os pais não teriam acesso aos registos, mas poderiam perguntar “às autoridades policiais da sua residência habitual se o nome A, B, C ou D, com fundamento em situações concretas perfeitamente identificadas, existe ou não nessa base de dados”. Com a nova alteração, os responsáveis pelo menor “alegando situação concreta que justifique um fundado receio (...) podem requerer à autoridade policial da área da sua residência a confirmação e averiguação dos factos que fundamentem esse fundado receio sem que lhe seja facultado, em caso algum, o acesso à identidade e morada da(s) pessoa(s) inscrita(s) nos registos”, lê-se na proposta de lei.

Apesar de listas semelhantes estarem já introduzidas em países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, França e alguns Estados da Alemanha, a criação do registo esteve longe de ser unânime. A proposta de lei inicial foi largamente discutida no governo e criticada pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) e por diversas entidades judiciais que a classificaram como “inconstitucional, excessiva e desproporcionada”. A CNPD foi mais longe ao considerá-la “discriminatória por promover a estigmatização e exclusão social”.⁽⁵⁰⁾

Com a alteração final, o diploma que cria o registo de identificação criminal foi aprovado no parlamento a 3 de Julho de 2015 e promulgado pelo Presidente da República a 12 de Agosto.

A aprovação da lei constituiu a trigésima nona alteração ao Código Penal Português⁽⁵¹⁾:

“Artigo 3.º Finalidades

O sistema de registo de identificação criminal de condenados por crimes contra a autodeterminação sexual e a liberdade sexual de menor visa o acompanhamento da reinserção do agente na sociedade, obedecendo ao princípio do interesse superior das crianças e jovens, em ordem à concretização do direito destes a um desenvolvimento pleno e harmonioso, bem como auxiliar a investigação criminal.

Artigo 4.º Princípios

O registo de identificação criminal de condenados por crimes contra a autodeterminação sexual e a liberdade sexual de menor deve processar-se no estrito respeito pelo princípio da legalidade e, bem assim, pelos princípios da autenticidade, veracidade, univocidade e segurança dos elementos identificativos.

Artigo 5.º Composição

O sistema de registo de identificação criminal de condenados por crimes contra a autodeterminação sexual e a liberdade sexual de menor é constituído por elementos de identificação do agente, por extrato da decisão judicial na origem da sua inscrição no registo e de outras decisões judiciais subsequentes abrangidas pelo n.º 2 do artigo 2.º, pelos crimes imputados e disposições legais aplicadas.

Artigo 11.º Cancelamento do registo

A inscrição no registo de identificação criminal de condenados por crimes contra a autodeterminação sexual e a liberdade sexual de menor é cancelada decorridos os prazos referidos no n.º 3 do artigo 13.º, desde que entretanto não tenha ocorrido nova condenação por crime contra a autodeterminação sexual e a liberdade sexual de menor, ou quando verificada a morte do agente.”

O conhecimento da legislação em vigor compete não só às autoridades judiciais/policiais, mas a todos os cidadãos, particularmente: educadores, pais e qualquer responsável pela prestação de cuidados ao menor. Só o pleno entendimento das leis que regulamentam a nossa comunidade torna o indivíduo capaz de promover ativamente a perpetuação desses princípios, contribuindo para uma sociedade consciente, segura e sustentável.

Conclusão

O abuso sexual infantil é, como tem vindo a ser discutido, um dos maiores problemas à escala global que a Humanidade tem para enfrentar. Comparativamente a outros países, Portugal assume prevalências superiores às do Canadá e de Espanha, embora fique ainda aquém das taxas encontradas nos EUA. Admite-se que os números hoje associados a este crime representem apenas parte dos casos. A subnotificação existe e deve alertar para a necessidade de encontrar a real prevalência deste crime. É imprescindível a concretização de investigações e estudos adicionais que caracterizem claramente esta problemática.

O presente estudo permitiu concluir que as vítimas de abuso sexual infantil são maioritariamente crianças com idade inferior a 12 anos e do género feminino. Relativamente aos rapazes, verifica-se que as meninas são vítimas de abuso até idades mais tardias. A menor capacidade auto-defensiva e de resistência, bem como o surgimento dos caracteres sexuais secundários, são fatores que justificam as diferenças entre géneros.

No que respeita à dinâmica familiar, verificou-se que famílias com elevado número de elementos (ex. família comunitária), com relações familiares disruptivas (ex. família reconstruída) ou com problemas crónicos de comportamento (ex. família descontrolada) constituem agregados de risco para a ocorrência de abuso. Foram ainda apontados como fatores de risco adicionais: baixos rendimentos, fanatismo religioso, desestruturação da relação conjugal e/ou parental (famílias instáveis) e as famílias adotiva ou com dependente. Todavia, este tipo de violência não existe apenas em agregados com co-

morbilidades, pelo que não se devem menosprezar indícios que apontem para a ocorrência em famílias consideradas estáveis.

Relativamente ao agressor conclui-se que é maioritariamente do género masculino com idade média de 32,9 anos. Tal perfil mostra-se compatível com um indivíduo em boa condição física, capaz de estar responsável pelos cuidados da criança da qual se aproxima, manipula e posteriormente abusa. Em mais de 80% dos casos o agressor tinha algum vínculo afetivo com a criança, sendo apontados o padrasto e o pai como os mais frequentemente responsáveis pelo abuso. Os dados apontam para grande prevalência do crime no âmbito familiar, constatando-se diferenças significativas entre o abuso intra vs. extrafamiliar. No abuso intrafamiliar as vítimas são mais jovens, submetidas a abusos menos intrusivos, associados a menor violência física, embora com preponderante componente psicológico. Pelo vínculo prévio estabelecido entre vítima e agressor, a denúncia nos casos intrafamiliares é também mais árdua e complexa, o que motiva maior atraso na revelação e conseqüente notificação.

O processo de denúncia é, como se concluiu, moroso, gerador de instabilidade e de onde advém modificações na estrutura e dinâmica familiares irreversíveis. Como tal, há um receio inerente à divulgação do crime, quer por parte da criança que chega a culpabilizar-se pela situação, quer pela família que teme a exposição pública e o mediatismo. Na verdade, 57% das crianças atrasam a revelação e em 61,75% dos casos alguém tinha conhecimento da situação abusiva e não a notificou. A barreira à notificação ultrapassa ainda a criança e família e chega às autoridades que se mostram muitas vezes insuficientes em recursos e infraestruturas para dar o seguimento devido ao processo. Reforça-se a influência do ambiente externo (família, sociedade e profissionais) na decisão da criança revelar ou não o abuso. Somente atitudes parentais

e profissionais positivas poderão providenciar à criança a confiança e apoio que lhe parecem necessários à denúncia.

Lidar com este crime não está ao alcance de qualquer um. Deve ser obtido financiamento para a criação de infraestruturas que permitam treinar e qualificar profissionais capazes de responder eficazmente a este crime. Além disso, mais estudos serão necessários no sentido de desenvolver meios de rastreio suficientemente sensíveis e específicos para diagnóstico. Na verdade, não existe nenhum método *gold-standard* que diagnostique abuso sexual infantil. A par disto, constata-se que a maioria das vítimas de abuso não apresenta achados ao exame físico, condicionando ainda maior dificuldade. Preconiza-se a colheita de evidência forense até às 24 horas após a ocorrência do abuso. Porém, põe-se em causa se tal medida não condicionará o subdiagnóstico de alguns casos. Pôr em curso investigações cujo objetivo seja o desenvolvimento de novos protocolos na abordagem do abuso (incidindo na melhoria da capacitação profissional, em novas evidências ao exame físico que constituam achados Adams III ou no estudo dos NAAT's como testes de diagnóstico de DST's em crianças) parece ser o melhor a fazer numa época de ainda muitas incertezas quanto à confirmação deste crime.

Pensar em abuso infantil é pensar nas consequências a curto e a longo prazo que advirão desta violência. O presente trabalho identificou as consequências que mais acometem as vítimas deste crime, salientando o trauma psicogénico como o evento invariavelmente presente. A patologia psiquiátrica é sem dúvida prevalente, quer enquanto crianças, quer tardiamente em adultos. O abuso constitui fator de risco para o desenvolvimento de uma perturbação de personalidade *borderline*, com todos os comportamentos de risco associados - abuso de substâncias, condução perigosa, relações sexuais desprotegidas e

com múltiplos parceiros são apenas alguns exemplos. Os distúrbios de *stress* pós-traumático e alimentares constituem outra grave consequência que deteriora significativamente a qualidade de vida destes indivíduos. A depressão é talvez a mais prevalente patologia psiquiátrica encontrada, assumindo maior gravidade neste grupo pelo surgimento precoce e padrões de resposta à terapêutica alterados. O risco acrescido em 13 vezes, da vítima com história de abuso sexual infantil tentar o suicídio ilustra sobremaneira o trauma associado a este crime. Somatização, gravidez, parto pré-termo, aborto e desenvolvimento de famílias desestruturadas no futuro são outras consequências encontradas. Última nota para o impacto que a *Internet* poderá ter nas pessoas vitimizadas que viverão para sempre com a existência de um registo físico e público da violência.

Como tem vindo a ser discutido, a transversal prevalência deste crime é avassaladora e, como tal, exige imediata intervenção. Mais do que tratar o abuso, importa preveni-lo. A prevenção não deve limitar-se à criança e respetiva família, antes deve ser alargada a toda a sociedade civil. Uma mera e pontual intervenção não chega. É necessário garantir a continuidade do trabalho, envolvendo pais, filhos, familiares, amigos, vizinhos, educadores, profissionais, até abranger toda a sociedade civil. Somente um trabalho integrado, em rede, que promova a consciencialização e participação de todos os cidadãos poderá minimizar a ocorrência deste crime. É também fulcral que o profissional atente à singularidade de cada criança, às particularidades de cada agregado por forma a moldar a sua intervenção e a torná-la eficaz. Grupos de suporte, campanhas de consciencialização pública e programas educativos que prevejam a aquisição de capacidades fundamentais ao sucesso enquanto pais e quando crianças na transição para a vida adulta são apenas alguns exemplos de estratégias preventivas que deverão ser postas em curso.

Quando as estratégias preventivas falham, restam os programas terapêuticos. Destacam-se a efectividade dos programas: SART – que propõe um protocolo específico de resposta ao abuso sexual infantil em situação de urgência – e TF-CBT – que preconiza um tratamento assente em três áreas fundamentais: cognitiva, comportamental e familiar.

Todo o conhecimento inerente ao abuso sexual infantil, todas as intervenções preventivas ou terapêuticas terão como fundamento último o bem-estar da criança e o seu interesse superior. Utopicamente, pretende-se a não violação de qualquer dos direitos presentes na Convenção dos Direitos da Criança. Pretende-se assegurar que, independente da idade, cada indivíduo é um ser pleno de direitos, merecedor do respeito, assistência e segurança que a vida em sociedade lhe deveria proporcionar. Aquando da disrupção destes ideais de protecção à criança, cabe a cada um intervir no sentido de as salvaguardar dos danos resultantes, desenvolvendo esforços para que as consequências futuras sejam mínimas e a criança possa vir a tornar-se um adulto saudável, íntegro, também ele promotor dos direitos que assistem a cada ser humano.

Muito mais poderia ser discutido no que concerne a este hediondo crime. O que se propõe é que todos os dias cresçam o número de investigações em torno desta problemática. Pretende-se que o abuso sexual deixe de ser um tema *tabu*, pois só a consciencialização global da brutalidade deste crime, permitirá desenvolver esforços conjuntos que impeçam a vitimização de mais crianças. Espera-se, por último, que a frase *Wounded as a child vulnerable forever*⁽⁵²⁾ seja, num futuro próximo, apenas um ensinamento ao invés de uma realidade presente na vida diária de muitos seres humanos.

Agradecimentos

O presente trabalho não ficaria concluído sem que expressasse o meu profundo e sincero agradecimento àqueles que, de forma singular, contribuíram para a sua finalização.

Ao *Professor Doutor Hernâni Pombas Caniço*, pela sua orientação e constante disponibilidade, pelas correções, sugestões, críticas e opiniões, pela rapidez de resposta, por todo o conhecimento transmitido e principalmente, por cada palavra de incentivo.

À *Minha Família*, particularmente: à *Minha Mãe*, por ser a minha mais dedicada leitora, pelas inúmeras revisões de texto e por toda a paciência; ao *Meu Pai*, pela organização dos meus artigos, pelo envio de notícias atualizadas sobre o tema, pelo incentivo quando parecia que não concluiria este trabalho. Por último, mas jamais menos importante, à *Minha Irmã*, pelos inestimáveis conselhos, que apenas quem já traçou o mesmo caminho pode transmitir. Mais que isso, porque tal como acontece com tudo o resto na minha vida, nada disto seria possível sem o seu apoio.

Ao *Ricardo*, pela sua invariável presença, por nunca duvidar do meu trabalho, por todo o carinho, segurança e serenidade que todos os dias me transmite, por me dedicar tanto do seu tempo sem nada exigir.

Às *Minhas Amigas*, que ao longo de seis anos, com a sua amizade, afeto e compreensão demonstraram ser uma segunda família. Um especial agradecimento à *Cláudia*, sempre uma constante nas longas horas de estudo, ouvinte dos meus desabafos e também uma incomparável presença nos tantos bons momentos que partilhámos.

A todos dedico este trabalho, esperando que de alguma forma, compense o seu empenho.

Bibliografia

1. Child maltreatment [Internet]. WHO Media centre. 2014. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>.
2. Almeida AP. Abuso sexual de crianças: Crenças sociais e discursos da Psicologia: Instituto de Educação e Psicologia; 2003.
3. Mateus M. Prevalência de Abuso Sexual em Crianças Portuguesas: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2012.
4. Child sexual abuse [Internet]. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2011. Available from: <http://www.aacap.org/>.
5. APAV. Estatísticas, Violência Sexual <http://www.apav.pt/estatisticas>: 2012.
6. APAV. Estatísticas, Relatório Anual 2014. <http://www.apav.pt/estatisticas>: 2014.
7. Habigzang L, Koller S, Azevedo G, Machado P. Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2005;21(3):341-8.
8. Martins C, Jorge M. Abuso Sexual na Infância e Adolescência: Perfil das Vítimas e Agressores em Município do Sul do Brasil. 2010;19(2):246-55.
9. Trindade LC, Linhares SMGM, Vanrell J, Godoy D, C. A. Martins J, Barbas SMAN. Sexual violence against children and vulnerability. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2014;60(1):70-4.
10. Monteiro CF, Teles BS, Castro KL, Vasconcelos SV, Magalhães RL, Rocha de Deus CB. Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS. Universidade Federal do Piauí, Teresina. 2008.
11. Oliveira N, Dalcin BL, Cavalcanti T. Sexual abuse of children and adolescents in Rio de Janeiro, Brazil: an incidence study. 2007;23(8):1971-5.
12. Zambon M, Jacintho A, Medeiros M, Guglielminetti R, Marmo D. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Elsevier, Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(4):465-71.
13. Pinto da Costa J. Abuso sexual em menores. Reunião Científica da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica Coimbra. 1990.
14. Santos SS, Dell'Aglio DD. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Psicologia & Sociedade*. 2010;22(2):328-35.
15. Faleiros E. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2003.
16. Gonçalves HS, Ferreira HL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(1):315-9.
17. Staller KM, Nelson-Gardell D. A burden in your heart: Lessons of disclosure from female preadolescent and adolescent survivors of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*. 2005;29:1415-32.
18. Hershkowitz I, Lanes O, Lamb ME. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse Neglect*. 2007;31(2):111-23.
19. Taveira F, Frazão S, Dias R, Matos E, Magalhães T. O Abuso Sexual Intra e Extra-familiar. *Acta Médica Portuguesa* 2009(22):759-66.

20. Wekerle C. Resilience in the context of child maltreatment: connections to the practice of mandatory reporting. *Child Abuse and Neglect*. 2013;37(2-3):93-101.
21. Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R. Physical Examination in Child Sexual Abuse — approaches and current evidence. *Dtsch Arztebl Int* 2014;111:692-703.
22. Noll JG, Schulkin J, Trickett PK, Susman EJ, Breech L, Putnam FW. Differential pathways to preterm delivery for sexually abused and comparison women. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007;32(10):1238-48.
23. Girgira T, Tilahun B, Bacha T. Time to presentation, pattern and immediate health effects of alleged child sexual abuse at two tertiary hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health*. 2014;14:92.
24. Hobbs CJ, Osman J. Genital injuries in boys and abuse. *Arch Dis Child*. 2007;92(4):328-31.
25. Thackeray JD, Hornor G, Benzinger EA, Scribano PV. Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault. *Pediatrics*. 2011;128(2):227-32.
26. Hammerschlag MR, Gaydos CA. Guidelines for the use of molecular biological methods to detect sexually transmitted pathogens in cases of suspected sexual abuse in children. *Methods in Molecular Biology*. 2012;903:307-17.
27. Hammerschlag MR. Sexual assault and abuse of children. *Clinical Infectious Diseases*. 2011;53 Suppl 3:S103-9.
28. Hornor G. Child Sexual Abuse: Consequences and Implications. *Journal of Pediatric Health Care*. 2010;24(6):358-64.
29. Emotional and Physical Effects of Sexual Assault [Internet]. Zacharias Sexual Abuse Center. 2013. Available from: <http://zcenter.org/zchome/wp-content/uploads/2013/09/Emotional-Physical-Effects-of-Sexual-Assault.pdf>.
30. Herzog DB. Childhood Sexual Abuse in Anorexia and Bulimia Nervosa: A Pilot Study. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 1993;32(5):962-6.
31. Silverman J. Dating Violence Against Adolescent Girls and Associated Substance Use, Unhealthy Weight Control, Sexual Risk Behaviour, Pregnancy and Suicidality. *Journal of the American Medical Association*. 1996;286(5):572.
32. Zierler. Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse and Subsequent Risk of HIV Infection. *American Journal of Public Health*. 1991;81(5).
33. Kristman-Valente AN, Brown EC, Herrenkohl TI. Child physical and sexual abuse and cigarette smoking in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*. 2013;53(4):533-8.
34. Devries KM, Mak JY, Child JC, Falder G, Bacchus LJ, Astbury J, et al. Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2014;133(5):e1331-44.
35. House L. Problem Sexualised Behaviour: Laurel House; 2015 [Available from: http://laurelhouse.org.au/?page_id=38].
36. Wilson HW, Widom CS. Sexually transmitted diseases among adults who had been abused and neglected as children: a 30-year prospective study. *American Journal of Public Health*. 2009;99 Suppl 1:S197-203.
37. Widom CS, Czaja SJ, Bentley T, Johnson MS. A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *American Journal of Public Health*. 2012;102(6):1135-44.
38. Lindauer RJ, Brilleslijper-Kater SN, Diehle J, Verlinden E, Teeuw AH, Middeldorp CM, et al. The Amsterdam Sexual Abuse Case (ASAC)-study in day care centers:

- longitudinal effects of sexual abuse on infants and very young children and their parents, and the consequences of the persistence of abusive images on the internet. *BMC Psychiatry*. 2014;14:295.
39. Matosinhos C. A Componente Psico-Afectiva do Projecto de Educação Sexual. A prevenção dos maus-tratos e das situações abusivas. 2006.
 40. Caniço H, Bairrada P, Rodríguez E, Carvalho A. Novos tipos de família: plano de cuidados. 1ª, editor: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
 41. Preventing Child Abuse and Neglect [Internet]. 2013. Available from: <https://www.childwelfare.gov/>.
 42. Whatley M, Trudell B. The role of the family in child sexual abuse prevention programs. *Journal of Education* 1988;170(1).
 43. Soma SMP, Williams LCdA. Livros infantis para prevenção do abuso sexual infantil: uma revisão da literatura. *Temas em Psicologia*. 2014;353-61.
 44. Costa L, Penso M, Almeida T. O Grupo Multifamiliar como um método de intervenção em situações de abuso sexual infantil. *Psicologia USP*. 2005;16(4):121-46.
 45. Goyal MK, Mollen CJ, Hayes KL, Molnar J, Christian CW, Scribano PV, et al. Enhancing the emergency department approach to pediatric sexual assault care: implementation of a pediatric sexual assault response team program. *Pediatric Emergency Care*. 2013;29(9):969-73.
 46. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children Affected by Sexual Abuse or Trauma [Internet]. 2012. Available from: <https://www.childwelfare.gov/>.
 47. UNICEF. Direitos da Criança [Available from: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111>].
 48. UNICEF. A Convenção sobre os Direitos da Criança: Assembleia Geral nas Nações Unidas; 1989 [Available from: https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf].
 49. Direitos Humanos da Criança: o Empoderamento e a Protecção da criança; Participação e Sustentação; Não Discriminação das crianças; Interesse Superior da Criança [Internet]. 2015. Available from: <http://www.fd.uc.pt/hrc/manual/>.
 50. Lusa A. Tudo Sobre: Lista de Pedófilos Observador 2015 [Available from: <http://observador.pt/topico/lista-de-pedofilos/>].
 51. PGDL. Código Penal Português: Procuradoria Geral Distrital de Lisboa; [Available from: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis].
 52. Houdenove V. Listening to CFS: Why we should pay more attention to the story of the patient. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;52.
 53. Reading R, Rannan-Eliya Y. Evidence for sexual transmission of genital herpes in children. *Arch Dis Child*. 2007;92(7):608-13.
 54. Oswald SH, Heil K, Goldbeck L. History of maltreatment and mental health problems in foster children: a review of the literature. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(5):462-72.