



Liliana Sobral Lopes da Silva

Estratégias de Prevenção e Intervenção em Agressores Sexuais no contexto de Abuso
Sexual

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2007



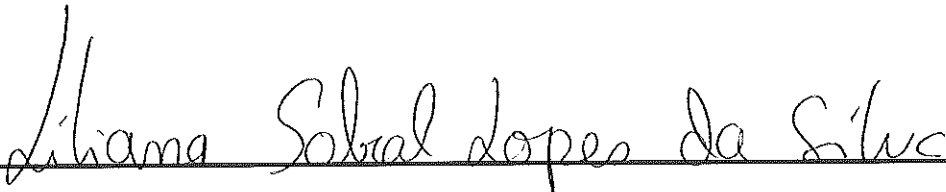
Liliana Sobral Lopes da Silva

Estratégias de Prevenção e Intervenção em Agressores Sexuais no contexto de Abuso
Sexual

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2007


A handwritten signature in cursive script, reading 'Liliana Sobral Lopes da Silva', is written over a horizontal line.

(assinatura)

Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de licenciatura em
Serviço Social, sob orientação da Mestre
Ana Costa

SUMÁRIO

O presente trabalho monográfico destina-se a promover uma reflexão sobre os conhecimentos teóricos e práticos relacionados com estratégias de prevenção e intervenção em agressores sexuais.

A parte teórica foi desenvolvida, após recolha bibliográfica, sob a temática relacionada com o abuso sexual, especificamente, agressores sexuais e estratégias de prevenção e intervenção, com o intuito de dar seguimento a uma parte empírica.

Na parte empírica, ou seja, na segunda fase deste trabalho, decidiu-se por uma metodologia qualitativa com o intuito de se recolher informações relativas aos agressores sexuais portugueses, por parte dos profissionais que intervêm com esta população-alvo, nomeadamente: como se caracterizam os agressores sexuais portugueses, quais as estratégias de prevenção e intervenção actualmente utilizadas e quais poderiam ser implementadas. A técnica de recolha de dados foi a entrevista, a que se aplicou a análise de conteúdo.

Após aplicadas as entrevistas sucedeu a devida análise de conteúdo, para posteriormente se proceder à análise e discussão de resultados.

Os principais resultados deste estudo, foram a descoberta na inexistência de prevenção e intervenção com esta população em Portugal, a falta de multidisciplinaridade por parte dos profissionais que intervêm nesta área e a escassez de equipamentos sociais que apoiem os agressores sexuais.

DEDICATÓRIAS

“ É para todos, os meus verdadeiros amigos, os que estiveram lá quando foi preciso, aqueles que acreditaram em nós, os mesmos que nunca nos deixaram sós”

Dilema

AGRADECIMENTOS:

“Deus quer, o Homem sonha, a Obra nasce”

Fernando Pessoa

Este trabalho marca o culminar de um dos meus sonhos, é certamente o nascimento de uma obra. E como tal, não se evidencia somente pelo fim de uma licenciatura, mas sim de 17 anos de estudo. Seria impossível limitar agradecimentos, pois foram tantas as pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para a minha obra, e sonhar com mais...

Assim:

Aos meus pais: por incentivaram-me sempre e cada vez mais a ser melhor, a acreditar nos meus sonhos (mesmo que pareçam impossíveis) e ajudar na sua concretização. Por ao longo destes anos terem compreendido a minha falta de tempo, motivando-me sempre. A eles são dirigidas todas as palavras de amor e de agradecimento que conheço;

À minha irmã e cunhado: por se mostrarem um exemplo, por serem mais do que irmãos, amigos!!! Por todos os ensinamentos ao longo da minha vida, por todo o amor e atenção dispensados. Vós sois sem dúvida dois dos intervenientes principais da história que é a minha vida;

Ao Anjinho: pelo o amor incondicional que nutro;

A toda a minha família: aos meus manos mais velhos emprestados (Bruno e Ricardo), tios, tias, primos, primos, enfim a todos! Obrigada!

À Mónica, Clara, Meio, Marco, Romi, Bruna, Nelson, Quim, Odete, Edson, Tó, Nuno, Puto, Queque, André, Formiga por me terem ensinado na infância/adolescência o verdadeiro significado da palavra amizade! Aos meus preciosos anjos da guarda! Principalmente, por terem entendido a minha falta de tempo para estar com eles! Com eles aprendi que a amizade realmente perdura no tempo e na distância;

À Nathy por toda a ajuda em tantos anos. Há tanto que agradecer, no entanto, penso que ao dizer-te que foste uma das pessoas de referência transmite todo o amor, amizade e carinho que nutro por ti!

À minha orientadora e professora, Mestre Ana Costa, obrigada pela disponibilidade, atenção, amizade e carinho com que sempre me tratou;

A todos os meus professores destes 17 anos, que me inculcaram a sua sabedoria para que nunca desmotivasse de estudar. Um agradecimento especial, aos que conseguiram ultrapassar a barreira da relação professor – aluno e tornaram-se amigos: Professora Graça Montenegro; Professora Ana Maria Camessele; Professora Glória Cardoso; Professor Campinho; Professora Alcinda; Professora Rita Cardoso; Professora Ana Isabel Sani; Professora Teresa Toldy; Professor Jorge Rebelo; Professora Elsa Monteiro; Professora M^a do Céu Barbosa; Professor Luís Santos e Professor Daniel Seabra;

A todas as pessoas que estiveram envolvidas no ano académico de 2001 (Comissão de Praxe, Conselho de Veteranos, Caloiros) por me terem feito sentir em casa e contribuírem de uma forma excelente para a minha integração no Porto, especialmente: Veterana Ana; Veterano Fernando; “Doutor” Leitão; “Doutor” Fanta; Et; Paiva; TVI; Pi;

A toda a comunidade da UFP (professores, alunos e funcionários) por contribuírem para a *mui nobre* instituição, por me acolherem e por terem sempre um sorriso, uma palavra, e por nunca rejeitarem um pedido. Especialmente: Dra. Manuela Trigo, Dra. Áurea; Dr. Cândido; Filipe Bento, Ana, Sr. Carlos, Sr. José Luís, D. Lurdes, D. Susana, D. Celeste, Sr. Luís Catarino e Guilherme

À minha querida turma, por terem estado presentes todos os dias da minha formação, por me mostrarem que tudo vale mesmo a pena, e por me fazerem cada vez mais confiar nas pessoas: Albina, Alcina, Kiki, Rita, Carla Pires, Cármen, Carina, Cátia Silva, Célia, Cristina, Diana, Elisabete, Cristina, Pipa, Flor, Gabi, Goretí, Guida, Ingride, Isa, Belinha, Joana Maia, Joana Magalhães, Lia, Letícia, Lúcia, Mimi, Natália, Nazira, Paiva, Paula, Pi, Raquelita, Raquel Pereira, Rosária, Sandra Moreira, Sandrinha, Sonny,

Sónia Pires, Susana, Tânia Peralta, Tânia Borges, Tânia Ferreira; Tânia Pires, Tekas, Viviana, adoro-vos e desejo-vos o sucesso que desejo a mim própria. Um agradecimento especial à Ingride, por todos os momentos, ajudas, compreensão e amizade;

À Pi, Ticha, Let e Tatiana por todos os momentos, confidências, cartas, convívios. Enfim, pelas lembranças que me vão acompanhar pelo resto da vida;

Às minhas quatro incansáveis: Cátia, Jacinta, Miriam e Vera: as amigas que depois de conhecer e conviver são as melhores que se pode ter! Compreensão, atenção, simpatia, amizade qualidades que as fizeram tornar família! Adoro-vos como irmãos! Por tal para vós não encontro palavras! Foram tantas as coisas que envolveram estes últimos cinco anos... Para vós as palavras são sempre de amizade e nunca de despedida, porque entre verdadeiras amigas como nós, essa palavra não faz qualquer sentido! Adoro-vos! *La Vida Loca forever!!!*

À minha Associação de Estudantes/Sede: Ricardo, Nuno, AG, Miguel, Rata, Sílvia, Barom, Tó, Chiquinho, Iana, Lekas, Ari, Puto e Fefa obrigada por terem colaborado activamente para os “melhores anos da minha vida” e pelos momentos únicos que me proporcionaram! Cada um de vós sabe a importância que tem na minha vida! Estaremos sempre juntos na Sede;

Aos novos amigos “portuenses” que levarei sempre no coração: Campos, Assis, Alexis, Animal, Lau, Bruno Loiro, Mosca, Zeca, Meireles, Varandas, Chica e os meus afilhados (Andreia, Carminho, César, Joana, Jonnas, Maria, Márcio e Rita)

À família Lobo: por ter sido uma verdadeira família cá no Porto!

Ao Ricardo: por tudo!! Não consigo encontrar palavras que transmitam tudo que fizeste por mim e em que contribuíste. Se de certa forma todas as pessoas que referenciei ajudaram-me a construir esta trajectória, tu incentivaste-me a dar sempre o meu melhor! E mostraste-me que, por vezes, pequenos detalhes tornam-se grandiosos e impossíveis

de se esquecer! Foste sem dúvida, a minha referência e por tudo que isso engloba o meu sincero obrigada!

“Quantas mais tragédias terão os nossos jovens que sofrer antes que os adultos aceitem o facto de que a inocência não é preservada pela ignorância?!”

Susan Hayman

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE QUADROS E ANEXOS	13
INTRODUÇÃO GERAL	14
CAPÍTULO I – ABUSO SEXUAL.....	17
Introdução.....	17
1.1 – Em torno de uma definição de Abuso Sexual	18
1.2 – Caracterização da Pedofilia	20
Conclusão	23
CAPÍTULO II – AGRESSORES	24
Introdução.....	24
2.1– Caracterização dos agressores	24
2.1.1. O agressor em contexto extra-familiar	26
2.1.2. O agressor em contexto intra-familiar.....	27
2.1.3. A mulher como agressora.....	30
2.2- Factores explicativos.....	31
2.2.1 - Causas biológicas	31
2.2.2 - Causas psicológicas.....	32
2.2.3 - Causas sociais, económicas e culturais	35
2.3. Contextualização legal do Abuso Sexual	37
2.4– Estratégias de prevenção e intervenção	39
2.4.1 Prevenção primária e secundária	40
2.4.1.1 - Campanha de educação e saúde pública	41
2.4.1.2 - Comunicação Social.....	42
2.4.1.3 - Implementar programas de prevenção nas escolas	42
2.4.1.4 - Treino de todos os profissionais de investigação criminal.....	44
2.4.2. Prevenção terciária ou Intervenção.....	46
2.4.2.1 – Intervenção Punitiva Primária (IPP).....	46
2.4.2.2 – Intervenção Terapêutica Primária (ITP).....	47
2.4.2.3 - Tratamento	49
Conclusão	54
CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO.....	56

Introdução	56
3.1- Objectivos	56
3.2- Método	56
3.2.1. Amostra	56
3.2.2. Instrumentos	58
3.2.3 – Procedimento	59
3.3. Apresentação e discussão dos resultados	59
3.4. – Limitações e propostas para novos estudos	69
Conclusão	70
REFLEXÕES FINAIS.....	71
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	79

ÍNDICE DE QUADROS E ANEXOS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Características da amostra

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A: Guião de Entrevista

ANEXO B: Entrevista 1

ANEXO C: Entrevista 2

ANEXO D: Entrevista 3

ANEXO E: Entrevista 4

ANEXO F: Entrevista 5

ANEXO G: Grelhas de análise de conteúdo

INTRODUÇÃO GERAL

O crescente conhecimento da extensão de casos de abuso sexual e a preocupação acerca das suas consequências levaram a mudanças significativas na lei, no serviço social, na educação e na saúde mental. Nos últimos anos notou-se um maior aparecimento desta problemática na comunicação social. O que foi despoletado essencialmente pelas denúncias dos casos da Casa Pia, ou seja, vários antigos residentes da referida instituição afirmaram terem sido abusados em crianças por funcionários da instituição ou por pessoas exteriores à instituição, entanto, sob a concordância de funcionários.

As áreas da Psicologia e do Social responderam a todo o debate social de forma empírica, com investigações relevantes. Desde o caso acima referido, notou-se um aumento na literatura científica sobre esta problemática.

No que concerne à investigação e intervenção em agressores em Portugal, assistiu-se, nos últimos anos, a um conjunto de movimentações e ocorrências que apontam para uma evolução positiva, mas lenta, a curto ou médio prazo, tal como: o aumento do debate público em torno desta questão e o despertar de uma vontade política de intervir nesta área.

No que respeita especificamente aos agressores, encontra-se, por exemplo, ao nível das políticas nacionais, as orientações constantes dos I e II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, no ponto 4.10:

“Criação de recursos de reabilitação e tratamento clínico dos agressores, que voluntariamente, pretendam mudar o seu comportamento” (Manita, 2005)

No entanto, apesar destas indicações, no que consiste na intervenção e investigação sobre os agressores e, mais especificamente, sobre os agressores sexuais, praticamente não existe em Portugal. Foi possível encontrar duas universidades (Universidade do Porto e Universidade do Minho) e, mais especificamente, dois departamentos e serviços – o Centro de Ciências do Comportamento Desviante/ Gabinete de Estudos e Atendimento a Vítimas da Universidade do Porto (GEAV) e o Instituto de Educação e

Psicologia/Unidade de Consulta em Psicologia da Justiça da Universidade do Minho (UCPJ), que trabalham directamente com os agressores sexuais.

A quase inexistência de programas de intervenção com esta população torna-se cada vez mais num problema. Tal como refere Manita (2005), o Instituto de Reinserção Social confronta-se com grande dificuldade em encaminhar para tratamento agressores de violência, reclusos ou ex-reclusos, uma vez que as únicas instituições para as quais os pode encaminhar são as acima referidas.

Desta forma, as motivações que levaram à escolha deste estudo devem-se à pertinência de investigar e intervir nesta área, para que surjam novas estratégias para combater esta problemática. Até porque grande parte da investigação científica que versa a temática da vitimação, não foca especificamente os agressores, seja ao nível da caracterização seja ao nível da intervenção.

Assim sendo, este trabalho monográfico divide-se em duas partes: uma parte teórica, baseada numa pesquisa bibliográfica e uma parte prática que irá descrever toda a investigação realizada.

A parte teórica conta com dois capítulos essenciais: no primeiro capítulo é feito todo um enquadramento conceptual sobre a definição de abuso sexual e a caracterização da pedofilia. Num segundo capítulos abordam-se os agressores sexuais (caracterização dos agressores e factores explicativos), contextualiza-se legalmente o abuso sexual e são referidas estratégias de prevenção e intervenção.

Na parte prática, foram efectuadas cinco entrevistas a profissionais que intervêm com agressores. O tamanho da amostra é pequeno, visto não ter sido possível aceder a mais profissionais. Esta limitação foi sem dúvida, um facto frustrante e limitativo do trabalho, uma vez que o mesmo seria mais enriquecedor com um maior leque de opiniões. Todavia esta limitação demonstra a falta de recursos humanos para intervir nesta área. Este é um assunto tabu no nosso país, um assunto que nem os poucos profissionais ligados a esta área de intervenção sabem explicá-lo de forma coerente.

Este trabalho tem o intuito de desmistificar a intervenção que é efectuada no estrangeiro e em Portugal, a fim de sensibilizar para a implementação de estratégias de prevenção e intervenção.

CAPÍTULO I – ABUSO SEXUAL

Introdução

Em termos gerais, parece existir uma dificuldade em definir a relação entre os conceitos de abuso sexual de crianças e de pedofilia. Alguns autores utilizam os dois conceitos como sinónimo, no entanto, existem diferenças entre ambos (Gomes & Coelho, 2003).

Surgiu então a tentativa de caracterizar o conceito de abuso sexual de crianças e adolescentes dependentes, com um adulto, em actividades sexuais que têm como objectivo a gratificação ou a estimulação sexual do adulto (Kempe e Kempe *cit. in* Porter, 1984). Este conceito engloba uma variedade de comportamentos que passam pela participação da criança em actividades de exibicionismo, fotografia ou filmes pornográficos, em comportamentos de masturbação, manipulação digital dos genitais, contacto oral/genital e contacto genital directo, incluindo penetração, ou tentativa de penetração da vagina e/ou ânus (sodomia), ou em práticas sexuais aberrantes (Cunha, 2000; Wolfe, 1999).

A motivação para o abuso sexual de crianças pode ter um cariz sexual ou não sexual, ou seja, o abuso constitui um modo que o agressor tem para aceder e controlar a criança (Wyatt e Powel, 1988 *cit. in* Cunha 2000). Na verdade, os agressores que abusam sexualmente de crianças podem apresentar este tipo de comportamentos tendo por base uma preferência sexual exclusiva por crianças (parafilia), ou então a influência de factores de stress, associados à sua vida pessoal que os orientam para este tipo de agressão.

Tratam-se de práticas que a criança, dado o seu estágio de desenvolvimento, não consegue compreender e para as quais não está preparada e às quais é incapaz de dar o seu consentimento informado e que violam a lei, os tabus sociais e as normas familiares (Magalhães, 2002). Assim, tal como refere Machado (2002), para se falar de abuso não é necessário estar perante um contexto que envolva o uso de força, ameaças ou coerção. O abuso sexual corresponde a uma relação que tem por base um diferencial de poder entre um adulto e uma criança, que devido à sua imaturidade é incapaz de se auto-determinar (Machado, 2002).

Já a pedofilia corresponde a um conceito científico com significado preciso, mas que acabou por ser associado, em termos gerais, às situações de abuso sexual de crianças (Gomes & Coelho, 2003). O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV-R (American Psychiatric Association, 2002) define pedofilia como uma parafilia. A parafilia segundo Gomes & Coelho (2003, p.24) é uma perturbação sexual:

Em que o indivíduo recorre, de uma forma persistente e continuada, a um suporte imaginário ou a actos tidos por bizarros, que são a forma preferencial, ou a forma indispensável, de chegar a excitar-se sexualmente ou a obter um orgasmo.

Assim, a pedofilia corresponde a um comportamento compulsivo associado a impulsos ou comportamentos sexualmente excitantes e recorrentes implicando a actividade sexual com crianças.

Após uma breve caracterização destas duas problemáticas, procede-se em primeiro lugar, uma definição de abuso sexual (1.1) e uma caracterização da pedofilia (1.2).

1.1 – Em torno de uma definição de Abuso Sexual

O Abuso Sexual é de natureza social, tendo em vista que é influenciado de maneira intensa pela cultura e pelo tempo histórico em que ocorre, por isso torna-se difícil estabelecer uma definição universalmente aceite. Além disso, a definição de abuso e de criança varia nas diferentes culturas. Tal verifica-se, igualmente, em relação à definição de maioridade (Sanderson, 2005).

A falta de concordância na definição de abuso sexual dificulta a obtenção de estatísticas expressivas sobre a sua extensão. Os dados de pesquisa variam dependendo da definição utilizada pelos pesquisadores. Decidir que actos sexuais são abusivos é um dos grandes entraves ao desenvolvimento de uma definição (Sanderson, 2005; Starr et al., 1990; Gabel, 1997).

Estas dificuldades operacionativas têm sido responsáveis por alguma confusão conceptual, variabilidade dos números encontrados nos estudos e problemas quanto à sua comparabilidade (Haugaard, 2000).

No que se refere à legislação portuguesa (Código Penal Português), o limiar legal para quaisquer actos sexuais de relevo, prende-se com menores de 14 anos. Em idades inferiores a 14 anos, não existe capacidade de autodeterminação quanto à conduta sexual, pelo que, mesmo na ausência de meios violentos ou coacção da vítima, o acto é susceptível de prejudicar o seu desenvolvimento (Carmo et al., 2002).

Assim, relativamente ao abuso sexual, Magalhães (2002), Gallardo (1994), Furniss (2002), Canha (2003) e Taylor (cit. in Giddens 2000) definem este abuso pela ligação do menor a práticas cuja finalidade seja a satisfação sexual do adulto ou jovem mais velho, em que este exerce uma posição sobre o menor, que não se encontra preparado para compreender ou dar o seu consentimento.

Russel (1988) acrescenta ainda que o abuso sexual das crianças pelos seus pares, irmãos, ou outras crianças, deve ser considerado enquanto tal, mesmo quando a diferença de idades seja inferior a 5 anos.

Gomes & Coelho (2003 p. 21), vai de encontro às teorias apresentadas, quando diz que:

Quando estamos em presença de contactos e interações entre uma criança e um adulto, e o adulto – o abusador – utiliza a criança para se estimular sexualmente a ele próprio, à criança ou a outra pessoa. Considera-se ainda que se trata de Abuso Sexual mesmo que o abusador não seja adulto. O abuso pode ser cometido por um menor de dezoito anos, desde que significativamente mais velho do que a criança, ou desde que tenha poder ou controlo sobre ela.

São exemplos deste tipo de abuso: a obrigação do menor em tomar conhecimento e presenciar conversas ou escritos obscenos; espectáculos, objectos pornográficos ou actos de carácter exibicionista; a utilização do menor em fotografias, filmes ou gravações pornográficas ou em práticas sexuais de relevo, como por exemplo, beijos na boca, carícias nos órgãos genitais e nos seios do menor, manipulação dos órgãos

genitais do abusador, contacto entre os órgãos genitais de ambos, penetração oral, anal e/ou vaginal, ou práticas sexuais aberrantes (Canha, 2003; Furniss, 2002; Magalhães, 2002).

Além dos factores referidos, há circunstâncias importantes na avaliação da gravidade do abuso, como sejam a natureza do acto e o uso de força ou coacção, as idades do abusador e da criança, o sexo e a relação entre o abusador e a criança, o consentimento e o nível de informação que a criança possui sobre sexualidade e as consequências para a criança (Finkelhor, 1984).

Gallardo (1994) refere que neste tipo de abuso podemos incluir o incesto (actividade sexual entre pais e filhos), o abuso sexual fora da família (pedofilia e violação), a prostituição e pornografia envolvendo a criança.

Wyre (1996) defende que as condições sócio-económicas poderão colocar as crianças em situação de risco podendo-se encontrar neste grupo de risco, crianças de minorias étnicas, crianças pobres e crianças filhas de pais adolescentes.

Supõem-se que ocorra em todos os estratos sociais (Salter, 1988) mas a sua descoberta é mais comum no estrato social mais baixo, quando estes recorrem a centros públicos como hospitais e tribunais para resolverem o problema. Supõe-se, também, que as classes média e alta ocultam a situação, resolvendo-a por meio de recursos económicos e profissionais que estão perfeitamente ao seu alcance (Gallardo, 1994).

1.2 – Caracterização da Pedofilia

Segundo Gomes & Coelho (2003) a pedofilia, do ponto de vista médico-psicológico, inclui-se num grupo de perturbações do comportamento sexual que são designadas como parafilias. Esta designação surgiu, em 1980, para substituir outros termos, como perversão, aberração ou desvio.

Assim, ainda segundo o mesmo autor, o pedófilo é definido como o sujeito que tem fantasias, impulsos ou comportamentos sexualmente excitantes e recorrentes, implicando actividade sexual com crianças.

Portanto, existem três critérios de diagnóstico da pedofilia aplicados ao abuso sexual de crianças, quer dentro quer fora do contexto familiar: fantasias sexualmente excitantes, impulsos ou comportamentos sexuais, recorrentes e intensos, durante um período de pelo ao menos seis meses, implicando actividade sexual com uma criança, ou mais, na pré-puberdade; o indivíduo actua sob a influência destes impulsos, ou estes impulsos, ou fantasias provocam um mal-estar clínico significativo ou dificuldades interpessoais; a pessoa tem de ter pelo menos 16 anos e ser cinco anos mais velha que a criança vítima e um comportamento crónico, principalmente, no caso do tipo de pedófilo que prefere crianças do sexo masculino (American Psychiatric Association, 2002).

Segundo Gomes & Coelho (2003) este distúrbio começa na adolescência, embora, em certos casos, possa começar na meia-idade.

A frequência pode estar ligada a factores de tensão psicossocial e, quanto à evolução, é usualmente crónica, em especial para os casos de pedófilos de preferência masculina (Boer et al, 1997).

Uma explicação da pedofilia mais consistente foi tentada em 1984 e tem sido usada como referência, até hoje, por Finkelhor (1984) Baseando-se nos estudos sobre agressores, vítimas e famílias, Finkelhor construiu um modelo que estabelece quatro factores possíveis para a causalidade. São eles:

1 – Congruência emocional: a relação sexual com uma criança satisfaz uma necessidade emocional importante.

2 – Excitação sexual: a criança é potencialmente a origem de gratificação sexual.

3 – Bloqueio: outras formas de obter prazer, socialmente aprovadas, são “bloqueadas”.

4 – Desinibição: não existem inibições em relação ao domínio da resistência da criança.

Deste modo, a partir daqui para a ocorrência de um acto pedófilo, seriam necessárias segundo Finkelhor (1984):

Motivação sexual, superação de factores inibidores internos, superação de factores inibidores externos e superação da resistência da criança.

Segundo Gomes & Coelho (2003), verificou-se em diversos estudos que, embora em proporções variáveis, um significativo de pedófilos sofreu abuso sexual na sua infância, embora permaneça a dúvida sobre se estes relatos de um abuso na infância são verdadeiros ou correspondem a formas enviesadas de auto-justificação e desculpa.

Segundo Briggs e Kennington (2006) o abuso sexual sofrido determinaria a pedofilia através de um mecanismo que implicaria:

A – Identificação com o primitivo agressor, através da qual é actualizada a situação. Aquele que foi abusado na infância transforma-se no agressor que o abusou;

B – Reacção de raiva, agora orientada para uma outra vítima jovem;

C – Progressão, como se o abusado progredisse numa “carreira” que o levasse da posição inicial subalterna de abusado à posição de “leader” – agressor; isto seria particularmente aplicável a casos de abuso prolongado na infância do actual agressor;

D – Abuso prévio do agressor como forma de fixação psicológica na infância.

Conclusão

Pode-se neste capítulo, entender quais as principais diferenças entre abuso sexual de crianças e pedofilia.

Apesar de não haver um consenso científico relativamente às diferenças entre abuso sexual e pedofilia, considera-se pertinente efectuar esta distinção para que seja de fácil entendimento as diferenças entre os vários tipos de agressores.

O conhecimento destas diferenças viabiliza uma intervenção eficaz.

CAPITULO II – AGRESSORES

Introdução

Tal como Manita (2005) refere, a intervenção em agressores, é uma área que, não obstante os crescentes apelos ao seu desenvolvimento, está longe de ser aceite de forma consensual ou pacífica pela sociedade em geral.

Uma das particularidades desta intervenção, é que ao contrário do que acontece no apoio às vítimas, se realiza com indivíduos que cometeram crimes, o que poderá desde logo colocar aos profissionais uma série de questões éticas e deontológicas.

Por tal, a literatura portuguesa sobre este tema é quase inexistente. Para efectuar este trabalho, foi necessário recorrer a literatura internacional, nomeadamente da Inglaterra e dos Estados Unidos da América, países onde as estratégias de prevenção e intervenção em agressores sexuais encontram-se actualmente desenvolvidas.

Assim, neste capítulo irá ser efectuada uma breve caracterização dos agressores, tendo em conta os factores explicativos, uma contextualização legal do fenómeno abuso sexual, e por fim, as diversas estratégias de prevenção e intervenção.

2.1– Caracterização dos agressores

Não há um “perfil” único que se descreva detalhadamente, ou que consiga abranger todos os molestadores de crianças (Prentky et al., 1997).

De acordo com Finkelhor (1984) a idade do abusador situa-se entre os 30-40 anos. Já Lopes et al. (1994) encontraram uma idade mediana (entre os 31 e 50 anos), muito semelhante ao estudo de Moura (1998) que situa os abusadores entre os 26 e os 45 anos.

São adultos novos e aparentemente normais que precisam de atenção, afeição e cuidados (Clark & Clark, 1989; Gelinas, 1983). São, frequentemente, pessoas que tiveram privação emocional precoce por perda, depressão ou doença da mãe, sendo dependentes, imaturas, inseguras, por vezes com mostras de sociopatias (Gelinas, 1983).

Normalmente, os abusadores foram abusados enquanto crianças e

Precisam desta interação com a criança, para dominar a sensação de vergonha, humilhação ou impotência que experimentaram enquanto criança pequena às mãos de um adulto (Finkelhor, 1984, pág. 38).

Um estudo clínico descobriu que 35% dos abusadores sexuais de crianças do sexo masculino tiveram uma história de abuso sexual e que a maioria deles foi abusada por um parente do sexo feminino (Glasser et al., 2001).

No que concerne a conceitos, “abusador” é uma tradução de “offender”. “Abusador sexual” é uma tradução de “sexual offender”, ou seja, aquele que comete um abuso sexual (Gomes & Coelho, 2003).

Separar os abusadores em “pedófilos” e “não pedófilos”, em determinadas situações, parece um preciosismo. Contudo tem vantagens: para compreender o fenómeno e preveni-lo, para o tratamento, por causa das preferências sexuais respectivas de um pedófilo e de um não-pedófilo, para o prognóstico (Gomes & Coelho, 2003).

Um abusador sexual de crianças não pedófilo não tem uma preferência erótica, marcada, por crianças. O abuso da criança ocorreu por substituição, ou por se tratar de um ambiente familiar perturbado, ou por ele próprio estar perturbado. Não há, dada a variedade de situações em que pode ocorrer o abuso, aquilo a que se chama um perfil, um padrão, do abusador sexual infantil não pedófilo (Gomes & Coelho, 2003).

Segundo Coleman e Miner (2000) um agressor sexual é um indivíduo que comete um crime sexual definido legalmente na sua cultura legal de jurisdição.

Portanto, e tal como defendem Gomes & Coelho (2003), avaliar os factores de risco é importante, quer para o diagnóstico e prognóstico, quer para a prevenção.

A partir da investigação, pode-se considerar que existem os seguintes factores de risco em relação à pedofilia: falta de empatia; falta de intimidade; distorções cognitivas;

abuso na infância (50 por cento); uso de álcool e drogas (50 por cento); 30 por cento dos agressores estão intoxicados, sobretudo com álcool, durante os actos de abuso; psicopatologia (12 por cento); e personalidade anti-social.

Estes factores de risco, são igualmente salientados por Coleman e Miner (2000) que afirmam que os agressores têm de si uma baixa auto-estima e que, no momento da agressão podem estar sob a influência de álcool ou de drogas.

2.1.1. O agressor em contexto extra-familiar

Muitos dos agressores encaram a sua relação com as crianças na perspectiva da vítima. Esta forma de racionalizar o comportamento, leva o agressor a considerar-se vítima do comportamento da criança, sendo esta atitude uma forma de negar a sua própria responsabilidade (Holmes, 1991).

Tingle, Bernard, Robbins e Newman (1986, cit. in Holmes, 1991) verificaram que estes agressores muitas vezes provêm de lares em que a mãe domina e em que o pai é passivo ou ausente.

O modo de abordagem mais comum para obter ganho de natureza sexual por parte da criança é a sedução, mas também pode passar pelo uso de força, pelo suborno e pela ameaça (Bóer et al., 1997).

Cada agressor sente-se atraído por crianças de um determinado sexo e de uma determinada faixa etária, sendo raros os que apresentam preferência por ambos os sexos (APA, 2002). O comportamento do abusador sexual de crianças engloba indivíduos que, em termos de orientação sexual, são heterossexuais e bissexuais, e a preferência apresentada pelo sexo das vítimas não reflecte necessariamente a sua orientação sexual (Holmes e Holmes, 1996). A maioria deste tipo de agressores não sofre de senilidade ou de problemas de natureza sexual.

Segundo Glasser (1988, cit in Holmes 1991) o resultado do seu desvio sexual deve-se a não serem capazes de se identificar com os outros podendo, desta forma, criar uma falsa imagem e uma falta de organização em gerir a culpa.

De uma forma geral, o agressor e a sua vítima conhecem-se antes do início dos seus actos de natureza sexual e, quando estes surgem, vão-se intensificando consoante a sua relação se torna mais próxima.

2.1.2. O agressor em contexto intra-familiar

O abuso sexual intra-familiar (incesto) corresponde a qualquer contacto sexual exploratório que ocorra entre familiares, independentemente do grau de parentesco. Esta definição supõe uma afinidade biológica/genética entre o adulto e a criança, integrando igualmente qualquer indivíduo que assuma um papel familiar na vida da criança, ou seja, inclui padrasto e o pai adoptivo (Russel, 1983 cit. in Cunha 2000).

O maior risco de abuso sexual está na comunidade local, dado que os abusos ocorrem, maioritariamente, dentro do seio familiar (família biológica/alargada) (Gomes & Coelho, 2003; Magalhães, 2002; ChildLine, 2003).

Num estudo realizado no Hospital Pediátrico de Coimbra (Canha, 2002) conclui-se que, nos casos de abuso sexual diagnosticados, os agressores são frequentemente o pai, os irmãos, os tios e os avós ou conhecidos da criança (Machado, 2002), e só uma pequena percentagem é provocada por estranhos.

Noutro estudo efectuado por Russel (1986 cit. in William e Finkelhor, 1990) foi possível verificar que 60% dos abusos são perpetrados pelo pai biológico e os restantes pelo padrasto.

Gold et al. (1996) constataram que o primeiro abusador incestuoso era, em 73%, o pai natural. Um resultado semelhante foi apresentado por Marques et al. (1998) que identificou, em 66% dos agressores, como sendo familiares e, destes 47,6%, era o pai natural e 25,4% o padrasto. De modo mais equilibrado, Fernandes (1990) refere que um

terço dos agressores são familiares, um terço são conhecidos da criança, mas não familiares e outro terço, não são conhecidos.

Pinto da Costa (1990), refere que em 84,8% das vítimas os agressores são conhecidos. Sendo que 14% era o pai o autor da agressão, 25,3% eram parentes (sem contar o pai) e, nos restantes 45,6%, por uma pessoa conhecida, e com 6% por um agressor desconhecido.

Tal perspectiva é, igualmente, defendida por Furniss (1987) que refere que a grande incidência de abusadores é de pais ou substitutos (padrastos), avós, amigos e conhecidos da família.

Giddens (2000) considera que é provável que a maior parte dos casos de abuso sexual seja praticada em contexto familiar e aponta, ainda, que a maioria dos estudos efectuados referem que cerca de 70% a 80% dos casos de incesto são entre pai e filha ou padrasto e enteada. Podem, também, ocorrer relações entre tio e sobrinha, irmão e irmã, pai e filho, mãe e filhos e, até mesmo, entre avós e netos. A grande maioria das vítimas abusadas sexualmente tem idades superiores a dois anos, embora existam muitos casos de abuso sexual com bebés.

Faller (2003) refere que o incesto é, em primeiro lugar, uma questão de abuso de poder numa relação intra-familiar, isto é, alguém com mais poder e, para satisfazer as suas próprias carências ou necessidades, abusa de alguém mais fraco e dependente. Refere ainda que, muitas vezes, o incesto também envolve, para além da violência sexual, a violência física e, por vezes, a violência psíquica.

São apresentadas várias causas para o incesto, nomeadamente:

- A moral social, isto é, a instabilidade de muitas famílias, a “revolução sexual” (que assume a prática do sexo fora do casamento), o livre acesso à pornografia e a falta de recursos sociais para denunciar abusadores são factores facilitadores para o abuso sexual (Magalhães, 2002);

- As famílias com padrões sociais disfuncionais tendem a gerar ambientes e condições favoráveis à modelagem de personalidades abusivas e, deste modo, toleram a prática do incesto, protegendo o violador. Estes comportamentos tendem a reproduzir-se em gerações futuras (Magalhães, 2002);
- Os indivíduos que nascem e que são criados no seio das famílias disfuncionais têm uma maior probabilidade de se virem a tornar abusadores (Faller, 2003).
- Os pais incestuosos provém de lares onde domina a violência física e/ou sexual, abuso de substâncias, negligência emocional e são indivíduos com baixa auto-estima (Magalhães, 2002);
- Quando o agressor é o pai biológico, a filha assume o lugar da esposa e este acto é acompanhado por uma suspensão da realidade. Este agressor utiliza o sexo como uma arma de poder e controlo (Hirsch, 1986, cit. in Holmes 1991).
- Existência de casos de incesto contra outro membro da família de origem, do abusador (Bennet, 1985, cit. in William e Finkelhor 1990; Brandon, 1985 cit. in William e Finkelhor 1990);
- Os pais incestuosos estão enfraquecidos na sua capacidade de empatia e de ligação afectiva, particularmente no que diz respeito às filhas (Parker, 1984; Parker e Parker, 1986, cit. in William e Finkelhor 1990). Associada a estas provas aparece a ideia das filhas correrem um maior risco de sofrerem abusos sexuais nas mãos de padrastos do que dos pais biológicos;
- O isolamento social e fracas aptidões sociais são, em geral, características do abusador de crianças (Arai & Finkelhor, 1986 cit. in William & Finkelhor 1990);
- Diversos estudos (Olson, 1982; Quinn, 1984; Saunders et al., 1986 cit. in William & Finkelhor 1990) verificaram que as famílias dos abusadores estão isoladas e são desorganizadas, conflituosas e antagonistas. Isto não quer dizer que as famílias sejam similares, pois diferentes patologias podem manifestar sintomas semelhantes.

- Em cerca de 70% dos casos, a mãe sabe do abuso e não faz nada para impedi-lo (Ringwalt et al., 1988, cit in Holmes 1991).

2.1.3. A mulher como agressora

A situação de abuso sexual mãe-filho(a) é considerada rara, mas O' Grady, 1988 (cit. in Holmes 1991) afirma que ela é mais comum do que se pensa. As mães mantêm relações incestuosas por diversas razões, entre elas, como a substituição do marido. Podem ser mulheres que sofreram abusos na infância (físicos e sexuais), episódios psicóticos e com história de abuso de substâncias e possuem uma inteligência mediana.

As mulheres são responsáveis por cinco por cento dos abusos de meninas e 20 por cento dos abusos de meninos. A agressora do sexo feminino é menos noticiada, talvez porque a natureza do abuso não implica, a maior parte das vezes, contacto físico: implica exibicionismo, telefonemas obscenos, masturbação em público e voyeurismo (Gomes & Coelho, 2003).

Finkelhor (1984) aponta algumas considerações possíveis, relativas à camuflagem do abuso sexual concretizado por mulheres:

- a) O abuso sexual perpetrado pela mulher é menos vezes percebido como abuso;
- b) A mulher poderá mascarar o seu comportamento sexual inapropriado melhor que o homem;
- c) A mulher comete tipos específicos de abuso que não são notificados ou avaliados;
- d) As ofensas sexuais perpetradas pelas mulheres são menos divulgadas, porque se enquadram mais facilmente nas relações familiares;

- e) Os abusos perpetrados por mulheres são menos divulgados, porque as vítimas são rapazes, que são mais relutantes que as raparigas a divulgar.

Por fim, Wakefield e Underwager (1996) afirmam que muito embora exista um número mais elevado de agressores do sexo masculino, o abuso sexual cometido por mulheres tem vindo a aumentar. Existem diferentes circunstâncias que levam as mulheres a enveredar por um tipo de comportamento dito de “abuso sexual de crianças” e estas circunstâncias diferenciam-se das dos homens.

Wolfe e Korsch (1994) explicam estas circunstâncias pelo facto de as agressoras serem mães solteiras, separadas ou divorciadas, e serem elas próprias maltratadas pelos companheiros. Caracterizam-nas ainda como sendo sós, socialmente isoladas, alienadas, com provável abuso na própria infância e com problemas emocionais.

2.2- Factores explicativos

Os resultados da investigação sobre a sexualidade e os comportamentos sexualmente agressivos permitem, hoje, apontar três ordens de factores na explicação da criminalidade sexual: biológicos, psicológicos e sócio-culturais (Gonçalves, 2004).

2.2.1 - Causas biológicas

Por questões éticas a investigação biológica sobre o comportamento sexual humano tem sido diminuta, resultando os principais avanços nesta área dos estudos em animais. Assim, por um lado, está estabelecido que as estruturas cerebrais implicadas no comportamento sexual se situam no sistema límbico e no hipotálamo, sendo claro, pelo menos nos indivíduos do sexo masculino, que a zona ou área pré-orbital média é a estrutura sexual mais importante, uma vez que a sua destruição provoca o total desaparecimento da actividade sexual. Uma outra estrutura cerebral decisiva é a amígdala, que se situa na base do lobo temporal, cujas disfunções reduzem o impulso sexual. Estas duas estruturas estão, também, conectadas entre si (Gonçalves, 1999).

O comportamento sexual humano é, ainda, controlado a nível hormonal, sendo o hipotálamo o principal centro regulador destas substâncias na corrente sanguínea. A testosterona é a hormona que é responsável pelo impulso e pela motivação sexuais nos indivíduos do sexo masculino. Alterações do nível desta hormona têm um impacto directo no comportamento sexual masculino (Gonçalves, 1999).

Finalmente, importa referir que a busca de prazer sexual constitui um importante motivador do comportamento humano, uma vez que a intensidade do prazer provocada pelo orgasmo converte-o num grande reforçador. Deste modo, é possível o aparecimento de comportamentos desviantes, ou mesmo criminosos, tendo como únicos desencadeadores a busca do prazer sexual (Gonçalves, 1999).

Existe evidência segura de que os centros cerebrais que controlam a conduta sexual são igualmente responsáveis pelo controle da agressividade, assim como a testosterona regula, também, os níveis de agressividade, pois, de acordo com vários estudos, os sujeitos mais agressivos eram os que manifestavam níveis mais altos desta hormona, sendo que esta relação começava a ser visível em jovens ou mesmo crianças a partir dos oito anos (Perez, 2002). Porém, convém referir que esta evidência se baseia em estudos correlacionais, que não nos permitem estabelecer relações de causalidade. Por outro lado, estudos em que foi ministrada testosterona a indivíduos com síndrome hipogonadal, viram o seu impulso sexual ser aumentado, mas não a sua agressividade. Tal sugere que deverão existir outros mecanismos de mediação e que os factores psicossociológicos poderão desempenhar um papel importante, quer como facilitadores, quer como repressores da conduta sexual agressiva (Carlson, 1999).

Lieverse et al. (cit. in Coleman e Miner, 2000) mencionam que a agressão sexual refere-se a uma desordem em resposta aos nervos.

2.2.2 - Causas psicológicas

Na explicação da conduta sexualmente agressiva encontra-se também uma forte componente psicológica.

De acordo com Bóer et al., (1997) foram identificados quatro factores relacionados com o desajustamento psicológico: psicopatias, identificando-se por psicoses, manias; deficiência mental; problemas de uso de substâncias, incluindo o consumo de álcool, consumo abusivo de medicamentos e drogas ilícitas e ideias de suicídio/homicídio, que incluem imagens e intenções afirmadas em fazer mal a si próprio ou a outrem. Dos quatro factores, o último é o que tem mais fraco suporte empírico.

Gonçalves (2004) refere que a componente psicológica tem a sua origem em padrões de vinculação inapropriados, que podem surgir pela existência de progenitores portadores de distúrbios mais ou menos acentuados da personalidade, ou cujo relacionamento com os filhos não logra atingir laços de afecto estruturantes e duradouros o que, por sua vez, origina crianças e jovens psicologicamente vulneráveis.

É comum distinguirem-se quatro tipos de relacionamento ou padrões de vinculação entre pais e filhos: a vinculação segura, vinculação evitante a vinculação ambivalente/resistente e vinculação desorganizada/desorientada (Papalia et al., 2001).

A vinculação segura é aquela que permite à criança, e mais tarde ao jovem, aceder ao mundo que o rodeia, ciente das suas qualidades, dotado de uma auto-estima equilibrada e de um autoconceito positivo. Assim, o jovem confia nas suas qualidades e capacidades, mas também nas dos outros, envolvendo-se nos relacionamentos, crente nos benefícios que pode vir a ter, mas também suficientemente forte para resistir às adversidades e frustrações que podem ocorrer. Os fracassos nas relações interpessoais (isto é, não lograr atingir o objectivo pretendido/não ser correspondido), embora eventualmente dolorosos, não o fazem desistir de intentar outros relacionamentos, nem tampouco o compelem a adoptar estratégias desviantes ou violentas para os obter (Papalia et al., 2001).

Finalmente, quando os pais são frios ou distantes e reduzem ao máximo o contacto com os seus filhos, não lhes proporcionando qualquer afecto, instala-se o padrão de evitação. Assim, as crianças criadas neste tipo de relacionamento tendem a desconfiar dos outros e evitam a todo o custo o relacionamento interpessoal. Mais uma vez, a sua auto-confiança e auto-estima são baixas e dispõem de poucos recursos (porque não os

ensinaram) para lidar adequadamente com os problemas gerados pelo contacto com outras pessoas. Preferem, pois, ignorá-las (vê-las como objectos em vez de pessoas), ou agir de forma impulsiva, desabrida ou esquivada, aumentando, assim, a probabilidade de cometerem actos anti-sociais ou criminosos (Papalia et al., 2001).

Por seu lado, a vinculação ambivalente/resistente resulta de um relacionamento parental, em que os pais oferecem pouco ou nenhum apoio ao jovem e são inconsistentes na forma como respondem às solicitações do filho, ora punindo, ora reforçando. Tais jovens tendem a desenvolver um autoconceito negativo e se, por um lado, anseiam estar próximos de outras pessoas, ao mesmo tempo, temem ser rejeitados. Pouco dotados de competências de relacionamento interpessoal (porque não as receberam), buscam, simultaneamente e de forma por vezes excessiva, a atenção dos outros (Papalia et al., 2001).

Por fim, na vinculação desorganizada/desorientada, a criança após ter sido separada da sua figura de vinculação, apresenta comportamentos contraditórios face ao regresso dessa mesma figura. As crianças normalmente, parecem confusas e com medo. Este poderá ser o padrão menos seguro. Os pais que se vinculam com os filhos de forma desorganizada/desorientada, normalmente sofreram um trauma não resolvido, tal como perda ou abuso (Main & Hesse cit. in Papalia et al., 2001).

Assim, de uma forma ou de outra, estes padrões evidenciam uma forte componente de vulnerabilidade psicológica, que predispõe para o risco de vitimação ou a tendência para vitimizar (Marshall & Barbaree, 1990).

Para explicar as condutas dos agressores de menores, as teorias psicodinâmicas partem da premissa de que o adulto não tem segurança para se relacionar com outra pessoa adulta e que a pedofilia se deve a conflitos édipos não resolvidos (Finkelhor, 1996).

O complexo de Édipo referido por Freud é caracterizado por querer-se possuir o progenitor do sexo oposto e, como consequência, matar o progenitor do mesmo sexo, tudo isto ocorrendo no plano da fantasia (Papalia et al., 2001).

Para o seu desenvolvimento psicosexual prosseguir de forma saudável, a criança deve resolver os conflitos gerados por criar fantasias, para não as cristalizar em problemas psicológicos na vida adulta, inclusive perversões. A persistência destes conflitos não resolvidos com os progenitores dificulta ao “agressor” a relação com adultos e fá-lo dirigir-se de preferência para as crianças (Papalia et al., 2001).

Por outro lado, a teoria do Eu pressupõe que os pedófilos não desenvolveram uma noção saudável do *self* (de si próprio) e se identificam com as crianças como na inversão narcisista, significando que o adulto continua enamorado da criança que foi e, na impossibilidade de prosseguir estar enamorado, projecta-o outra criança, tornando-as no seu objecto de amor (Papalia et al., 2001).

Dentro desta perspectiva psicodinâmica, inclui-se a abordagem da reconstrução do evento traumático em que o adulto vítima de abuso sexual na infância agride outras crianças como forma de enfrentar os danos resultantes da sua experiência. Esta reconstrução pode ser o resultado da identificação com o seu próprio agressor ou a aquisição de uma vingança simbólica pelo que lhe sucedeu a ele próprio.

2.2.3 - Causas sociais, económicas e culturais

A investigação também tem demonstrado que existe um conjunto de variáveis económicas, sociais e culturais que estão presentes na hora de explicar os delitos sexuais. Assim, é bastante frequente a associação em crimes de abuso sexual de menores intra-familiar (incesto) em lares onde a pobreza é maior, as condições de habitação são deficientes e em que, frequentemente, existe muita promiscuidade na partilha dos espaços de dormir e de higiene (Gonçalves et al., 2003).

Em tais ambientes também é comum a prática da prostituição por parte da progenitora que, deste modo, pode criar um padrão modelador de actividade sexual precoce nas suas filhas e encorajador de práticas sexuais inapropriadas entre irmãos e irmãs. Os rapazes, por seu lado, tendem a desenvolver crenças acerca da sexualidade como uma função baseada na exploração sexual, no exercício do poder dos homens sobre as mulheres, que

conduz ao seu envolvimento precoce em actividades de lenocínio ou à exibição de comportamentos sexualmente abusivos (Meyer, 2002).

A existência de mitos variados acerca da sexualidade, fundados em muitos casos num modelo de sociedade patriarcal, cristalizados por uma moral vitoriana ou uma religiosidade doentia, são também factores a ter em conta na explicação dos crimes sexuais. Tais mitos, que tendem a dar sentido a muitas distorções cognitivas evidenciadas pelos agressores sexuais, têm vindo a sofrer modificações ao longo dos tempos, às vezes de forma drástica, desde pensar-se que as fantasias sexuais são sinónimo de pecado e indicam a presença de pouca força de vontade, até à sua concepção mais recente em que são descritas como inofensivas e incapazes de conduzir a mudanças do comportamento (Meyer, 1992).

Gonçalves (2004) aponta dois factores que reflectem a falha na função apropriada nos papéis sociais. *Problemas de relacionamento* referem-se à falha do indivíduo em manter estável longas relações de intimidade enquanto adulto. *Problemas de empregabilidade* referem-se à falha do indivíduo em atingir e manter um emprego estável.

O mesmo autor apresenta três factores que reflectem a predisposição do indivíduo face a um comportamento anti-social e que também predizem a violência sexual: *ofensas violentas não sexuais*, tal como roubo ou assaltos; *ofensas passadas não violentas*, tal como ameaças ou fraude; e *falhas de supervisão*, que incluem falhas em acatar decisões de tribunais ou agências de justiça criminal.

Gonçalves (2004) refere ainda, dois factores que reflectem o desajustamento psicosexual do indivíduo: desvio sexual e vítimas de abuso sexual. O primeiro refere-se à presença da parafilia. É necessário salientar que nem todos os agressores sexuais sofrem de parafilia. No entanto, estes factores constituem um risco para eles agirem segundo os seus impulsos sexuais e fantasias.

A vítima de abuso sexual é aqui incluída porque a vitimação é um factor de risco geral para a criminalidade e violência e, mais importante, porque a vitimação sexual na infância pode predizer a violência sexual na adolescência ou na adultez.

2.3. Contextualização legal do Abuso Sexual

Abordar juridicamente a questão do abuso sexual poderá fazer-se sob duas perspectivas: a tutelar ou de protecção, tendo em conta a defesa e a protecção da criança removendo o perigo em que a mesma se encontra, e a criminal, que visa a punição do agressor.

Este ponto centraliza-se na segunda perspectiva, no âmbito penal, cujo regime se encontra consagrado no capítulo V do Código Penal, que trata especificamente “Dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual”.

É pois neste domínio que se discute a natureza jurídica do crime de abuso sexual de crianças, ou seja, se se trata de um crime público ou semi-público.

O primeiro não exige apresentação de queixa para que se dê início ao procedimento criminal, ou seja, os valores ofendidos e violados foram de tal forma graves que o legislador entende que basta a denúncia dos factos e o conhecimento dos mesmo pelo Ministério Público para que este abra o processo-crime.

Considera-se semi-público os casos em que é necessária a denúncia por parte da criança ou pelo seu representante legal.

A Lei nº 99/2001 de 25 de Agosto veio definitivamente alterar a natureza do crime de abuso sexual de crianças até aos 14 anos consagrado no art. 172º do Código Penal.

Assim, tratando-se de crianças até aos 14 anos e como tal, as situações abrangidas apenas pelo art. 172º do CP – o art. 178º n.º 1 alínea b) do CP deixa de exigir a apresentação de queixa para que o Ministério público abra procedimento criminal:

Quando o crime for praticado contra menor de 14 anos e o agente tenha legitimidade para requerer sobre a vítima poder paternal, tutela ou curatela, ou a tiver a seu cargo” (art. 178º n.º 1 alínea b).

Deste modo, as vantagens da alteração da natureza jurídica do crime de abuso sexual de crianças até aos 14 anos tornando-o crime de maus-tratos – colocam-se precisamente nos casos em que o abuso ocorre no seio da família.

Quanto aos demais crimes sexuais previstos e punidos no Código Penal, respectivamente nos artigos 173º, 174º e 175º (abuso sexual de menores dependentes e actos homossexuais com menores) e porque todos eles versam sobre menores cuja faixa etária se situa entre os 14 e os 16 anos, mantém-se o regime legal estabelecido pela Lei n.º 2/98 de 2 de Setembro, ou seja, a abertura ou não do processo-crime por parte do Ministério Público continua a depender do que for avaliado caso a caso ser o interesse da vítima (art. 178º n.º 4 CP).

Já no art. 70º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, relativamente à obrigatoriedade da comunicação que versa sobre as entidades com competência na área da infância e da juventude e comissões de protecção ao Ministério Público ou às entidades policiais, sempre que os factos que tenham determinado a situação de perigo sejam crime, com vista a permitir ao Ministério Público dar início ao respectivo processo-crime.

Quanto às penas de prisão, no caso de o agente praticar acto sexual de relevo com ou em menor de 14 anos, ou levar a praticá-lo consigo ou com outra pessoa, a pena é de 1 a 8 anos, no caso de acto sexual tratar-se de cópula, coito anal ou coito oral a pena é de 3 a 10 anos. (art. 172º do CP). A mesma situação, no entanto, praticada pelo agente a quem tenha sido confiado o menor entre os 14 e 18 anos para educação ou assistência, é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos (art. 173º do CP). No caso, de haver abuso da inexperiência do menor a pena de prisão é de 2 anos ou pena de multa até 240 dias (art. 174º do CP).

Quando se trata de actos de carácter exibicionistas, conversas obscenas, a utilização do menor de 14 anos em fotografia, filme ou gravação pornográficos, o agente é punido com pena de prisão até três anos (art. 172º do CP)

Está disposto no artigo 175º do CP que quem, sendo maior, praticar actos homossexuais de relevo com menor entre 14 e 16 anos, ou levar a que eles sejam por este praticado com outrem, é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.

Por fim, quem fomentar, favorecer ou facilitar o exercício da prostituição de menor entre 14 e 16 anos, ou a pratica por este de actos sexuais de relevo, a punição é a prisão de 6 meses a 5 anos (art. 176º do CP). Já quem levar o menor de 16 anos à prática em país estrangeiro, da prostituição ou de acto sexuais de relevo é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos. De igual forma, encontra-se disposto no artigo 176.º do CP, que se o agente usar da violência, ameaça grave, ardil ou manobra fraudulenta, actuar profissionalmente ou com intenção lucrativa, ou se aproveitar de incapacidade psíquica da vítima, ou se esta for menor de 14 anos, é punido com pena de prisão de 2 a 10 anos.

O sistema de justiça criminal desempenha entre outras funções, o garantir a possibilidade de tratamento dos agressores e abusadores. Embora possa haver lugar à procura voluntária de tratamento por parte destes, parece haver, com muita frequência, uma tendência para o abandonar em contexto de voluntariado (Vidal cit. *in* APF, 1997).

Reconhece-se que o sistema de justiça criminal não resolve por si o problema de abuso sexual de menores, já que alguns agressores não serão dissuadidos pela acusação, julgamento e condenação.

Alguns agressores não se reabilitarão no sistema prisional e de tratamento de delinquentes e poderão vir a reiterar as condutas e reincidir após o cumprimento da pena.

2.4– Estratégias de prevenção e intervenção

Segundo Alberto (2004) em relação ao abusador, há que ter o cuidado de não apresentar atitudes punitivas e acusadoras, uma vez que se considera que ele é, também, em certa medida, vítima de outros factores, que o precipitam para o abuso (Furniss, 1992; Giarretto, 1982 cit. *in*, Alberto, 2004). Como tal, deve ter ajuda terapêutica, para que o sistema familiar seja melhorado, alterando as situações que favoreceram o maltrato

infantil. O abusador sexual, por exemplo, é o sujeito mais difícil na intervenção, convencido de que ao quebrar o tabu do incesto perdeu o seu lugar na sociedade e está a ser perseguido pelo sistema judicial criminal.

No que concerne à prevenção desta problemática, de acordo com Briggs e Kennington (2006), os três níveis da prevenção referem-se a:

- Primária – prevenindo algo que nunca aconteceu;
- Secundária – identificar e trabalhar os riscos dos indivíduos;
- Terciária – prevenir a reincidência.

É difícil transferir os conceitos de forma a não atingir críticas no campo do abuso sexual e realizar intervenções com base nas três categorias. No entanto, foi sugerido (Marshall & Redondo, 2002) que a transferência das categorias para esta área seria, por exemplo:

- Primária – campanhas educativas acerca do comportamento dos agressores; atenção para a forma que as crianças são criadas;
- Secundária – alcançar os jovens que revelem um comportamento ligado ao abuso sexual; ter em atenção as pessoas que revelem ter factores de risco; tratar pela primeira vez e/ou os agressores mais jovens;
- Terciária – tratamento, supervisão, monitoramento dos agressores sexuais identificados (incluindo os reclusos)

2.4.1 Prevenção primária e secundária

A prevenção primária passa essencialmente pela implementação da investigação, da formação de profissionais, da sensibilização/informação pública, modificação da legislação e implementação de serviços específicos (Alberto, 2004).

Já a prevenção secundária, passa por aplicar estratégias que devem ser integradas numa abordagem ecológica.

O ideal seria implementar e desenvolver de forma sistemática a prevenção primária e a secundária, uma vez que permitiria reduzir o número de casos, o que deveria ser a intenção primeira de qualquer grupo social e profissional, mas a realidade mostra-nos que é para a prevenção terciária, ou intervenção, que se canalizam mais esforços (Alberto, 2004).

Marshall & Redondo (2002) argumentaram que pouco ênfase foi dado à prevenção primária e à secundária

No entanto, em seguida apresentam-se algumas estratégias afim de efectuar a prevenção primária e secundária.

2.4.1.1 - Campanha de educação e saúde pública

Para Sanderson (2005) separar os factos da ficção e dissipar mitos e crenças estereotipadas sobre o abuso sexual é essencial que a informação correcta seja oferecida não somente às crianças, aos pais e profissionais, mas também a todos os adultos.

Uma campanha de educação e saúde pública nacional efectiva requer recursos apropriados e estratégias transversais do governo, que envolvam também o Ministério da Saúde, e não apenas os sistemas de justiça criminal e as agências de protecção à criança. Essa campanha precisa de explicar os riscos reais apresentados pelos abusadores e a necessidade de serviços de tratamento local, para que estes possam ser apoiados pela comunidade.

Uma campanha de educação e saúde pública que objective não apenas as crianças e profissionais, mas também os pais e demais adultos, é a única forma de assegurar uma filosofia preventiva que possa promover mudança de atitude.

Já Briggs & Kennington (2006), propõem panfletos e linhas de apoio para pessoas preocupadas com o seu comportamento ou o de outra pessoa. O público precisa de aprender estratégias que os agressores sexuais usam para controlar as crianças, a fim de prevenir que o façam em organizações vulneráveis, em lugares públicos que as crianças frequentem e em famílias.

No Reino Unido e na Irlanda a *Faithfull Foundation* e a *National Organisation for the Treatment of Abusers* (NOTA) apoiaram-se no trabalho promovido por Findlater & Hughes (2004). Esta iniciativa foi financiada pelo Ministério dos Assuntos Internos. Entre a sua concepção em Junho de 2002 e Março de 2004, 871 pessoas telefonaram. Desses, 37% (325 indivíduos) estavam preocupados com o seu comportamento (Stop It Now!, 2005). Alguns agressores e potenciais agressores foram referidos para lidarem com o seu comportamento.

2.4.1.2 - Comunicação Social

É essencial que esta colabore com todas as campanhas nacionais de educação de saúde pública, apoiando as mensagens e divulgando a informação adequada. A comunicação social exerce uma poderosa influência na formação e perpetuação de atitudes e crenças (Sanderson, 2005).

Em Portugal, por exemplo, a preocupação social sobre esta temática aumentou dado à ênfase dada pela comunicação social ao caso da Casa Pia.

2.4.1.3 - Implementar programas de prevenção nas escolas

Em Portugal, existe o programa de prevenção do Abuso Sexual sobre Menores, no qual, uma das estratégias passa pela implementação de programas de prevenção nas escolas. Os mesmos devem inserir-se nos programas de educação sexual ou nos programas de promoção para a saúde. Um dos objectivos é que as crianças deverão ter conhecimentos prévios em educação sexual que lhes assegure uma visão positiva da sexualidade (<http://www.drec.min-edu.pt/abuso/filme3.swf>).

Estes programas para além de ter como objectivo proporcionar às crianças e jovens competências para a prevenção do abuso e motivar para a denúncia das situações conhecidas. Da mesma forma, que potenciais abusadores poderão, deste modo, absorver uma cultura afectivo-sexual que inclui o reconhecimento da igualdade entre os sexos, o respeito pelo “outro” e o repúdio por relações de poder ou submissão (<http://www.drec.min-edu.pt/abuso/filme3.swf>)

Nesta linha de pensamento, em Portugal, foi aprovada a Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) em 14.10.86, o n.º 2 do artigo 47º que contempla a Educação Sexual nos currículos escolares integrando-a numa área disciplinar – a Formação Pessoal e Social. Esta abordará temas relacionados com a vida, nomeadamente, no que respeita à protecção do ambiente, à cidadania, à família, saúde em geral, entre outros. Toda esta temática terá que ser abordada tendo em conta o processo de desenvolvimento pessoal e social das crianças e dos jovens.

Em Outubro de 1998 é aprovado um Relatório Interministerial para a Elaboração de um Plano de Acção em Educação Sexual e Planeamento familiar.

A Lei n.º 120/99 é tomada em Resolução de Conselho de Ministros e publicada a 11 de Agosto de 1999 e tem como principal objectivo “reforçar as garantias do direito à saúde reprodutiva”. Prevê a implementação nos estabelecimentos de ensino básico e secundário de um programa para a promoção da saúde e sexualidade humana, através do qual será proporcionada adequada informação sobre variados assuntos, entre os quais, relações interpessoais/partilha de responsabilidades e igualdade entre géneros.

Neste Decreto estão também previstos, Planos de Formação para professores, dos quais constam acções específicas sobre Educação Sexual e Reprodutiva.

Concluindo, o quadro legal e normativo existente legitima a existência da Educação Sexual, como componente da educação.

O projecto educativo de cada escola deve integrar estratégias de promoção da Saúde Sexual tanto no desenvolvimento do currículo como na organização de actividades de enriquecimento curriculares (Dec. Lei n.º 115-A/98).

Nos nossos dias, falar de educação sexual deve ser com o intuito de contribuir para uma interligação entre as várias áreas de aprendizagens que estão directamente ligadas com a dimensão sexuada humana, nas vertentes biológica, psico-afectiva, relacional e cultural. Partindo destes pressupostos, destacamos Sampaio (2000 pp. 21-23) que descreve a educação sexual em meio escolar como:

Um processo de desenvolvimento de capacidades, através da assimilação pessoal de informação, conceitos, comportamentos e valores. Pretende-se através dela, desenvolver todas as dimensões humanas: o corpo, o intelecto, os afectos, o social a ética e (...) em que cada um tem direito às suas diferenças, às suas formas próprias de viver a sexualidade. De aceitarmos, com respeito, a decisão dos outros e diferença.

Assim, a educação sexual em meio escolar pode ter um grande contributo na “formação pessoal e social dos indivíduos e para a promoção da saúde sexual” (Marques, 2000 p.15)

Os objectivos de uma educação sexual no âmbito escolar podem ser agrupados em três grandes grupos, em função do domínio que pretendem atingir – conhecimentos (por exemplo, dos tipos de abusos sexuais e das estratégias dos agressores), sentimentos e atitudes (por exemplo, a reflexão e crítica face aos papéis estereotipados socialmente a homens e mulheres) e por fim o desenvolvimento das capacidades individuais (nomeadamente, reconhecer situações de abuso sexual, identificar soluções e procurar ajuda) (Marques, 2000 pp. 29-30).

2.4.1.4 - Treino de todos os profissionais de investigação criminal

Há uma necessidade enorme de assegurar que todos os profissionais envolvidos no sistema de justiça criminal, entre eles, advogados, promotores e juizes, recebam treino adequado sobre o abuso sexual, para que tenham uma compreensão mais profunda sobre as questões complexas envolvidas nele, tais como padrões de abuso, diferenças entre

abuso sexual familiar e abuso externo à família, impacto do abuso múltiplo e organizado. Apenas quando todos estes aspectos estiverem adequadamente compreendidos é que os profissionais do sistema de justiça criminal poderão tomar decisões apropriadas e implementar mudanças legislativas que protejam, de facto, a criança e estimulem a prevenção do abuso sexual nos seus países (Briggs & Kennington, 2006).

Existe a necessidade de haver em todos os departamentos de polícia, com a respectiva competência investigatória, uma abordagem coordenada ao abuso sexual de menores, que seja feita por equipas adequadamente formadas e treinadas. Por isso, as alterações legislativas não resultam enquanto não forem treinados de forma adequada os que as devem implementar (Coleman. & Miner, 2000).

Neste domínio a informação torna-se fundamental quando relacionada com a formação e o treino dos aplicadores da lei. Trata-se de dois planos essenciais: o da Formação e Treino e o da Investigação e Pesquisa. No entanto, é ainda aparente a falta de conhecimento, competências, formação e supervisão daqueles que têm o dever de lidar eficazmente com os casos de abuso sexual de menores, sejam investigadores, magistrados ou trabalhadores sociais. O resultado pode ser o de as vítimas não lograrem o apoio necessário e os agressores não serem levados a tribunal (Coleman. & Miner, 2000).

Esta importância foi focada num estudo realizado por Davey e Hill (1999) em que foi possível verificar que a formação específica (tal como acções de formação e workshops) influenciava as atitudes de alguns profissionais, nomeadamente os psicólogos, contudo, constatou-se que a formação não teve qualquer efeito significativo nas crenças dos profissionais.

Impõe-se, por conseguinte, uma abordagem coordenada nos casos que envolvam abuso sexual de menores que implique trabalhadores sociais, a polícia, os magistrados, terapeutas e clínicos. A respectiva concretização pode resultar de protocolos de procedimentos que facilitem a coordenação que devem ir além de um plano meramente formal. A este propósito, sistemas comparados revelam que o aspecto mais importante,

é o de definir um sistema de controlo que acautele a abordagem coordenada que é aplicada ao nível local.

Assim, será desejável que os investigadores especializados e o pessoal de chefia beneficiem de formação multidisciplinar especializada com um mínimo de duração que lhes permita tratar do abuso sexual de menores (Coleman, & Miner, 2000).

2.4.2. Prevenção terciária ou Intervenção

A prevenção terciária constitui a própria intervenção. Dentro desta perspectiva coloca-se o trabalho de Furniss (1992) ao considerar três tipos básicos de intervenção: Intervenção Primária Punitiva, Intervenção Primária Protectora da Criança e Intervenção Primária terapêutica. Seguidamente, falaremos das intervenções exceptuando a intervenção primária protectora da criança, uma vez que é mais voltada para as crianças.

2.4.2.1 – Intervenção Punitiva Primária (IPP)

Este termo descreve qualquer intervenção, por qualquer profissional, que tenha como alvo a pessoa que abusa, com o objectivo de puni-lo como perpetrador, de acordo com uma explicação monocausal do abuso sexual.

Qualquer intervenção criminal pela polícia e tribunais é, por definição, punitiva, quando actos ilegais estão envolvidos. No abuso sexual da criança, a Intervenção Punitiva Primária é dirigida contra a pessoa que cometeu o abuso, que muitas vezes é colocada na prisão. A remoção e condenação da pessoa que cometeu o abuso é baseada numa atribuição monocausal, não apenas de responsabilidade, mas também de actividade, culpa, acusação e poder, que são imputados somente à pessoa que abusou (Furniss, 2002).

2.4.2.2 – Intervenção Terapêutica Primária (ITP)

Este nível de intervenção não tem como objectivo punir as pessoas que cometeram abuso, mas sim modificar os relacionamentos familiares.

Os sete objectivos e etapas seguintes de tratamento constituem a base da Intervenção Terapêutica Primária:

1- Bloquear a continuação do abuso sexual

Furniss (2002) defende que o primeiro passo na terapia deve ser bloquear a continuação do abuso sexual. No caso dos agressores seria a remoção de casa (se se tratar de abuso sexual intrafamiliar).

2– Estabelecer os factos do abuso e o abuso como uma realidade familiar compartilhada;

3– Assumir da responsabilidade do abuso pelo pai

Nesta etapa, a pessoa que cometeu o abuso precisa de assumir a total e única responsabilidade pelo abuso sexual. No momento em que o abusador aceita a única responsabilidade pelo abuso sexual, ele torna-se um “verdadeiro” pai para o seu filho/sua filha (Furniss, 2002).

4 – Responsabilidade parental pelos cuidados gerais

É importante que ambos os pais estejam presentes no primeiro encontro familiar em que o abuso é discutido. Embora o abusador seja o único responsável por ele, os progenitores não-abusivos e os abusivos devem assumir igual responsabilidade, como casal parental, pelos cuidados gerais e bem-estar dos seus filhos (Furniss, 2002).

5- Trabalho com a díade mãe-criança

Depois do abuso sexual entre o pai e a criança ser bloqueado e de ambos os pais assumirem igual responsabilidade paterna, a terapia precisa focar o relacionamento entre a mãe e a criança. O trabalho referente ao relacionamento mãe-criança é tanto terapêutico quanto preventivo. Ele objectiva tornar a mãe uma pessoa emocionalmente mais central e protectora, em que a criança possa confiar para ser acreditada e não rejeitada quando tentar encontrar protecção caso o abuso continue (Furniss, 2002).

6 – Trabalho com os pais como parceiros

Uma vez que as questões parentais tenham sido manejadas primeiro separadamente, os problemas de casal podem ser tratados. Durante a terapia de casal, o foco do trabalho é a divisão entre as expectativas emocionais e sexuais de cada um dos parceiros (Furniss, 2002).

7 – Trabalho com a díade pai-criança

Uma vez que os problemas básicos na díade-criança e na díade mãe-pai tenham sido manejados, é mais fácil voltar à díade pai-criança.

De uma forma geral, com resultado de uma Intervenção Punitiva Primária, os abusadores geralmente são mandados para a prisão. De certa forma, o facto do abusador ficar detido na prisão significa que a primeira etapa de tratamento da Intervenção Terapêutica Primária, de parar o abuso, foi realizada.

A redefinição de uma Intervenção Punitiva Primária numa Intervenção Terapêutica Primária pode provocar alguns problemas práticos. Pode ser muito difícil encontrar nas prisões o espaço e as salas em que seja possível realizar um encontro familiar numa atmosfera de privacidade.

2.4.2.3 - Tratamento

Pode-se considerar que o tratamento é um processo e tem três momentos fundamentais: avaliação, terapêutica e prevenção de recaída (Briggs & Kennington, 2006).

1. A avaliação

É fundamental e exige um enorme rigor. Consiste, aliás, em várias avaliações:

Em primeiro lugar, a avaliação do comportamento sexual, através de entrevistas clínicas e de questionários específicos, para os quais existe uma série de modelos muito aperfeiçoados (Briggs & Kennington, 2006).

Em segundo, a avaliação psicopatológica, que inclui as formas de interacção social e afectiva

Em terceiro lugar, a avaliação social, por técnicos do serviço social.

E por fim, em quarto lugar, a avaliação das preferências sexuais, através da falometria. Esta última, extremamente importante, requer, como se calcula, uma grande perícia técnica e é fundamental, não só para a avaliação, como depois, para controlar a eficácia das medidas terapêuticas (Idem).

Quando todos estes dados foram obtidos, pode dar-se, então, início à terapia. A sua duração média calcula-se em dois anos (Idem).

2. Terapêutica

As formas de tratamento – os formatos terapêuticos – integram, em geral, terapias cognitivas-comportamentais e intervenções farmacológicas (uso de fármacos).

Com as terapias cognitivas-comportamentais pretende-se extinguir fantasias, comportamentos e impulsos desviantes (a atracção por crianças e a prática de actos sexuais com crianças) e corrigir as distorções cognitivas (as justificações que os agressores encontram para os seus actos) que estão sempre presentes neste tipo de desvios (Salter, 1988).

O tratamento cognitivo-comportamental procura alterar as crenças e percepções sexuais distorcidas do ofensor, reduzir o estímulo sexual desviante e aumentar a estimulação de comportamentos ou parceiros adequados. O objectivo é fazer com que os ofensores compreendam e tenham a responsabilidade pelas suas acções e aprendam competências para controlarem os seus comportamentos desviantes. O tratamento cognitivo-comportamental inclui uma variedade de métodos de tratamento e combina técnicas de controlo com terapias do tipo individual, de grupo e/ou terapia familiar. Esta abordagem é a mais utilizada pelos programas americanos (Salter, 1988).

O tratamento deve ser individualizado e deve incluir uma cuidada avaliação da situação, bem como as capacidades, personalidade e comportamentos do indivíduo. Um programa terapêutico deve utilizar uma abrangente variedade de técnicas baseadas na teoria da aprendizagem (Briggs & Kennington, 2006)

O tratamento deve trabalhar ao nível da autoconfiança dado que uma baixa auto-estima pode ser um factor importante no aparecimento do comportamento. Para mudar tal comportamento é preciso acreditar que se é capaz (Marshall & Barbaree, 1990). Assim, deve trabalhar as competências sociais e o deficit ao nível da intimidade.

De acordo com Gomes & Coelho (2003) o tratamento é complexo e, principalmente nos casos mais graves, dos agressores sexuais, tem uma característica específica. Se não resultar, tudo indica que o indivíduo voltará a cometer uma agressão sexual.

Então, o objectivo da terapia num pedófilo deve consistir na gestão dos seus impulsos para o contacto sexual com crianças. Um factor chave no sucesso de qualquer tratamento com pedófilos será o de motivá-los para a mudança. A maioria dos pedófilos

mostra-se resistente à mudança do seu padrão de comportamento sexual que eles percebem como positivo e recompensador (Briggs & Kennington, 2006).

Segundo Coleman e Miner (2000) o tratamento psicológico refere-se ao conjunto de terapias concebidas para tratar agressores sexuais. Diferentes tratamentos são baseados em diferentes teorias psicológicas e psiquiátricas com base na origem da parafilia sexual, como por exemplo, as teorias psicanalíticas, cognitivas, comportamentais, da aprendizagem social e teorias do sistema familiar. O apoio psicológico e psiquiátrico pode ser aplicado individualmente, em casal, familiar ou reuniões de grupo. O objectivo do tratamento é prevenir futuros comportamentos desviantes e futuras vitimações a outrem (Briggs & Kennington, 2006).

Segundo os mesmos autores, no que concerne ao tratamento biomédico, usa-se o tratamento farmacológico. A terapia farmacológica inclui (mas não se limita a) o uso de anti-androgénios, anti-depressivos, anti-ansiolíticos, anti-epilépticos, anti-psicóticos, e/ou outros medicamentos (Briggs & Kennington, 2006).

Outra estratégia de tratamento utilizada é a abordagem biológica que inclui, castração cirúrgica, tratamento hormonal e farmacológico e psicocirúrgico. O racional teórico assenta na ideia de que reduzindo o impulso sexual as ofensas sexuais serão prevenidas (Idem).

Quinsey e Marshall (1983 cit. in Boer, et al 1997) mostraram que não existem evidências da investigação que demonstrem a eficácia da castração no comportamento sexual. Dado que a maioria dos homens castrados, de alguma forma, continuam a sua actividade sexual.

Hall (1995 cit. in Coleman & Miner (2000), refere, no entanto, um estudo conduzido na Alemanha que mostra que a castração leva a uma menor reincidência.

Algumas medidas para o tratamento do agressor, são sugeridas por Salter (1988), tais como a terapia de grupo.

Recentemente, a abordagem terapêutica mais comum nos EUA era a terapia de grupo, que consiste numa confrontação algo hostil e punitiva, bem como uma variedade não sistemática de conceitos psicanalíticos e a tradicional *talking therapy*.

Segundo Salter (1988) muitos programas requeriam a admissão de culpa para que os agressores pudessem ser admitidos nestes mesmos programas. Todo o tratamento nas prisões implica um assumir da culpa para o sucesso do programa.

Um número indeterminado de pessoas acusadas quer pela família, quer pelos tribunais de abuso sexual infantil, são de facto inocentes (Underwager & Wakefield, 1996 cit. in Coleman & Miner, 2000).

Quando uma pessoa inocente é acusada e inicia tratamento com esperança de, por exemplo, ser-lhe permitido ter um relacionamento com os seus filhos ou de vir a beneficiar com o tratamento, isto pode constituir uma situação desastrosa (Sanderson, 2005).

No entanto, é importante intervir em indivíduos que negam o abuso. Devido a esta importância, Maletzky (1996) cit. in Gonçalves (2004), desenvolveu um grupo cognitivo-comportamental e um programa individual para aqueles abusadores que negam o crime, e conclui que:

- a) Apenas cerca de 60% dos que entraram no programa negando completamente o abuso admitiram, no final do programa, alguma coisa.
- b) O grupo era mais eficaz na mudança verbal do que individualmente.
- c) Os que mudaram verbalmente obtiveram mais sucesso do que os que não o fizeram.
- d) A grande maioria dos que admitiam, e que completaram o programa, não recaiu.

- e) Os que negaram totalmente e que completaram o programa estavam mais seguros do que os que admitiam, mas não completaram o tratamento.

A expressão de sentimentos é absolutamente requerida na abordagem terapêutica tradicional. Os objectivos comuns do tratamento incluem: o admitir dos comportamentos abusivos da parte do abusador, expressão de culpa e remorso, e a sua vontade em admitir e pedir perdão à vítima (Coleman & Miner, 2000).

Não existem evidências acerca da eficácia deste tipo de tratamento, na cura tanto do trauma causado pelo abuso sexual nas vítimas como no desvio sexual dos agressores, nem na prevenção da reincidência. No entanto, mostrou-se uma medida eficaz para o tratamento dos agressores sexuais em Washington, na *Northwest Treatment Associates of Seattle*. Existe desde 1977 e consiste em cinco terapeutas para cerca de 200 agressores (Sanderson, 2005).

Outra forma de tratamento é a terapia do comportamento. O maior objectivo desta medida é diminuir o desvio sexual. Deve ser efectuado o mais rápido possível para reduzir a chance de uma nova agressão. Enquanto outras partes do programa podem aumentar o desejo do agressor para não ter uma recaída, pode também clarificar-lhe o erro no seu pensamento e pode, ainda, apontar-lhe quais os eventos que o levaram a ser um agressor sexual, de forma a diminuir a sua reincidência (Glasser et al., 2001).

O tratamento deve ajudar a pessoa a compreender o potencial sofrimento e dano nas crianças, reforçando e ensinando uma visão generalizada da sexualidade (Sanderson, 2005).

Quando é atingido um nível satisfatório de resposta à reestruturação cognitiva inicial, deve-se proceder à mudança para a abordagem de prevenção da recaída (Maletzky, 1996, 1996b cit. in Gonçalves 2004; Marques et al., 1994; Miner et al., 1990).

3- Prevenção de recaída

A prevenção da recaída é um programa de autocontrolo concebido para ensinar indivíduos que estão a tentar mudar o comportamento, a antecipar e a lidar com o problema da recaída. Baseia-se na teoria da aprendizagem social e combina intervenções comportamentais e cognitivas. Enfatiza-se o autocontrolo. Não é um tratamento isolado, é uma estratégia de manutenção e visa a preservação dos ganhos da intervenção precedente (Marshall & Redondo, 2002).

O programa de Prevenção da Recaída é desenvolvido individualmente após uma avaliação cuidada do indivíduo. Os abusadores aprendem a identificar e a antecipar situações de alto risco, a controlar os seus impulsos, a desenvolver competências de *coping* e a manter um estilo de vida mais equilibrado e a ganhar autocontrolo e auto-eficácia. Através deste processo, espera-se que eles estejam menos aptos a reincidir e a cometer um novo abuso (Gonçalves, 2004).

Os abusadores aprendem que o abuso é o resultado de uma cadeia de acontecimentos que envolvem cognições e emoções que despoletam uma sequência de comportamentos que terminam na execução do abuso. Na prevenção da recaída, eles aprendem certas competências, com o intuito de quebrar ou evitar esta cadeia de comportamentos (Idem).

Conclusão

Neste capítulo, foi efectuada uma breve caracterização dos agressores. Podemos concluir que não há um perfil único, não existem características que se apliquem a todos os tipos de agressores sexuais.

Um factor positivo da investigação que tem sido feita, foi o facto de haver já uma necessidade de adequar a lei para uma intervenção concertada, mas paralelamente descobriu-se a falta de estruturas para a aplicação da referida lei.

Foram sugeridas algumas estratégias de prevenção e intervenção, e a quase inexistência de exemplos portugueses na contextualização teórica, demonstra a realidade existente em Portugal. Este não é um tema debatido frontalmente. Ainda está encoberto por tabus

e por medos. No entanto, acredita-se que a intervenção focada é uma componente crucial na prevenção do abuso (Briggs & Kennington, 2006). No entanto, tem existido alguma controvérsia no que diz respeito à eficácia no tratamento dos ofensores sexuais de crianças. Muitas pessoas acreditam que fornecer o tratamento para criminosos sexuais desvia recursos preciosos para o tratamento adequado das vítimas. Pensa-se que, na ausência da ajuda e apoio adequados, muitas vítimas de abuso sexual são incapazes de curar-se das suas experiências. Em geral, mais tarde, acabam por sofrer com problemas de saúde mental, como depressão, dependência alcoólica e de drogas, necessitando, portanto, de cuidados psiquiátricos (Briggs & Kennington, 2006).

Considerando que os actuais orçamentos de prisão e saúde já estão muito distendidos, pode ser muito mais eficiente, em relação ao custo, fornecer apoio e tratamentos apropriados às vítimas quando elas ainda são crianças, a fim de minimizar o risco de problemas de saúde mental futuros, ou o risco de se tornarem parte do sistema de justiça criminal. É uma falsa economia ter a expectativa de que as crianças superem o abuso sexual só porque o abusador sexual foi processado e condenado, sem que se considere as suas necessidades de ajuda e apoio adequados para se tornarem adultos saudáveis.

A intervenção eficaz nesta problemática depende também do tratamento contínuo e do apoio após a libertação dos agressores, o que só é possível com uma abordagem multidisciplinar

Os técnicos que integrem uma unidade terapêutica “ideal” devem ser adequadamente treinados, e têm de dispor de todos os meios necessários para uma intervenção eficaz. É evidente que é muito dispendioso, que necessita de organização e de um corpo legislativo de suporte. Como é igualmente evidente, no nosso país, ainda que existam técnicos devidamente preparados e motivados, nem por isso dispõem das condições mínimas para a prestação das terapias adequadas.

CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO

Introdução

Este capítulo refere-se ao enquadramento metodológico do trabalho de investigação, no qual se definem os objectivos de estudo, o método que contempla a amostra, os instrumentos e o procedimento. Em seguida, apresenta-se a discussão dos resultados.

3.1- Objectivos

O objectivo geral deste estudo, é compreender como é efectuada a intervenção com os agressores sexuais e quais os obstáculos face à intervenção.

Desta forma como objectivos específicos encontram-se:

- 1: Analisar e identificar as formas de intervir com os agressores sexuais;
- 2: Estudar e perceber os diferentes papéis dos variados profissionais que efectuam a intervenção;
- 3: Identificar, caracterizando, as principais dificuldades sentidas nesta área, bem como as estratégias encontradas para a superação das mesmas, por parte dos profissionais

3.2- Método

3.2.1. Amostra

A amostra do nosso estudo foi uma amostra obtida por conveniência. Gil (1999), caracteriza a amostra por conveniência como o que o pesquisador selecciona tendo em conta a facilidade de acesso e admitindo que possa, de alguma forma, representar o universo.

As entrevistas foram realizadas a cinco profissionais que fazem parte da intervenção aos agressores sexuais.

Quadro 1: Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

Entrevistados	Sexo	Idade	Estado civil	Habilitações literárias	Profissão
E#1	Feminino	30 Anos	Solteira	Licenciatura em Direito	Inspectora da Polícia Judiciária
E#2	Masculino	50 Anos	Casado	Doutoramento em Comportamentos Desviantes	Psicólogo
E#3	Masculino	40 Anos	Casado	Licenciatura em Psicologia	Psicóloga
E#4	Feminino	35 Anos	Casada	Licenciatura em Direito	Magistrada
E#5	Feminino	40 Anos	Divorciada	Licenciatura em Serviço Social	

3.2.2. Instrumentos

O instrumento de avaliação utilizado foi a entrevista semi-estruturada que foi aplicada a cinco profissionais (uma inspectora da Polícia Judiciária, dois psicólogos, uma assistente social e uma magistrada). Entende-se por entrevista uma técnica auxiliar de pesquisa utilizada como método auxiliar de estatística. Pode ser também uma troca verbal entre duas ou mais pessoas face a face em que uma delas, o entrevistador procura recolher informações relativamente a um determinado assunto. Este conjunto de informações podem ser causas, consequências ou significados atribuídos à problemática em análise (Silva, 1986).

Desta forma, elaborou-se um guião de entrevista, organizado por quatro unidades sendo constituído por catorze questões. A primeira unidade de análise é constituída por questões de carácter sócio-demográfico. Foram formuladas perguntas fechadas com o principal objectivo de obter um conjunto de informações sobre o género, a idade, o estado civil e as habilitações literárias.

A segunda unidade de análise é sobre os **Agressores Sexuais**, abarca três questões, nomeadamente a caracterização dos agressores em Portugal, quais os factores explicativos deste desvio e se os entrevistados acreditam na reabilitação desta população.

Já numa terceira unidade de análise que recai sobre a **intervenção dos profissionais**, contempla sete questões entre elas, quais as estratégias de prevenção e intervenção utilizadas actualmente, quais as maiores dificuldades encontradas na intervenção, e qual seriam as propostas dos vários profissionais.

No que concerne, ao tratamento de dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo que, segundo Bardin (1997), é uma técnica oferecida pelas Ciências Humanas e Sociais que permite adoptar um mecanismo científico de interpretação do conteúdo de muitas comunicações, enriquecendo a leitura e realçando aspectos importantes, através da desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso.

3.2.3 – Procedimento

A entrevista foi aplicada a cinco profissionais que intervêm em casos de abuso sexual, nos seus locais de trabalho no período de 11 de Dezembro de 2006 a 13 de Janeiro de 2007.

Todos os entrevistados foram contactados telefonicamente, e foi-lhes explicado qual o objectivo da investigação e se contribuiriam para a realização do estudo em causa. Procedeu-se então a um ajustamento de horários para marcar a data da entrevista.

Foi solicitado aos entrevistados a gravação áudio das entrevistas, garantindo a confidencialidade das suas identidades, ao que somente uma não aceitou, tendo sido necessário escrever a entrevista.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na sua totalidade, procedendo-se a análise dos resultados (ver anexo G).

A duração das entrevistas registou-se entre 30 a 60 minutos.

3.3. Apresentação e discussão dos resultados

Na primeira unidade de análise, **caracterização sócio-demográfica**, efectuou-se a caracterização da amostra. Ao observar-se o quadro 1 pode-se verificar que três entrevistados são do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades compreendidas entre 30 e 50 anos de idade.

Em termos de habilitações literárias, pode-se constatar que um entrevistado é licenciado em serviço social, dois têm a licenciatura em direito, e apesar de dois dos entrevistados possuírem a licenciatura em psicologia, um possui o grau de doutor em Comportamentos Desviantes.

Na segunda unidade de análise, **agressores sexuais**, é importante salientar que esta unidade se encontra dividida em três subcategorias, onde a primeira se intitula **caracterização dos agressores**.

Através das entrevistas realizadas foi possível percepcionar alguma conformidade nas opiniões, pois encontram-se discursos como:

“Cerca de 80% dos casos é **intra-familiar**. No entanto, é raro o acto da cópula no abuso sexual intra-familiar. Os agressores são desde pais, padrastos, tios, irmãos.” (E#1)

“Em muitos casos, são de cariz **intra-familiar**. “ (E#2)

“Geralmente, nos casos sinalizados, os agressores são **intra-familiares**. São pessoas que convivem diariamente com a criança, da família nuclear, que é o caso da mãe, do pai. Bem, há menos casos em que há mulher é abusadora, mas existem! São pessoas que tem uma relação privilegiada com a criança e tem um poder sobre ela muito maior, até porque essa criança geralmente está dependente, é o pai o avô, o irmão. “ (E#3)

“De uma forma geral, os abusadores são o pai (...) e o avô. “ (E#4)

“A taxa de abuso **intra-familiar** é sem dúvida a mais elevada.” (E#5)

Todos os entrevistados referiram que a maior parte dos agressores sexuais são intra-familiares, ou seja, tal como nos refere Russel (cit. in Cunha, 2000), existe uma afinidade biológica/genética entre o adulto que comete a agressão e a criança que é vítima.

De facto, a literatura aponta para que na maioria das vezes, os agressores sejam os pais, ou outros membros da família, ou conhecidos. (Gomes & Coelho, 2003; ChildLine, 2003; Magalhães, 2002; Canha, 2002; William e Finkelhor, 1990; Pinto da Costa, 1990 Furniss, 1987)

De seguida surge a segunda subcategoria, **factores explicativos**, que tem por objectivo tentar compreender o perfil do agressor, com o intuito de promover uma eficaz intervenção. As respostas obtidas não foram unânimes. No entanto, os entrevistados consideraram o meio em que o indivíduo está inserido como o principal factor explicativo deste desvio sexual.

A família desempenha um papel importante na forma como a criança (possível agressor) se posiciona face às relações sociais. Assim, uma família com padrões sociais disfuncionais tende a gerar ambientes e condições favoráveis à modelagem de personalidades abusivas e, deste modo, negligencia a prática de incesto, protegendo o agressor (Magalhães, 2002; Faller, 2003). Esta teoria comprova-se quando o entrevistado E#1 diz que “Os agressores provêm de **famílias disfuncionais**, meios disfuncionais.” e o E#5 “ (...) na minha experiência pessoal, a maior parte dos agressores estavam inseridos em famílias problemáticas.”

Wakefield & Underwager (1996) defendem que o desaparecimento dos valores morais e humanos criam um ambiente favorável à instalação da violência, de que o maltrato é uma consequência natural. Neste sentido, o “ (...) grande problema é o **meio** em que o agressor esta enquadrado, sem quadro de valores e normas sociais. “ (E#1) ou “Problemas de educação, falta de normas sociais.” (E#3).

Outra causa apontada na teoria seria a psicológica, em que persistem padrões de vinculação inapropriados (Gonçalves, 2004). Esta razão foi apontada por um dos entrevistados, que explicou que este desvio sexual pode dever-se a “ (...) aspectos de aprendizagem de educação de vinculação em relação à figura parental (...) **padrões de vinculação pais-crianças** inapropriados onde está sobretudo presente o padrão de frieza, de distância afectiva e falta de empatia dos pais para com eles.” (E#2)

Por outro lado, alguns dos entrevistados apontaram como um dos factores explicativos, um dos apontados por Bóer et al. (1997); Coleman e Miner (2000) e por Magalhães (2002;2003):

“Outro factor que influencia este tipo de agressores é o **alcoolismo**. Grande parte dos casos que investigo, os agressores ou são alcoólicos ou toxicodependente.” (E#1)

“Problemáticas desde toxicodependência, **alcoolismo**, abandono parental.” (E#5)

No entanto, frente à diversidade de factores que podem explicar este desvio sexual e dada a sua complexidade, os entrevistados mostraram dificuldade em definir um perfil do agressor. Tal como foi referenciado por um dos profissionais entrevistado “Há um ligeiro perfil mas são todos diferentes.” (E#3)

Na terceira subcategoria, pretende-se perceber se os profissionais que intervêm com os agressores crêem na **reabilitação** destes. Aqui torna-se relevante aferir até que ponto os profissionais acreditam na intervenção com esta população específica. Todavia, as respostas obtidas não foram muito optimistas, quiçá pela falta de divulgação e informação inerente a esta problemática. As respostas variaram desde “Sinceramente não (...) só se estiverem em permanente terapia, mas mesmo assim, não sei se é possível!” (E#1) até “Acredito, mas tenho que colocar as coisas mais uma vez em factores de risco, quanto maior o número de factores de risco em determinados indivíduos menor a probabilidade de reabilitação.” (E#2). E por fim, três dos entrevistados mostram-se reticentes face à hipótese de reabilitação. Encontram-se discursos como: “Acredito...com certos condicionalismos.” (E#3), “Acredito que eles possam ser tratados, agora... em termos de experiência, não tenho! Não sei!” (E#4) “ e (...) talvez exista uma **terapia** capaz de os reabilitar.” (E#5)

Passando então para a última unidade de análise, **intervenção dos profissionais**, da qual a primeira subcategoria é **Estratégias de intervenção**, à qual os entrevistados responderam que:

“Não existe uma intervenção concertada. Não há uma multidisciplinaridade nas instituições que intervêm nestes casos.” (E#1)

“Quanto mais cedo se começa a agredir sexualmente maior a probabilidade que este indivíduo reaja pouco, digamos, à intervenção. Por isso é necessário ser controlado.” (E#2)

“O trabalho consiste fundamentalmente em responder a pedidos de tribunais quer para a avaliação dos agressores quer para a intervenção sobre eles”. (E#2)

“Se o agressor sofrer de dependência de álcool isso é prioritário face à intervenção com outros objectivos e claro que nós aqui não trabalhamos no contexto de alcoologia mas, por exemplo, numa situação dessas o indivíduo é reencaminhado para um centro de alcoologia ou para o hospital psiquiátrico para tratar esse tipo de problemática e só depois viria aqui.” (E#2)

“E portanto, a avaliação é sempre em função do risco e da tratabilidade, ou seja, quanto maior o risco menor a tratabilidade e diminuir os factores de risco para uma recaída e também para proteger a vítima ou eventuais vítimas.” (E#2)

“O modelo visado é de cariz cognitivo-comportamental e nós o que procuramos fazer é descondensar o padrão de funcionamento sexual inadequado e substituí-lo por um padrão de funcionamento sexual adequado. Uma grande parte da intervenção consiste no debate sobre as distorções cognitivas e tentar levar o sujeito a não usar sistematicamente como desculpas, para o seu comportamento anti-social e inapropriado, formas de racionalização ou utilização de crenças que legitimam esse comportamento.” (E#2)

“Identificar factores de risco, identificar prioridades de intervenção trabalhar distorções cognitivas, trabalhar comportamentos sexuais inadequados “ (E#2)

“Tentamos obter o maior número de informações, como se enquadra o agressor no contexto de vida da criança, que relação tem. Tentamos conduzir a entrevista para que o agressor possa retratar o que fez, ou confirmar o abuso “ (E#3)

“ (...) tento reunir **informações** tanto sobre o abuso como o sujeito. Mediante as mesmas, normalmente encaminho o agressor, o que também é complicado.” (E#5)

“Se o agressor realmente assumir o abuso, o que é difícil, tentamos encaminhar para o GEAV, ou para a psiquiatria.” (E#3)

Das três intervenções possíveis designadas por Furniss (2002) das quais vários autores também estudados fazem referência, como foram o caso de Alberto (2004), Fávero (2003), Machado & Gonçalves (2002), entre outros. Estes tipos de intervenção seriam a Intervenção Punitiva Primária, a Intervenção Primária Protectora da Criança (não focada no trabalho monográfico pois esta direcciona-se para a intervenção com a criança) e a intervenção terapêutica Primária.

Mas nenhum dos entrevistados fez referência a estes tipos de intervenção, reconhecendo, no entanto, que não existe uma intervenção única.

A segunda subcategoria refere-se às **principais dificuldades de intervenção e como superar**, os entrevistados foram unânimes numa das várias dificuldades: o facto dos agressores não assumirem o abuso, tal como se verifica nas respostas obtidas:

“ (...) porque os agressores não se assumem como tal.. “ (E#3)

“ (...) a grande parte nega, o que torna o processo mais difícil” (E#1)

“ (...) nos casos de abuso sexual é complicado os agressores admitirem “ (E#2)

“ (...) normalmente não há carácter diminuto de culpa.” (E#4)

A forma como superam algumas das dificuldades em intervir, passa pela tentativa de formação específica nesta área.

Segundo Alberto (2004), terá de haver profissionais com formação específica no domínio dos agressores sexuais, quer a nível médico, legal, social e educacional, para que seja possível trabalhar de forma mais sistémica e formal nesta problemática. No

entanto, foi referida a inexistência de acções de formação obrigatória subsidiada pelo Estado ou pelas entidades competentes. Porém, os profissionais ressalvam que a título pessoal tentam superar essas lacunas, tal como descrevem as respostas obtidas:

“Eu por exemplo, interesse-me por aprender. Portanto, tento ter uma **formação** nesta área. Mas em termos de instituição, não são financiadas e temos alguns problemas para conseguir autorização para podermos frequentar formações.” (E#1)

“Tento ler livros que foquem esta problemática, estudar e saber o mais possível, frequentar acções de **formação**, enfim, tentar efectuar uma constante aprendizagem.” (E#3)

“Tento ir a acções de **formação**, colóquios, enfim, tento manter-me actualizada, mas é complicado.” (E#5)

Quanto à terceira subcategoria, **estratégias de prevenção**. O objectivo desta subcategoria é perceber que prevenção é efectuada em Portugal e de que forma se aplica. No entanto, as respostas dos entrevistados foram unânimes ao revelarem que em Portugal:

“Sinceramente?! Zero!” (E#1)

“Especificamente para agressores sexuais não há!” (E#2)

“Não tenho conhecimento de qualquer **prevenção** feita com agressores.” (E#4)

“Não há qualquer trabalho de **prevenção** em Portugal.” (E#3)

A investigação bibliográfica confirma as respostas obtidas, uma vez que não foram encontrados registos em Portugal de estratégias de prevenção que estivessem actualmente aplicadas. Existe a obrigatoriedade de Educação sexual, que apesar de não ser uma estratégia focalizada unicamente para os agressores, constitui parte da

prevenção que é realizada em Portugal. No entanto, a mesma não se encontra em vigor da forma como está disposta na lei.

Relativamente à quarta subcategoria, **propostas de prevenção/intervenção**, as mesmas vão muito de encontro a literatura. Os entrevistados mostram-se unânimes quanto à importância da comunicação social:

“A comunicação falar mais sobre esta problemática (...) (E#1)

“Maior divulgação, campanhas de prevenção, educação sexual nas escolas (...)” (E#3)

“Campanhas, educação sexual (...)” (E#4)

Estas foram propostas importantes uma vez que, no estudo de Gil e Wolfe (cit. in Alberto, 2004) é referida a influência dos meios de comunicação para a população americana. Segundo eles, a divulgação que meios de comunicação de massas fez dos casos de abusos de crianças, permitiu a que 90% da população considerasse os maus-tratos infantis como um grave problema nacional, permitindo valorizar a criança e considerar a violência como um problema grave a compreender e a resolver.

Outra proposta apresentada pelos entrevistados foi a multidisciplinaridade na intervenção, algo defendido por vários autores da literatura, nomeadamente Magalhães (2004) quando diz que soluções criativas, personalizadas, responsáveis e solidárias para a questão dos maus-tratos apenas poderão resultar da boa conjugação das diferentes perspectivas disciplinares institucionadas.

Ainda segundo Magalhães (2004) todo o trabalho desenvolvido com a família e a criança maltratada pressupõem que haja uma intervenção multidisciplinar, em que os vários serviços e respectivos profissionais que acompanham o caso a rentabilizarem a informação sobre a família e a intervenção que vier a ser planeada.

Na perspectiva dos entrevistados, “O facto de não haver uma troca constante de informações não nos deixa intervir atempadamente “ (E#1) e que realmente deveria “ Haver realmente uma intervenção concertada.” (E#1) ou seja, “ (...) uma equipa multidisciplinar (...) todos a trabalhar com um mesmo objectivo.” (E#3)

Enfim, três entrevistados realçam a importância de “ Haver **equipas multidisciplinares** para intervir nestes casos.” (E#5)

A E#1 chega mesmo a referir que “uma vez que não conseguimos intervir com a criança, torna-se impossível intervir com agressores.”

Por fim, a necessidade de formação específica nesta problemática e consequente estruturas sociais que complementem a intervenção, é focada por dois entrevistados.

“Formação e encontrar estruturas que possam dar resposta ao tratamento dos agressores, para evitar a reincidência. E por outro lado, também passa por uma atitude de todos os profissionais trabalharem em conjunto. No fundo, de haver um trabalho em rede para um só objectivo, quer para proteger as vítimas quer para evitar a reincidência por parte dos agressores. “ (E#4)

“Era preciso que todos os técnicos que lidam com as vítimas, desde professores, educadores, entre outros, tivessem formação nesta área.” (E#3)

Os entrevistados reconhecem a importância da intervenção nos agressores a fim de prevenir os abusos sexuais, uma vez que referem que deveria haver “Intervenção obrigatória para todos os agressores reclusos ou não. “ (E#3), ou seja, “Programas de intervenção para agressores sexuais em meio prisional, e claro, técnicos competentes para fazer isto em número suficiente.” (E#2)

Reconhecendo ainda que “ (...) trabalhando com as vitimas de certa forma, estamos a prevenir possíveis futuros agressores.” (E#3)

Por fim, a quinta subcategoria, tem como objectivo perceber quais os são os principais **entraves à implementação do tratamento.**

“Não há nenhuma referência ao tratamento” (E#2)

“Primeiro, muitas das vezes, eles nem assumem o abuso, portanto nem sequer se mostram dispostos a tratar-se, e há poucos psiquiatras preparados para intervir terapêuticamente com agressores.” (E#3)

“Essencialmente os agressores não admitirem e o não haver estruturas suficientes.” (E#4)

“O facto de os agressores não assumirem o abuso, para além, de que não há informação e formação suficiente nesta problemática.” (E#3)

“As maiores dificuldades em primeiro lugar é eles aparecerem, em segundo é eles aceitarem a determinação psicológica do seu comportamento,” (E#2)

“ (...) A falta de informação. (...) o agressor realmente assumir o acto (...) E por fim, acredito que não existem muitos técnicos que trabalhem especificamente com estes sujeitos.” (E#5)

Davey e Hill (1999) ressaltam a importância da experiência profissional, referindo que uma fraca competência teórica pode ser compensada com a experiência profissional e vice-versa, permitindo ao técnico uma sensibilidade diferente a esta problemática.

Relativamente aos objectivos do trabalho monográfico, pode-se depreender que no que concerne ao primeiro objectivo: **analisar e identificar as formas de intervir com os agressores sexuais**, o mesmo não foi alcançado. Isto porque os entrevistados são dos únicos profissionais a intervir com esta população, e não houve consenso na forma de intervir. Percebe-se que as formas de intervir com os agressores sexuais não são uniformes, pois somente dois dos entrevistados realmente efectuavam uma intervenção em prol da reabilitação dos agressores sexuais.

No que concerne ao segundo objectivo, **estudar e perceber os diferentes papéis dos variados profissionais que efectuam a intervenção**, conclui-se que os únicos profissionais a intervir com esta população são os psicólogos, que apesar de trabalharem em instituições diferentes prestam relativamente o mesmo apoio psicológico.

Quanto ao terceiro e último objectivo, **identificar, caracterizando, as principais dificuldades sentidas nesta área, bem como as estratégias encontradas para a superação das mesmas, por parte dos profissionais**, depreende-se que as maiores dificuldades por parte dos profissionais recaem sobre a desculpabilização do agressor face ao abuso, a falta de informação sobre como intervir, que passa essencialmente pela falta de formação específica para esta temática.

Acções de formação, literatura e conferências são algumas das formas apontadas pelos entrevistados de como ultrapassar as dificuldades apresentadas.

3.4. – Limitações e propostas para novos estudos

Durante a realização deste trabalho monográfico, encontraram-se várias limitações quer na parte teórica, quer na parte empírica.

A primeira limitação foi a falta de bibliografia existente sobre esta temática. O facto de no primeiro capítulo haver uma centralização de autor, nomeadamente, Gomes & Coelho (2003), deve-se ao facto de que a literatura estrangeira encontrada era direccionada para as estratégias de prevenção e intervenção, mais especificamente, quanto à intervenção com agressores.

Furniss terá sido outro autor bastante citado, isto deve-se ao facto de a intervenção descrita no trabalho monográfico só se encontrava no seu livro, ou então, citado por outros autores.

Outra limitação deste trabalho foi a dificuldade em encontrar profissionais que intervenham com esta população. Este factor fez com que a amostra fosse limitada a um número pequeno de profissionais. Encontrados os profissionais, a dificuldade em ajustar

horários e a falta de tempo por parte dos profissionais para uma entrevista mais longa, constituíram outra limitação.

A limitação em termos de utilização de diferentes metodologias deveu-se à escassez de profissionais que realmente intervenham nesta área.

Como propostas de futuros trabalhos, seria pertinente uma avaliação mais profunda dos dois gabinetes existentes no país que intervêm com a população exposta; investigar as diferenças entre os agressores sexuais reclusos e não-reclusos; avaliar a taxa de reincidência dos agressores acompanhados comparando-a com a taxa dos agressores que não obtêm acompanhamento e por fim, avaliar a taxa de agressores sexuais que foram abusados quando crianças, comparando os que obtiveram apoio com os que não obtiveram após o momento do abuso.

Conclusão

A investigação empírica correspondeu de certa forma às expectativas criadas na parte teórica.

Uma das conclusões deste estudo é que a falta de formação é notória, e que existe um reconhecimento por parte dos profissionais da necessidade de linhas orientadoras para intervir com esta população. Deste modo, algumas das estratégias propostas na parte teórica poderiam ser implementadas em Portugal. Isto porque tal como se verificou no estudo empírico, a taxa de reincidência destes indivíduos é altíssima.

Outra conclusão, é o facto de a maior parte dos entrevistados desconhecerem os tipos de intervenção (alguns com sucesso, como foi demonstrado na parte teórica) efectuados no estrangeiro. O que se torna compreensível, devido à escassez de bibliografia.

REFLEXÕES FINAIS

A intervenção sobre agressores sexuais em contexto de abuso sexual não é fácil de operacionalizar e compreender quanto levaria a supor na reflexão teórica. A percepção e ocorrência deste fenómeno multifacetado não parecem obedecer de forma nítida a qualquer relação linear, já que estão envolvidas variáveis implícitas e explícitas que determinam e influenciam, mediante a presença ou ausência, da definição e percepção de abuso sexual.

Mediante isto, torna-se relevante a exposição teórica apresentada, enquanto tentativa de explicar o “o quê”, o “como” e o “porquê” do abuso sexual do ponto de vista dos agressores, pontos desde sempre frágeis na investigação. Assim, este trabalho é, simultaneamente, ponto de chegada e de partida para o estudo deste tema.

O abuso sexual da criança é um problema genuinamente multidisciplinar, requerendo a operação de uma ampla gama de profissionais com diferentes capacidades (Furniss, 2002).

No momento em que os profissionais intervêm numa família em que uma criança foi abusada sexualmente, a família deixa de ser autónoma. Os deveres legais e de protecção à criança fazem com que as exigências externas sejam responsáveis por intervir, uma vez que o abuso sexual da criança foi revelado. Cria-se então um sistema família-profissional (Furniss, 2002).

Os profissionais baseiam-se nos seus conhecimentos e na sua experiência pessoal e profissional, no seu próprio entendimento das relações entre adultos e crianças e na sua vivência de aspectos como a violência e a sexualidade para fazerem os seus juízos e tomarem decisões (Gavarini & Petitot, 1998, cit. in Martins 2002).

Urge potenciar a intervenção, seja pela criação de novas estruturas de apoio, seja pela maior formação de todos os intervenientes neste processo, e obviamente pela criação de recursos humanos.

No que concerne especificamente aos Técnicos Superiores de Serviço Social, é “... uma profissão cujo objectivo consiste em provocar mudanças sociais, tanto na sociedade em geral como nas suas formas individuais de desenvolvimento”. (cit. in Fias, Organização das Nações Unidas 1999, p.5).

Então porque não a tentativa de incluir numa política geral – nacional – e de cada comunidade, de cada autarquia, capaz de motivar e envolver serviços e entidades vocacionadas, bem como a comunidade em geral. Tenta-se que esta acção seja norteada por uma metodologia que pressuponha informação, formação, interdisciplinaridade, coordenação entre todas as instituições, para se analisar as situações de risco na sua globalidade e as intervenções possíveis na sua diversidade.

No entanto, para uma intervenção eficaz é necessário uma intervenção multidisciplinar, em que todos os profissionais trabalhem pelo mesmo objectivo. No entanto, a diversidade de profissionais envolvidos – juizes, advogados, técnicos do serviço social, médicos, psicólogos – com perspectivas, linguagens e objectivos diferentes, também não facilita a determinação de um sentido para cada situação de maus-tratos, constituindo mesmo um motivo acrescido de dificuldade, concorrente para o estudo actual das definições de maus-tratos infantil (Giovannoni cit. in Martins 2002).

Visto esta necessidade, a investigação não se deve limitar aos componentes do acto/situação maltratante, mas deve também incidir nas características e experiências dos profissionais, que, em última análise, tomam as decisões e emitem juízos de valor que constituem o cerne da determinação do carácter maltratante de um acontecimento (Belsky & Emery cit. in Martins 2002).

Conclui-se assim, a urgência de cada vez mais se apostar no social, a todos os níveis, e de uma vez por todas, se criarem recursos humanos e materiais para que possamos trabalhar e projectar intervenções em grande.

BIBLIOGRAFIA

Alberto, I. (2004). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra, Almedina,

American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed. – TR). Lisboa, Climepsi Editores.

S/A (1997). Contributos do 1º Seminário Nacional *Abusos sexuais em crianças e adolescentes*. Lisboa.

Bardin, L. (1997). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.

Boer, D., Hart, S., Kropp, P. e Webster, C. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk - 20: Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence*. London, The British Columbia Institute Against Family Violence.

Briggs, D. e Kennington, R. (2006). *Managing Men Who Sexually Abuse*. London, Atheneum Press.

Canha, J. (2002). *A criança vítima de violência*. In Machado, C e Gonçalves, M. (2002). *Violência e vítimas de crimes*. (vol.2). Coimbra, Quarteto.

Canha, J. (2003). *Criança Maltratada*. Coimbra, Quarteto Editora.

Carmo, R., Alberto, I. & Guerra, P. (2002). *O Abuso Sexual de Menores: uma conversa sobre a justiça entre o Direito e a Psicologia*. Coimbra, Almedina.

ChildLine. (2003). *Annual Report*. Londres, ChildLine.

Clark, M & Clark, J. (1989). *The encyclopaedia of child abuse*. New York, Facts on File

S/A (2004). *Código Penal*. Coimbra, Livraria Almedina.

- Coleman, E. e Miner, M. (2000). *Sexual Offender Treatment: Biopsychosocial Perspectives*. New York, The Haworth Press.
- Cunha, L. (2000). *O Abuso sexual de menores*. Polícia Portuguesa: Órgão de informação e cultura da PSP, 129, 2-9
- Davey, R. e Hill, J. (1995). A study of the variability of training and beliefs among professionals who interview children to investigate suspected sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, n. ° 19, pp. 933-942.
- Decreto-Lei n.º 115-A/98 – Aprova o regime de autonomia e gestão dos estabelecimentos públicos de educação. (D.R. n.º102- I Série-A de 4.05.1998)
- Faller, K. (2003). *Understanding and assessing child sexual maltreatment*. EUA, Sage Publications, Inc.
- Fernandes, M. (1990). *Abuso Sexual infantil*. Caderno do Centro de Estudos Judiciários, 2, pp. 201-208.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse. New theory and research*. New York, The Free press.
- Furniss, T. (1992). *The multiprofessional handbook of child abuse. Integrated management, therapy and legal intervention*. New York, Rutledge.
- Furniss, T. (2002). *Abuso Sexual da Criança* (2ªed). São Paulo, Artamed Editora S.A.
- Gabel, M. (1997). *Criança vítimas de abuso sexual*. Brasil, Summus editorial
- Gallardo, J.(1994). *Maus-tratos à Criança*. Porto, Âmbar.
- Gelinas, D. (1983). *The persisting negative effects of incest*. *Psychiatry*, (46) 312-332.

- Gil, A. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. S. Paulo, Editora Atlas.
- Glasser, M.; Kolvin, L.; Campbell, D; Glasser, A.; Leitch, I.; Farrelly, S. (2001). *Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator*. British Journal of Psychiatry 179, p. 482-494.
- Gold, S., Hughes, D., Wingles, J. (1996). Characteristics of Childhood sexual abuse among female survivors in therapy. *Child abuse and neglect*, 20 (4), pp.823-338
- Gomes, F. & Coelho, A. (2003). *A sexualidade traída: abuso sexual infantil e a pedofilia*. Porto, Âmbar.
- Gonçalves, R. (1999). *Psicopatia e processos adaptativos à prisão: da intervenção para a prevenção*. Braga, Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia
- Gonçalves, R. (2004). *Agressores em meio prisional: Investigação, Avaliação e Intervenção*. Direito e justiça, revista da faculdade de direito da universidade católica portuguesa. (2004)
- Gonçalves, R., Machado, C.(coord.) (2003). *Violência e vítimas de crimes*. (vol. 1). Coimbra, Quarteto Editora
- Holmes, R. (1991). *Sex Crimes*. Newbury Park, Sage.
- Holmes, R. e Holmes, S. (1996). *Profiling violent crimes, An investigative tool*. Newbury Park, CA, Sage.
- Lei n.º 120/99 – Reforça as Garantias do Direito à Saúde Reprodutiva. (D.R. n.º 186- I Série- A de 11.08.1990)

Lei n.º 3/84- Sobre Educação Sexual e Planeamento familiar (D.R. n.º 71- I Série de 24.03.1984)

Lopes, F., Fuertes, A., Zapion, J. e Carpinteiro, E. (1994). *Abusos sexuales de menores: loque recuerdom los adultos*. Madrid: Ministério de Assistentes Sociales

Machado, C. (2002). *Abuso Sexual de crianças*. In Machado (2002). *Violência e vítimas de crimes*. (vol. 2). Psicologia Clínica e Psiquiatria, 14, 39-93.

Magalhães, T. (2002). *Maus-tratos em Crianças e jovens Guia Praticas Para Profissionais*. Coimbra, Quarteto Editora.

Marques, A. (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar – linhas orientadoras*. Lisboa, Ministério da Educação.

Marques, A., Calado, B., Fernandes, M., Cordeiro, M. e Prazeres, V. (1998). Abuso Sexual em crianças e adolescentes: estudo exploratório. Comunicação apresentada no 4º Congresso da Federação Europeia de Sexologia. Lisboa, Setembro.

Marshall, W e Redondo, S. (2002). *Control y tratamiento de la agresion sexual*. In S. Redondo (Coord.) *Delicuencia sexual y sociedad* (pp.301-328). Barcelona, Ariel.

Marshall, W. e Barbaree, H, (1990). *An integrated theory of the etiology of sexual offending*. In W. Marshal, D. Laws e H. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment* (pp. 257-275). New York, Plenum.

Marshall, W. e Barbaree, H, (1990). Sexual violence. In Howells, K. & Hollin, C. (Ed.s) *Clinical approaches to violence* (pp. 205-246). John Wiley & Sons

Martins, P. (2002). *Maus-Tratos a Crianças. O Perfil de um Problema*. Braga, Centros de Estudos da Criança – Universidade do Minho.

Meyer, R. (1992). *Abnormal behaviour and the criminal justice system*. New York, Lexington, Macmillan.

Ministério da Educação e Saúde (2000). *Educação sexual em meio escolar – linhas orientadoras*. Lisboa, Editorial do Ministério da Educação.

Moura, H. (1998). *A expressão violenta da sexualidade: contributo para o estudo dos agressores sexuais*. Mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Organização das Nações Unidas (1999). *Direitos Humanos e Serviço Social. Manual para Escolas e Profissionais de Serviço Social*. Lisboa, ISSS- Departamento Editorial.

Papalia, D., Olds, S. e Feldman, R.(2001). *O mundo da criança* (8ª ed.). MacGraw-Hill de Portugal, Lda.

Pinto da Costa, J. (1990). Abuso sexual em menores. Comunicação apresentada na reunião Científica da Sociedade Portuguesa de Sociologia Clínica. Coimbra

Prentky, R; Knight, R.; Lee, A, (1997) *Child Sexual Molestation: Research Issue*. Washington, Departamento de Justiça dos Estados Unidos da América.

Russell, M. (1988). Wife assault theory, research, and treatment: A literature review. *Journal of Family Violence*, 3, 193-208

Salter, A. (1988). *Treating Child Sex Offenders and Victims: A Practical Guide*. London, Sage Publications.

Sampaio, M. (2000). A Formação de Professores em Educação Sexual. *Revista Sexualidade & Planeamento Familiar*. N.º 25/26. Lisboa, A.P.F. pp. 21-23

Sanderson, C. (2005). *Abuso Sexual em Crianças. Fortalecendo Pais e Professores para proteger crianças de abusos sexuais*. São Paulo, M. Books do Brasil Editora Ltda.

Starr, R., Dubowitz, H., & Bush, B. (1990). The epidemiology of child maltreatment. In R. Ammerman, & M. Hersen (Eds.) *Children at risk. An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect*. (pp. 3-8). New York: Plenum Press

Stop it now – (2005) [Em linha] Disponível em <www.stopitnow.orh.uk> [Consultado em 15/12/06]

Vidal, J. (1998). O Direito de Menores: Reforma ou Revolução. Cadernos da Revista do Ministério Público. Lisboa, Cosmos.

Wakefield, H. e Underwager, R. (1996). Treatment for Perpetrators. *Seminar on Child Sexual Abuse*, Hungrier

William, L. e Finkelhor, D. (1990). *The characteristics of incestuous father (cap. 14)*. In Marshall, L.; Laws, D. & Barbaree, H. (1990). *Handbook of Sexual Assault: Issues, theories and treatment of the offender*. New York, Plenum Press.

Wolfe, A. e Korsch, B. (1994). *Witnessing domestic violence during childhood and adolescence: implications for paediatric practice*. New York, Wiley

Wolfe, D. (1999). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. UK, Sage.

Wolfe, D. (1999). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. EUA, Sage Publications, Inc.

Wyre, R. (1996). *The Mind of the paedophile*. In Bibby, P (ed.) *Organised Abuse. The Current Debate*. Basingstoke, Arena.

ANEXOS

ANEXO A: Guião de Entrevista

Guião de entrevista

1- Características sócio-demográfica

1.1 - Género

1.2 Idade

1.3 Estado Civil

1.4 Habilitações literárias

2- Agressores sexuais

2.1. Tendo por base a sua experiência profissional, no nosso país como caracteriza os agressores sexuais?

2.2. Quais considera serem os factores explicativos para este tipo de desvio sexual?

2.3. Considera possível a reabilitação dos agressores sexuais?

3- Intervenção dos profissionais

3.1 Quais são as principais estratégias de intervenção utilizadas com esta população?

3.2. Durante todo o processo de intervenção, quais são as maiores dificuldades com que se depara? Quais as razões e como as supera?

3.3. Quais são as estratégias de prevenção actualmente utilizadas para combater esta problemática?

3.4. Quais seriam as suas propostas de intervenção?

3.5. Na sua opinião quais são os principais entraves à implementação do tratamento dos agressores sexuais em Portugal?

Guião de entrevista

1- Características sócio-demográfica

1.1 – Género – feminino

1.2 Idade – 30 anos

1.3 Estado Civil – solteira

1.4 Habilitações literárias – licenciatura em Direito

2- Agressores sexuais

2.1 - Tendo por base a sua experiência profissional, no nosso país como caracteriza os agressores sexuais?

Como é lógico, a caracterização que lhe vou fazer não pode ser considerada 100% viável, uma vez que, a mesma limita-se à minha experiência, enquanto inspectora da polícia judiciária. Mas, há de tudo! Normalmente, os agressores provêm de famílias disfuncionais, meios disfuncionais. Acredito que o grande problema seja o meio em que o agressor esta enquadrado, sem quadro de valores e normas sociais. Outro factor que influencia este tipo de agressores é o alcoolismo. Grande parte dos casos que investigo os agressores ou são alcoólicos ou toxicodependente.

2.1.1. São mais ou casos de abuso sexual intra-familiar ou extra-familiar?

Cerca de 80% dos casos é intra-familiar. No entanto, é raro o acto da cópula no abuso sexual intra-familiar. Os agressores são desde pais, padrastos, tios, irmãos. Tive por exemplo, um caso em que o pai abusava de seis filhos e obrigava a mãe a abusar dos filhos do sexo masculino. Este caso até que teve um bom encaminhamento, o pai apanhou uma pena de 25 anos.

2.2. Quais considera serem os factores explicativos para este tipo de desvio sexual?

Essencialmente, cultural! Problemas de educação, falta de normas sociais, e de igual forma alcoolismo.

ANEXO B: Entrevista 1

2.3. Considera possível a reabilitação dos agressores sexuais?

Sinceramente não! Acredito que existem os casos ocasionais em que os agressores possam ser reabilitados, no entanto, quando há um grau de reincidência já não acredito! Quer dizer, só se estiverem em permanente terapia, mas mesmo assim, não sei se é possível!

3- Intervenção dos profissionais

3.1 Quais são as principais estratégias de intervenção utilizadas com esta população?

Não existe uma intervenção concertada. Não há uma multidisciplinaridade nas instituições que intervêm nestes casos. Há pouco tempo, legislou-se a Lei de Protecção, no entanto, por exemplo, no nosso caso (policías) não há nada especificado, como haveremos de intervir. Eu por exemplo, interesse-me por aprender portanto, tento ter uma formação nesta área. Mas em termos de instituição, não são financiadas e temos alguns problemas para conseguir autorização para podermos frequentar formações.

3.2. Durante todo o processo de intervenção, quais são as maiores dificuldades com que se depara? Quais as razões e como as supera?

É como lhe disse, o facto de não haver uma intervenção concertada, dificulta o nosso trabalho. Por vezes, ao articular com psicólogos ou assistentes sociais enfrentamos o problema de sigilo profissional, alguns profissionais guardam as informações para si, pois pensam que são capazes de intervir só eles. E, se por um lado, os entendo, por outro, o facto de não haver uma troca constante de informações não nos deixa intervir atempadamente. Por exemplo, a Lei de Protecção, legisla que assistentes sociais, professores e outros profissionais em caso de perigo eminente para as crianças, podem as retirar do seu agregado, no entanto, nós perdemos o factor surpresa para o agressor, facilitando o “esconder”. Portanto, para além de revitimizar a criança, uma vez que a retiram do aconchego do seu lar, dificultam o acto de investigação e possível condenação do agressor.

3.3. Quais são as estratégias de prevenção actualmente utilizadas para combater esta problemática?

Sinceramente?! Zero!

3.4. Quais seriam as suas propostas de intervenção?

É uma questão de mentalidades! A comunicação falar mais sobre esta problemática, haver realmente uma intervenção concertada! O facto de a criança ter que constantemente contar o abuso implica a sua revitimização. Por exemplo, tive um caso, em que uma criança estava a ser abusada pelo pai. A avó materna, levou-a ao centro de saúde, na qual a médica de família observou a menina. Após a suspeita de abuso, a médica chamou a directora do centro de saúde que mais uma vez observou a criança. Encaminharam a avó e a criança para o Hospital de São João, no qual a médica de urgência observou-a novamente, contactou a médica ginecologista que após uma nova observação não teve dúvidas que a criança tinha sido abusada sexualmente. Contactaram o Instituto Medicina Legal que quando chegou ao Hospital a criança não deixou mais ser observada. O que arrastou o caso por cerca de um ano. Ora, uma vez que não conseguimos intervir com a criança, torna-se impossível intervir com agressores. Penso que a intervenção tem que ser pensada, de facto, individualmente, no entanto, constantemente interligadas.

3.5. Na sua opinião quais são os principais entraves à implementação do tratamento dos agressores sexuais em Portugal?

O facto de não haver uma troca constante de informações não nos deixa intervir atempadamente. E acredito que também se deve as mentalidades deste país.

ANEXO C: Entrevista 2

Guião de entrevista

1- Características sócio-demográfica

1.1 – Género – Masculino

1.2 Idade – 50 anos

1.3 Estado Civil - casado

1.4 Habilitações literárias – doutoramento

2- Agressores sexuais

2.1. Tendo por base a sua experiência profissional, no nosso país como caracteriza os agressores sexuais?

Em muitos casos, são de cariz intra-familiar.

2.2. Quais considera serem os factores explicativos para este tipo de desvio sexual?

Sobretudo há aspectos de aprendizagem de educação de vinculação em relação à figura parental que faz com que estes sujeitos vejam outros seres humanos como objectos e não como pessoas, olhem para eles como alguém a usar e não sejam capazes no fundo de estabelecer relações de afecto e empáticas para com estes indivíduos e nesse sentido o trabalho é muito desmontar estas dimensões. Eu diria que há essa questão de serem sujeitos de certa maneira de vulnerabilidade psicológica é em muitos dos casos criada por padrões de vinculação pais-crianças inapropriados onde esta sobretudo presente o padrão de frieza de distancia afectiva, e falta de empatia dos pais para com eles que depois reproduzem em relação a outras pessoas.

2.3. Considera possível a reabilitação dos agressores sexuais?

Acredito, mas tenho que colocar as coisas mais uma vez em factores de risco, quanto maior o numero de factores de risco em determinados indivíduos menor a probabilidade

de reabilitação. Quanto mais cedo se começa a agredir sexualmente maior a probabilidade que este indivíduo reaja pouco digamos a essa intervenção, por isso é necessário ser controlado. Há uma grande probabilidade de reincidência nos agressores sexuais de menores, sendo os níveis de reincidência altos é necessário que haja mecanismos por um lado de intervenção para eles mudarem e depois mecanismos de controlo para evitar que eles tornem a reincidir, e estes são feitos através deles próprios através do tratamento de prevenção da recaída mas sobretudo, sobre o controlo através da família, vizinhos, amigos, da policia e das instituições da justiça

3- Intervenção dos profissionais

3.1 Quais são as principais estratégias de intervenção utilizadas com esta população?

Nós criamos esta unidade em 1997/1998 precisamente com vários objectivos, e um deles era trabalhar com agressores, fossem eles de que tipos fossem é evidente que os agressores que mais tem vindo aqui são os agressores de carácter sexual, de carácter conjugal. Portanto, o trabalho consiste fundamentalmente em responder a pedidos de tribunais quer para a avaliação dos agressores quer para a intervenção sobre eles. É um trabalho por um lado complexo, como deve calcular, mas por outra lado é simplificado pelo número de agressores que é contrário ao das vítimas. Os agressores como são condenados vão para a prisão ou ficam numa medida custodial não há nenhuma referência ao tratamento. Nos os agressores que temos tido aqui ao longo de dez anos são sobretudo casos que são enviados pelo tribunal mas também tem vindo alguns de livre vontade. Os agressores sexuais normalmente são enviados pelo tribunal em junção, isto é, eles tem uma condenação e acoplado a essa condenação vem a ideia de tratamento ou de intervenção. a grande preocupação que é feita aqui é desde logo avaliar o risco de reincidência e as áreas prioritárias a intervir ou seja em função dos factores de risco encontrados nos também elencamos também as áreas prioritárias, por exemplo, se o agressor sofrer de dependência de álcool isso é prioritário face a intervenção com outros objectivos e claro que nos aqui não trabalhamos no contexto de alcoologia mas por exemplo numa situação dessas o individuo é reencaminhado para um centro de alcoologia ou para o hospital psiquiátrico para tratar esse tipo de problemática só depois viria aqui. E portanto, a avaliação é sempre em função do risco e da tratabilidade, ou seja, quanto maior o risco menor a tratabilidade, e diminuir os factores de risco para uma recaída e também para proteger a vítima ou eventuais

vítimas. O trabalho é sobretudo, o modelo é de cariz cognitivo-comportamental e nos o que procuramos fazer é descondicionar o padrão de funcionamento sexual inadequado e substituí-lo por um padrão de funcionamento sexual adequado. Uma grande parte da intervenção consiste no debate sobre as distorções cognitivas e tentar levar o sujeito a não usar sistematicamente como desculpas para o seu comportamento anti-social e inapropriado formas de racionalização ou utilização de crenças que legitimam esse comportamento. Por exemplo, o indivíduo que diz que não foi bem um abuso sexual porque a vítima consentiu ou porque a vítima teve prazer tudo isto são formas que o agressor utiliza para racionalizar ou tentar legitimar aquilo que não é legítimo, no fundo tentar desculpabilizar-se. Nos trabalhamos muito estes elementos, também trabalhamos o que consideramos os desencadeadores do comportamento sexual agressivo, ou seja o indivíduo começa a perceber quando está a perder o controlo da situação e depois trabalhamos a prevenção da recaída, como é que o indivíduo consegue identificar internamente sinais de que está a perder o controlo e que esta outra vez a reincidir, nomeadamente se volta a consumir material pornográfico ou frequentar sites pornográficos, se abandonou uma parceira adequada em termos de relacionamento sexual e começa a procurar novamente prostitutas ou começa a interessar-se por parceiros sexuais inadequados tal como crianças. Identificar factores de risco, identificar prioridades de intervenção trabalhar distorções cognitivas, trabalhar comportamentos sexuais inadequados

3.2. Durante todo o processo de intervenção, quais são as maiores dificuldades com que se depara? Quais as razões e como as supera?

As maiores dificuldades em primeiro lugar é eles aparecerem, em segundo é eles aceitarem a determinação psicológica do seu comportamento, ou seja, muitos destes indivíduos muitas das vezes até por fugirem a responsabilidades dos seus actos alegam que isto é uma doença uma patologia, que já foram abusados em crianças e por isso se tornaram abusadores, e no tentamos descentrar-nos dessa perspectiva mais psicopatológica, para uma perspectiva mais de aprendizagem, que eles aprenderam mal relacionar-se de um ponto de vista sexual e desenvolveram fantasias inapropriadas e distorções cognitivas que hoje ajudam a legitimar o comportamento.

3.3. Quais são as estratégias de prevenção actualmente utilizadas para combater esta problemática?

Especificamente para agressores sexuais não há prevenção.

3.4. Quais seriam as suas propostas de intervenção?

A única que acho que falta é implementar programas de intervenção para agressores sexuais em meio prisional, e claros técnicos competentes para fazer isto em número suficiente. Como os agressores sexuais cometem crimes e vão para a prisão é diferencial que durante o período que cumprem pena houvesse um trabalho de intervenção com eles, para posteriormente haver este trabalho de controlo portanto,

3.5. Na sua opinião quais são os principais entraves à implementação do tratamento dos agressores sexuais em Portugal?

As maiores dificuldades em primeiro lugar é eles aparecerem, em segundo é eles aceitarem a determinação psicológica do seu comportamento. E como normalmente, os agressores sexuais normalmente são enviados pelo tribunal, o que dificulta a sua participação activa. No entanto, não há nenhuma referência ao tratamento em Portugal. Pelo menos que seja do meu conhecimento.,

ANEXO D: Entrevista 3

Guião de entrevista

1- Características sócio-demográfica

1.1 – Género feminino

1.2 Idade – 40 anos

1.3 Estado Civil – solteira

1.4 Habilitações literárias – licenciatura em Psicologia

2- Agressores sexuais

2.1. Tendo por base a sua experiência profissional, no nosso país como caracteriza os agressores sexuais?

Geralmente, os casos sinalizados, os agressores são intra-familiares. São pessoas que convivem diariamente com a criança, da família nuclear, que é o caso da mãe, do pai.. bem, há menos casos em que há mulher é abusadora, mas existem!

São pessoas que tem uma relação priverligiada com a criança e tem um poder sobre ela muito maior, até porque essa criança geralmente está dependente, é o pai o avô, o irmão. Há outro grupo que podem não viver com a criança, mas que se encontrem na família alargada. Já tenho tido casos, em que o agressor é o marido da ama da criança. Claro, que também há outros casos de abuso extra-familiar, mas é muito menos.

2.2. Quais considera serem os factores explicativos para este tipo de desvio sexual?

Penso ser complicado, primeiro porque os agressores não se assumem como tal. Há um ligeiro perfil mas são todos diferentes.

2.3. Considera possível a reabilitação dos agressores sexuais?

Acredito...com certos condicionalismos.

3- Intervenção dos profissionais

3.1 Quais são as principais estratégias de intervenção utilizadas com esta população?

Tentamos obter o maior número de informações, como se enquadra o agressor no contexto de vida da criança, que relação tem. Tentamos conduzir a entrevista para que o agressor possa retratar o que fez, ou confirmar o abuso. No entanto, a grande parte nega, o que torna o processo mais difícil. Tive por exemplo, um caso de uma jovem que me descreveu detalhadamente aquilo que o pai fazia, e quando confrontei o pai, ele confirmou.

Mas a grande parte dos abusadores nega a prática do abuso, essencialmente pelas consequências.

Se o agressor realmente assumir o abuso, o que é difícil, tentamos encaminhar para o GEAV, ou para a psiquiatria. Mas há poucos agressores que aceitem fazer tratamento. Primeiro muitas das vezes eles nem assumem o abuso, portanto nem sequer se mostram dispostos a tratar-se. E há poucos psiquiatras preparados para intervir terapêuticamente com agressores.

No entanto, aqui no serviço tentamos após a intervenção com a criança e se houver concordância de ambas as partes, confrontar o agressor e a vítima. Tentamos um processo terapêutico em que o agressor assume o abuso perante a criança.

3.2. Durante todo o processo de intervenção, quais são as maiores dificuldades com que se depara? Quais as razões e como as supera?

Essencialmente, o facto de os agressores não assumirem o abuso, para além, de que não há informação e formação suficiente nesta problemática. Bem, tento ler livros que foquem esta problemática, estudar e saber o mais possível, frequentar acções de formação, enfim, tentar efectuar uma constante aprendizagem.

Tentar pôr em práticas esses conhecimentos, e no nosso serviço já temos uma abordagem pré-definida para lidar com estes casos. É necessária uma sensibilização a todas as entidades para que realmente haja um trabalho conjunto.

3.3. Quais são as estratégias de prevenção actualmente utilizadas para combater esta problemática?

Não há qualquer trabalho de prevenção em Portugal! Era preciso que todos os técnicos que lidam com as vítimas, desde professores, educadores, entre outros, tivessem formação nesta área. Até porque trabalhando com as vítimas de certa forma, estamos a prevenir possíveis futuros agressores.

Os técnicos não estão preparados para trabalhar com crianças muito menos com os agressores. A ignorância faz com que se cometam muitos erros, e é muito frustrante.

O único gabinete cá no Porto que vai intervindo com agressores é o GEAV, mas só dão alguma resposta porque tem os estagiários, e depois os estagiários acabam o curso e o trabalho terapêutico é interrompido. Quer dizer, deveria haver um trabalho de prevenção, formação para todos os técnicos sobre tudo que engloba o abuso sexual.

3.4. Quais seriam as suas propostas de intervenção?

Sem duvida alguma, maior divulgação, campanhas de prevenção, educação sexual nas escolas, uma equipa multidisciplinar para intervir por um lado com as crianças e por outro com os agressores. Mas todos a trabalhar com um mesmo objectivo.

3.5. Na sua opinião quais são os principais entraves à implementação do tratamento dos agressores sexuais em Portugal?

3.5. Dos três tipos de prevenção existentes (primária, secundária e terciária) qual pensa que é mais eficaz?

O ideal seria haver um maior investimento na prevenção primária, no entanto, como as coisas se encontram actualmente acredito que a terciária seria mais eficaz.

3.6. No que concerne à legislação actual portuguesa referente a esta problemática, considera-a apropriada?

Penso que não. Mas também é uma problemática bastante complicada. Grande parte dos agressores não é condenados, e quando são, muitas vezes no fim do cumprimento da pena reincidem.

Já existe uma proposta de lei, que acredito estar mais adequada. Mas a minha proposta seria sem dúvida uma intervenção obrigatória para todos os agressores reclusos ou não.

Guião de entrevista

1- Características sócio-demográfica

1.1 – Género – feminino

1.2 - Idade – 40 anos

1.3 - Estado Civil – casada

1.4 Habilitações literárias – licenciatura

2- Agressores sexuais

2.1. Tendo por base a sua experiência profissional, no nosso país como caracteriza os agressores sexuais?

A ideia que eu tenho da experiência que tenho, a maior parte dos agressores sexuais não admite a culpa. Eu trabalho com agressores sexuais dentro da família, e é muito raro admitirem o abuso. Mas acredito que fosse importante trabalhar com eles, pois a taxa de reincidência é elevadíssima. Sei de casos de indivíduos que abusam da filha, e entretanto a filha engravida e tem filhos, e abusam da neta. É muito complicado e se não se fizer intervenção torna-se mais complicado ainda.

De uma forma geral, os abusadores são o pai e o padrasto, que não tem aquela relação de parentesco e portanto, não sentem no fundo aquela censura social. Os avós também.

2.2. Quais considera serem os factores explicativos para este tipo de desvio sexual?

Muito sinceramente, desconheço estudos feitos nesta área. E não encontro explicações.

2.3. Considera possível a reabilitação dos agressores sexuais?

Acredito que eles possam ser tratados, agora... em termos de experiência, não tenho!
Não sei!

3- Intervenção dos profissionais

3.1 Quais são as principais estratégias de intervenção utilizadas com esta população?

Há uma nova proposta de lei para código penal, que acredito estar mais adequada. Pelo menos há ideia, há uma vontade de intervir, o que é preciso é encontrar estruturas de apoio que possam satisfazer estas necessidades. Isto é, até podemos ter uma lei bonita, que diz que podemos suspender a execução da pena, podemos suspender temporariamente o processo, mediante a condição de o arguido obter um programa de tratamento, o problema é não termos as estruturas.

3.2. Durante todo o processo de intervenção, quais são as maiores dificuldades com que se depara? Quais as razões e como as supera?

Essencialmente os agressores não admitirem e o não haver estruturas suficientes.

Para uma suspensão de pena, por exemplo, o indivíduo tem de haver um carácter diminuto da culpa, o que nos casos de abuso sexual é complicado, os agressores admitirem. Tem que ter a concordância do arguido e do ministério público, só com este consenso, o caso fica suspenso. Mas nunca propus num caso de abuso sexual, e normalmente não há carácter diminuto de culpa.

3.3. Quais são as estratégias de prevenção actualmente utilizadas para combater esta problemática?

Nós aqui não trabalhamos com prevenção, trabalhamos após o cometimento do crime, fazemos uma investigação e depois a partir daí trabalhamos com o agressor e com a vítima. Mas não tenho conhecimento de qualquer prevenção feita com agressores.

3.4. Quais seriam as suas propostas de intervenção?

Campanhas, educação sexual... formação e encontrar estruturas que possam dar resposta ao tratamento dos agressores, para evitar a reincidência. E por outro lado, também passa por uma atitude de todos os profissionais trabalharem em conjunto. No fundo, de haver um trabalho em rede para um só objectivo, quer para proteger as vítimas quer para evitar a reincidência por parte dos agressores. Trabalhar com os agressores é muito importante tal como com as vítimas.

Acho que só haverá uma intervenção eficaz se trabalharmos todos juntos, cada um na sua valência obviamente, sem tentativas de desempenhar os papéis dos outros.

Eu acho que a legislação é apropriada que tem possibilidades de ser uma boa legislação, agora falta-nos as estruturas que nos permitam aplica-la em toda a sua plenitude. Também vai haver uma alteração. A maior parte dos crimes de abusos sexuais, são crimes semi-públicos, ou seja, a mãe ou o representante legal tem que apresentar queixa, a não ser em alguns casos. E a partir de agora vão ser todos públicos.

ANEXO F: Entrevista 5

Guião de entrevista

1- Características sócio-demográfica

1.1 – Género – Feminino

1.2 Idade – 40 anos

1.3 Estado Civil – divorciada

1.4 Habilitações literárias – licenciatura em Serviço Social

2- Agressores sexuais

2.1. Tendo por base a sua experiência profissional, no nosso país como caracteriza os agressores sexuais?

Bem, na sua maioria são pessoas íntimas da criança. A taxa de abuso intra-familiar é sem dúvida a mais elevada. De certa forma, a proximidade com a criança “facilita” o abuso. São pais, tios, irmãos e algumas vezes padrastos.

2.2. Quais considera ser os factores explicativos para este tipo de desvio sexual?

Acredito que este desvio aconteça essencialmente por perturbações a nível psicológico. Mas na minha experiências pessoal, a maior parte dos agressores estavam inseridos em famílias problemáticas. Problemáticas desde toxicodependência, alcoolismo, abandono parental. Enfim, todo um conjunto de situações que não contribui para a estabilidade de um indivíduo. Por isso mesmo, urge intervir.

2.3. Acredita na reabilitação dos agressores sexuais?

Bem.. muito sinceramente?! Não sei! Talvez se tiverem um acompanhamento psicológico e social constante.. mas mesmo assim.. talvez exista uma terapia capaz de os reabilitar.. Como entende, esta problemática é bastante complicada.

3- Intervenção dos profissionais

3.1 Quais são as principais estratégias de intervenção utilizadas nesta população?

Intervenção?! Bem, a minha intervenção com esta população é mínima. Como já lhe disse, é um tema complicado, para o qual a maior parte dos profissionais não se encontra preparado para intervir. No entanto, tento reunir informações tanto sobre o abuso como o sujeito. Mediante as mesmas, normalmente encaminho o agressor, o que também é complicado. Uma vez que não há informação suficiente sobre o que fazer nestes casos.

3.2. Durante todo o processo de intervenção, quais são as maiores dificuldades com que se depara? Quais as razões e como as superar?

Bem, esta população é muito complicada de intervir. Não há informação suficiente sobre esta temática. Tento ir a acções de formação, colóquios, enfim, tento manter-me actualizada, mas é complicado.

3.3. Quais são as estratégias de prevenção actualmente utilizadas para combater esta problemática?

Simplesmente não existem!

3.4. Quais seriam as suas propostas de intervenção?

Essencialmente trabalhar com esta população. Considero importante trabalhar com as vítimas, no entanto, não se pode descurar dos agressores, até porque a taxa de reincidência é muito elevada.

Haver equipas multidisciplinares para intervir nestes casos.

3.5. Na sua opinião quais são os principais entraves à implementação do tratamento dos agressores sexuais em Portugal?

Primeiramente, a falta de informação. Em segundo lugar, é muito difícil o agressor realmente assumir o acto. É realmente uma das populações mais difíceis de intervir. E

por fim, acredito que não existem muitos técnicos que trabalhem especificamente com estes sujeitos.

ANEXO G: Grelhas de Análise de Conteúdo

1ª Tabela:

Categoria:

Agressores Sexuais

Subcategoria:

Caracterização dos agressores

Unidade de Análise		
Registro		Contexto
Formal	Semântico	
Intra-familiar		<p>“Cerca de 80% dos casos é intra-familiar. No entanto, é raro o acto da cópula no abuso sexual intra-familiar.(...)” (E#1)</p> <p>“Em muitos casos, são de cariz intra-familiar. “ (E#2)</p> <p>“Geralmente, nos casos sinalizados, os agressores são intra-familiares (...)” (E#3)</p> <p>“A taxa de abuso intra-familiar é sem dúvida a mais elevada.” (E#5)</p> <p>“ (...) Os agressores são desde pais, padrastos, tios, irmãos. “ (E#1)</p> <p>“São pessoas que convivem diariamente com a criança, da família nuclear, que é o caso da mãe, do pai. Bem, há menos casos em que a mulher é abusadora, mas existem! São pessoas que têm uma relação privilegiada com a criança e têm um poder sobre ela muito maior, até porque essa criança geralmente</p>
	Tipos de agressores	

está dependente: é o pai o avô, o irmão. (E#3)”

“De uma forma geral, os abusadores são o pai (...) e o avô. (E#4)”

2ª Tabela:

Categoria:

Agressores Sexuais

Subcategoria:

Factores explicativos

Unidade de Análise		
Formal	Registro	
	Semântico	Contexto
Meio familiar		<p>“Os agressores provêm de famílias disfuncionais, meios disfuncionais. (E#1)”</p> <p>“ (...) aspectos de vinculação em relação à figura parental(...) padrões de vinculação pais-crianças inapropriados onde está sobretudo presente o padrão de frieza, de distância afectiva e a falta de empatia dos pais para com eles que depois reproduzem em relação a outras pessoas.” (E#2)</p>
Alcoolismo	Causas	<p>“ (...) na minha experiências pessoal, a maior parte dos agressores estavam inseridos em famílias problemáticas.” (E#5)</p> <p>“Acredito que o grande problema seja o meio em que o agressor está enquadrado, sem quadro de valores e normas sociais. Outro factor que influencia este tipo de agressores é o alcoolismo. Grande parte dos casos que investigo, os agressores ou são alcoólicos ou toxicodependente. “ (E#1)</p>

“Problemas de educação, falta de normas sociais, e de igual forma **alcoolismo**.” (E#1)

“Problemáticas desde toxicodpendência, **alcoolismo**, abandono parental.” (E#5)

3ª Tabela:

Categoria:

Agressores Sexuais

Subcategoria:

Reabilitação

Unidade de Análise		
Registro		Contexto
Formal	Semântico	
Terapia		“Sinceramente não (...) só se estiverem em permanente terapia , mas mesmo assim, não sei se é possível!” (E#1)
Factores de risco		“ (...) talvez exista uma terapia capaz de os reabilitar. “ (E#5)
		“Acredito, mas tenho que colocar as coisas mais uma vez em factores de risco , quanto maior o número de factores de risco , em determinados indivíduos, menor a probabilidade de reabilitação.” (E#2)
	Tratamento	“Acredito...com certos condicionalismos .” (E#3)
		“Acredito que eles possam ser tratados, agora... em termos de experiência, não tenho! Não sei!” (E#4)

4ª Tabela:

Categoria:

Intervenção dos profissionais

Subcategoria:

Estratégias de intervenção

Unidade de Análise		
Registro		Contexto
Formal	Semântico	
Intervenção		<p>“Não existe uma intervenção concertada. Não há uma multidisciplinaridade nas instituições que intervêm nestes casos.” (E#1)</p> <p>“Quanto mais cedo se começa a agredir sexualmente maior a probabilidade que este indivíduo reaja pouco digamos a essa intervenção, por isso é necessário ser controlado.” (E#2)</p> <p>“ (...) se o agressor sofrer de dependência de álcool isso é prioritário face a intervenção com outros objectivos e claro que nos aqui não trabalhamos no contexto de alcoologia mas por exemplo numa situação dessas o indivíduo é reencaminhado para um centro de alcoologia ou para o hospital psiquiátrico para tratar esse tipo de problemática só depois viria aqui.” (E#2)</p> <p>“Identificar factores de risco, identificar prioridades de intervenção trabalhar distorções cognitivas, trabalhar comportamentos sexuais inadequados “ (E#2)</p>

<p>Avaliação</p>	<p>Substituição de padrão sexual</p>	<p>“ (...) o trabalho consiste fundamentalmente em responder a pedidos de tribunais quer para a avaliação dos agressores quer para a intervenção sobre eles”.(E#2)</p> <p>“E portanto, a avaliação é sempre em função do risco e da tratabilidade, ou seja, quanto maior o risco menor a tratabilidade, e diminuir os factores de risco para uma recaída e também para proteger a vítima ou eventuais vítimas.” (E#2)</p> <p>“O trabalho é sobretudo, o modelo de cariz cognitivo-comportamental e nós o que procuramos fazer é descondicionar o padrão de funcionamento sexual inadequado e substituí-lo por um padrão adequado. Uma grande parte da intervenção consiste no debate sobre as distorções cognitivas e tentar levar o sujeito a não usar sistematicamente como desculpas para o seu comportamento anti-social e inapropriado formas de racionalização ou utilização de crenças que legitimam esse comportamento.” (E#2)</p>
<p>Informações</p>		<p>“Tentamos obter o maior número de informações, como se enquadra o agressor no contexto de vida da criança, que relação tem. Tentamos conduzir a entrevista para que o agressor possa retratar o que fez, ou confirmar o abuso “ (E#3)</p> <p>“ (...) tento reunir informações tanto sobre o abuso como o sujeito. Mediante as mesmas, normalmente encaminho o agressor, o que também é complicado.” (E#5)</p>

GEAV		“Se o agressor realmente assumir o abuso, o que é difícil, tentamos encaminhar para o GEAV, ou para a psiquiatria.” (E#3)
------	--	---

5ª Tabela:

Categoria:

Intervenção dos profissionais

Subcategoria:

Principais dificuldades de intervenção e como superar

Unidade de Análise	
Registro	Contexto
Formal	Semântico
Reincidência	<p>Desculpabilização do agressor</p> <p>“(…) porque os agressores não se assumem como tal..” (E#3)</p> <p>“(…) a grande parte nega, o que torna o processo mais difícil” (E#1)</p> <p>“(…) nos casos de abuso sexual é complicado os agressores admitirem “(E#2)</p> <p>“(…) normalmente não há carácter diminuto de culpa.” (E#4)</p> <p>“Há uma grande probabilidade de reincidência nos agressores sexuais de menores.” (E#2)</p> <p>“Mas acredito que fosse importante trabalhar com eles, pois a taxa de reincidência é elevadíssima. “ (E#4)</p>

Formação

“ Eu por exemplo, interesso-me por aprender, portanto, tento ter uma **formação** nesta área. Mas em termos de instituição, não são financiadas e temos alguns problemas para conseguir autorização para podermos frequentar formações.” (E#1)

“Tento ler livros que foquem esta problemática, estudar e saber o mais possível, frequentar acções de **formação**, enfim, tentar efectuar uma constante aprendizagem.” (E#3)

“Tento ir a acções de **formação**, colóquios, enfim, tento manter-me actualizada, mas é complicado.” (E#5)

6ª Tabela:

Categoria:

Intervenção dos profissionais

Subcategoria:

Estratégias de prevenção

Unidade de Análise		
Formal	Registro	
	Semântico	Contexto
Prevenção		<p>“Especificamente para agressores sexuais não há prevenção!” (E#2)</p> <p>“Não tenho conhecimento de qualquer prevenção feita com agressores.” (E#4)</p> <p>“Não há qualquer trabalho de prevenção em Portugal.” (E#3)</p> <p>“Simplesmente não existe prevenção.” (E#5)</p>

7ª Tabela:

Categoria:

Intervenção dos profissionais

Subcategoria:

Propostas de intervenção

Unidade de Análise	
Registro	Contexto
Formal	Semântico
Intervenção	<p>“A comunicação falar mais sobre esta problemática, haver realmente uma intervenção concertada!” (E#1)</p> <p>“Ora, uma vez que não conseguimos intervir eficazmente com a criança, torna-se impossível intervir com agressores. Penso que a intervenção tem que ser pensada, de facto, individualmente, no entanto, constantemente interligadas.” (E#1)</p> <p>“Programas de intervenção para agressores sexuais em meio prisional, e claro técnicos competentes para fazer isto em número suficiente.” (E#2)</p> <p>“Intervenção obrigatória para todos os agressores reclusos ou não.” (E#3)</p>

<p>Equipa multidisciplinar</p>	<p>Prevenção</p>	<p>“Até porque trabalhando com as vítimas de certa forma, estamos a prevenir possíveis futuros agressores.” (E#3)</p> <p>“ (...) uma equipa multidisciplinar para intervir por um lado com as crianças e por outro com os agressores. Mas todos a trabalhar com um mesmo objectivo.” (E#3)</p> <p>“ Haver equipas multidisciplinares para intervir nestes casos.” (E#5)</p>
	<p>Sugestões</p>	<p>“ (...) maior divulgação, campanhas de prevenção, educação sexual nas escolas (...)”. (E#3)</p> <p>“Campanhas, educação sexual... formação e encontrar estruturas que possam dar resposta ao tratamento dos agressores, para evitar a reincidência. E por outro lado, também passa por uma atitude de todos os profissionais trabalharem em conjunto. No fundo, de haver um trabalho em rede para um só objectivo, quer para proteger as vítimas quer para evitar a reincidência por parte dos agressores. Trabalhar com os agressores é muito importante tal como com as vítimas. “ (E#4)</p> <p>“Era preciso que todos os técnicos que lidam com as vítimas, desde professores, educadores, entre outros, tivessem formação nesta área.” (E#3)</p>

8ª Tabela:

Categoria:

Intervenção dos profissionais

Subcategoria:

Entraves à implementação do tratamento

Unidade de Análise		
Formal	Registo	Contexto
	Semântico	
	Falta de informação	<p>“O facto de não haver uma troca constante de informações não nos deixa intervir atempadamente “ (E#1)</p> <p>“Não há nenhuma referência ao tratamento” (E#2)</p> <p>“Os agressores sexuais normalmente são enviados pelo tribunal” (E#2)</p> <p>“ (...) a falta de informação.” (E#5)</p>
	Não consciencialização do acto	<p>“Primeiro muitas das vezes eles nem assumem o abuso, portanto nem sequer se mostram dispostos a tratar-se..” (E#3)</p> <p>“Essencialmente os agressores não admitirem (...)” (E#4)</p> <p>“As maiores dificuldades em primeiro lugar é eles aparecerem, em segundo é eles aceitarem a</p>

		<p>determinação psicológica do seu comportamento,” (E#2)</p> <p>“ O facto de os agressores não assumirem o abuso (E#3)</p> <p>“ (...) é muito difícil o agressor realmente assumir o acto.” (E#5)</p> <p>“ (...) há poucos psiquiatras preparados para intervir terapêuticamente com agressores.” (E#3)</p> <p>“ (...) para além, de que não há informação e formação suficiente nesta problemática.” (E#3)</p> <p>“ (...) não haver profissionais suficientes.” (E#4)</p> <p>“ (...) não existem muitos técnicos que trabalhem especificamente com estes sujeitos.” (E#5)</p>
	<p>Escassez de recursos humanos qualificados</p>	

