

## VÍTIMAS DE ABUSOS SEXUAIS

### Da intervenção individual à intervenção em rede

*Marlene Braz Rodrigues Lourenço<sup>1</sup>*

*Ouço os passos dele no corredor. A madeira do soalho range sempre, como rangem as solas dos seus sapatos. Fechei a porta mas sei que não vai adiantar nada. Ele consegue sempre o que quer. Já ouço, a maçaneta à roda devagarinho e sinto a respiração pesada, o hálito a cerveja, o suor que lhe escorre do corpo. Encolho-me, mas sei que não servirá de nada. Ele consegue sempre o que quer. E quer-me a mim...*

(Mário Cordeiro in *Ouço os passos dele no corredor...*)

### A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS SERVIÇOS MÉDICO-LEGAIS

As principais referências processuais relativas às competências dos institutos de medicina legal em matéria da perícia médico-legal propriamente dita estão contempladas no artigo 159º do Código de Processo Penal de 1987 (perícia médico-legal e psiquiátrica)<sup>2</sup>, no Decreto-Lei nº 96/2001, de 26 de Março (atribuições do Instituto e competências do Serviço de Clínica Médico-Legal)<sup>3</sup> e na Lei nº 45/2004 de 19 de Agosto<sup>4</sup> (realização de perícias).

Tal como refere Costa Santos (1998) o exame pericial tem as suas regras: tem um espaço, um tempo e um modo que devem ser respeitados. Os médicos, de quem se espera a busca e identificação da “prova”, *i.e.*, “a pesquisa sistemática e o reconhecimento das marcas ou indícios de abuso sexual” (Costa Santos, 1998:64), deparam-se, no entanto, com inúmeras dificuldades que surgem naturalmente acrescidas quando as vítimas são crianças e jovens. E o autor enumera algumas delas: a ignorância, por parte de alguns médicos, de vectores importantes como a

---

<sup>1</sup> Professora Associada do ISSSL. Assistente Social na Delegação de Lisboa do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML)

<sup>2</sup> “(...) 1. a perícia médico-legal é deferida aos institutos de medicina legal, aos gabinetes médico-legais, a médicos contratados para o exercício de funções periciais nas comarcas ou, quando isso não for possível ou conveniente, a quaisquer médicos especialistas ou de reconhecida competência para a actividade médico-legal, nos termos da lei (...)”.

<sup>3</sup> No artigo 2º do referido Decreto-Lei refere como atribuições do Instituto: “(...) b) Cooperar com os tribunais e demais serviços e entidades que intervêm no sistema de administração da justiça, realizando exames e perícias de medicina legal que lhe forem solicitados, bem como prestar-lhes apoio técnico e laboratorial especializado (...)”. No artigo 27º (Serviço de Clínica Médico-Legal) pode ler-se: “1- Ao Serviço de Clínica Médico-Legal compete a realização de exames e perícias em pessoas, para descrição e avaliação dos danos provocados na integridade psico-física, nos diversos domínios do direito, designadamente no âmbito do direito penal, civil e do trabalho, nas comarcas do âmbito territorial de actuação da delegação (...)”.

<sup>4</sup> O artigo 2º da Lei nº 45/2004 de 19 de Agosto de 2004 refere: “1-As perícias médico-legais são realizadas, obrigatoriamente nas delegações e nos gabinetes médico-legais do Instituto Nacional de Medicina Legal, adiante designado por Instituto, nos termos dos respectivos estatutos (...)”

epidemiologia; a dinâmica e os diversos modos de apresentação dos abusos sexuais; o conhecimento das etapas ou estádios do desenvolvimento das crianças (é diferente observar uma criança de dois anos de idade, uma criança de oito ou uma jovem); o desconhecimento das regras do exame pericial; o domínio das técnicas de observação nestes diferentes grupos etários (recurso à manipulação de bonecos, ao desenho, ao jogo, à dramatização). Estas questões são tanto mais pertinentes quanto se observam, frequentemente, comportamentos relativos ao exame médico que incidem quase exclusivamente nas lesões existentes ao nível da região perineal. O exame pericial não se esgota no acto de identificar a presença de vestígios traumáticos ou infecciosos, ainda que isso seja necessário e importante. Porém, limitar o exame a esses objectivos equivale, como refere Costa Santos (1998) “a tocar notas quanto o que importa é fazer música” (Costa Santos, 1998:65)<sup>5</sup>. A ausência de sinais físicos não permite, portanto, excluir essa possibilidade sobretudo quando muitos dos observados apresentam outro tipo de sinais e sintomas – os de natureza cognitiva, afectiva e emocional.

A desvalorização de indicadores importantes, como, por exemplo, o tipo de interacção com os acompanhantes da criança de alegado abuso sexual, o relato que ela faz dos acontecimentos e o modo como descreve as suas queixas (quando consegue exprimir-se verbalmente), a postura, o contacto e as alterações do comportamento<sup>6</sup> comprometem os objectivos da sexologia forense<sup>7</sup> porque enferma ainda daquilo que Costa Santos (1998) designa de *paradigma himenocrático*<sup>8</sup>.

O exame pericial, de natureza sexual, representa um meio de prova que não pode ser limitado tão-só à identificação de sinais traumáticos ou vestígios infecciosos, constituindo “uma síntese compreensiva e integrada de todos os elementos apurados, sejam eles de natureza física, psicológica

---

<sup>5</sup> Num estudo efectuado no Serviço de Clínica Médico-Legal do Instituto de Medicina Legal de Lisboa, entre 1989 e 1993, verificou-se que de um total de 602 alegadas vítimas de abuso sexual, cerca de 77% eram crianças ou adolescentes e destas cerca de 63% não apresentavam, à data da observação, sinais físicos de abuso sexual (Madeira, R. e Costa Santos, J. (1995): “Sexual Offences: Some data on alleged victims examined at the Institute of Legal Medicine of Lisbon in a five years period (1989-1993)” *Minerva Medicolegale*, 115 (4): 181-185.

<sup>6</sup> As principais alterações do comportamento são: o medo e a ansiedade, as perturbações do sono e os pesadelos, o retraimento, a desconfiança, o mutismo, a passividade ou alheamento, ou, ao invés, a desinibição ou a erotização, a sensação de que o seu corpo se encontra sujo ou ferido, o medo de que os órgãos genitais tenham ficado irreparavelmente marcados)

<sup>7</sup> Ramo da medicina legal que se dedica, entre outras questões, ao estudo e investigação das alegadas vítimas de crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual.

<sup>8</sup> A incidência da perícia médico-legal de natureza sexual na observação dos órgãos genitais externos e, em especial, do hímen, erigido, assim, em sede privilegiada, senão mesmo exclusiva, de prova (Costa Santos, 1998:67). Esta postura remonta aos primórdios do século e segundo esta, os peritos médicos “deviam fechar os ouvidos e abrir os olhos”, querendo com isto significar que a única maneira de garantir a objectividade do exame consistia em impedir que a observação pudesse ser de alguma forma contaminada pelas informações relacionadas com os acontecimentos que lhe deram origem. A propósito desta questão Costa Santos contrapõe: “semelhante recomendação ignora que a primeira condição de objectividade consiste justamente em reconhecer que em tudo existe uma componente subjectiva (maior ou menor, mas existe). Esta postura nega o valor da informação (qualquer que seja a sua proveniência) e a capacidade que o perito deve possuir para gerir a informação obtida e compará-la com os resultados da sua própria observação (Costa Santos, 1998:68).

ou comportamental” (Costa Santos, 1998:69). O Assistente Social da Delegação de Lisboa do INML procura, assim, contribuir para esta mudança de paradigma uma vez que pretende romper com intervenções fragmentadas, dicotomizadas (protecção/punição) e orientadas para um eventual tratamento físico e mental das vítimas. Ao invés, procura contribuir para a reflexão que tenha em conta: o aprofundamento do fenómeno do abuso sexual; estratégia de intervenção que integrem as multidimensões deste fenómeno e que procurem mudar as trajectórias das crianças e dos jovens, das suas famílias e dos abusadores.

### **O atendimento efectuado pelo Assistente Social na Delegação de Lisboa do Instituto Nacional de Medicina Legal (DL-INML)**

Na Delegação de Lisboa do Instituto Nacional de Medicina Legal (DL-INML) privilegia-se a intervenção directa com as vítimas de violência sexual (1ª fase de intervenção), o qual pretende constituir o ponto de partida para uma intervenção em rede que envolva vários parceiros sociais (2ª fase da intervenção).

Através de um conjunto de procedimentos, o Assistente Social (A.S.) recolhe um conjunto de informação que permitem a análise e diagnóstico da situação social da criança ou do(a) jovem. O resultado depende, como, aliás, acontece noutras situações, da intersecção de dois vectores: o primeiro, estreitamente ligado a uma competência teórico-metodológica e o segundo, escorado no conhecimento técnico (e não tecnicista), relacionado com a utilização dos instrumentos de trabalho e com as competências profissionais (treino, familiarização, experiência, etc.).

Os instrumentos acima referidos, entendidos como o conjunto de recursos ou meios que permitem a operacionalização da acção profissional, encontram na análise da documentação e nas entrevistas com a criança ou jovem e seus pais ou familiares, a sua expressão mais relevante.

A entrevista efectuada pelo Assistente Social na Delegação de Lisboa do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) inscreve-se num processo de acolhimento que proporciona:

- Um espaço e um tempo de escuta, bem diversos dos interrogatórios policiais ou administrativos;
- A preparação para o exame de clínica médico-legal de natureza sexual;
- A identificação do circuito institucional percorrido pela vítima e seus familiares desde a denúncia/queixa;
- O diagnóstico da situação socioeconómica da família;
- A preparação da intervenção com vista a concretizar as medidas que visam a protecção da vítima (especialmente quando o agressor se encontra no seio da família);

- O encaminhamento para outras instituições (Ministério Público, Comissões de Protecção de Menores, Projecto de Apoio à Família e à Criança, Instituto de Apoio à Criança, Núcleos de Apoio às Crianças Maltratadas e Vítimas de Abusos Sexuais, Tribunais de Família e de Menores, Centros Distritais de Segurança Social, Santa Casa de Misericórdia, etc.);
- A mediação com outros serviços de forma a salvaguardar os direitos das vítimas e das suas famílias.

### **A importância da entrevista com as vítimas e os pais/outros familiares**

A entrevista a sós com a criança/jovem (quando tal é possível) incide sobre: o relato verbal, a forma como o “menor” narra relata o abuso e a sua capacidade em descrever as circunstâncias e fornecer pormenores sobre o acontecido; a vivência do abuso (como é que o “menor” descreve um conjunto de vivências similares às descritas por outras vítimas do mesmo grupo etário); a consonância/dissonância discurso/comportamento/afectos; o discurso da criança em consonância/dissonância com a sua idade.

Quando da realização da entrevista com a criança deve ter-se em conta alguns procedimentos, tais como: apresentar a sala onde decorrerá a entrevista; familiarizá-lo com o espaço; apelar para a importância de não ter medo e de contar a verdade, orientando-o, sem o pressionar, para o motivo da entrevista; introduzir as questões abertas após a narrativa da criança de modo a não produzir “ruídos” na narrativa; usar bonecos e desenhos como auxiliares da narrativa; sintetizar o relato da vítima, não apenas para completar a informação, mas também para tentar perceber a sua percepção e entendimento da experiência narrada.

A entrevista com os pais ou outros familiares tem como finalidade: associar os pais (ou outros familiares) ao processo de apoio, como representantes legais da criança ou como promotores dos seus direitos; perceber qual a auto-representação que o familiar tem do alegado abuso sexual, a fim de poder orientar o apoio que deve ser prestado; obter informação sobre os antecedentes da criança (saúde, desenvolvimento psico-afectivo, educação/aprendizagem, etc.); prestar apoio (jurídico, psicológico, etc.); maximizar a informação que já se obteve sobre a criança sobretudo em relação ao alegado abuso sexual; perceber o nível de autonomia discursiva da criança, ou o seu grau de concordância/discordância do relato da mãe.

Os Serviços Médico-Legais não dispõem, naturalmente, de recursos ou condições para assegurar uma resposta a diversos problemas identificados em casos de violência doméstica e/ou sexual, que, pela sua natureza, transcendem a esfera de competência do INML. Ainda que na Delegação de Lisboa, as vítimas sejam encaminhadas, de forma personalizada, para as instituições

vocacionadas para assegurar a resposta aos problemas identificados trata-se, todavia, de um encaminhamento casuístico e pontual, com escassa ou nula informação de retorno, que poderá contribuir para aumentar o número de atendimentos em detrimento da sua qualidade de intervenção – uma situação que carece de solução.

Por outro lado, os diferentes profissionais experimentam, de um modo geral, sérias dificuldades em lidar com os aspectos legais e vice-versa (protecção do menor). O resultado desta dicotomia é que ambas as dimensões dificilmente se encontram, e nem sempre, se articulam comprometendo, assim, uma intervenção que se quer global (integrada).

Com efeito, a ausência de uma rede articulada de intervenção nesta área tem originado descontinuidade na aplicação de recursos, programas e acções isoladas, medidas fragmentadas, pontuais e imediatistas. Se, por um lado, se verifica uma falta de acompanhamento e avaliação da intervenção, por outro, não existe uma adequação e clareza metodológica do trabalho a ser realizado, ainda que haja um certo consenso de que urge acabar com intervenções fragmentadas e efectuar acções preventivas que passam pela família.

### **Abuso sexual: da concepção à necessidade de uma intervenção articulada e em rede**

O abuso sexual (familiar e extra familiar) e a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes constituem uma violação dos seus direitos humanos e sexuais, dos direitos de um ser que se encontra em desenvolvimento. Tal como refere Faleiros *et al.* (2001), para além da violação à integridade física e psicológica, ao respeito, à dignidade, à sexualidade responsável e protegida, é violado o direito ao processo de desenvolvimento físico, psicológico, moral e sexual sadios. Ética, cultural e socialmente, a violência sexual contra crianças e adolescentes é uma violação dos direitos universais, das regras sociais e familiares das sociedades em que esta ocorre. Trata-se, assim, de uma transgressão dos limites humanos, legais, culturais, sociais, físicos e psicológicos e, neste sentido, constitui um crime, *i.e.*, o uso e abuso (inumano) da sexualidade da criança e do jovem.

Atendendo a que a compreensão do fenómeno do abuso sexual é entendida como uma questão social, cultural, económica e política, também a intervenção nos abusos sexuais implica, tal como refere Faleiros (2001) privilegiar o sujeito de direitos (não o cliente), a trajectória de mudança ao invés do problema (visto como individual e isolado), assim como as relações sociais e psicossociais ao invés do simples tratamento físico.

A concepção vigente em Portugal encontra-se, sobretudo, centrada nas acções de denúncia, de punição e de tratamento. Não raras vezes, a queixa/notificação de um abuso sexual e o seu percurso nos diferentes fluxos do circuito provocam um corte de natureza ética e operacional nos percursos ou itinerários das vítimas, das famílias e dos abusadores: o abusador acaba por ficar confinado a

uma identidade e a um lugar – o de destinado a ser punido; o abusado a uma identidade de vítima – a ser protegida e “tratada”. Resulta daqui, uma dicotomização em duas realidades distintas: a dos dispositivos legais e processuais e a dos sentimentos, dores e danos. Esta concepção bipolarizada a partir da queixa/notificação acaba por actuar paralelamente e, portanto, com pouca ou nenhuma articulação (Faleiros, 2001), condenando, assim, a intervenção que se quer integrada (global).

Quando a responsabilização do abusador é essencialmente centrada na sanção/punição pelo crime cometido, numa concepção jurídico-policial repressiva e punitiva do abuso sexual (a intervenção ao nível deste fenómeno assenta principalmente na punição deste), acaba por negligenciar as outras esferas que se prendem com a defesa de direitos e o atendimento de todas as pessoas envolvidas nas situações de violência sexual (vítimas, familiares e abusadores) e dos seus diferentes danos e sofrimentos. Assim, para além da condenação do abusador ou do arquivamento do processo, a intervenção deve visar a continuidade do atendimento e a garantia dos direitos da vítima, dos seus familiares e do acusado.

O abuso sexual, entendido como um fenómeno global, com consequências em todas as esferas do indivíduo, e como garantia e defesa dos direitos tem de passar por um ordenamento institucional que articule Estado e sociedade. Em Portugal, porém, as medidas de intervenção possuem frequentemente um carácter de emergência e visam essencialmente interrogar, abrir um processo judiciário, realizar perícias e respectivo relatório com vista à obtenção da prova, tratar a vítima (numa abordagem clínica), afastar a vítima ou o abusador do domicílio, deter preventivamente o agressor (quando isso é possível), etc.

Ainda que estas acções sejam importantes e indispensáveis não impedem uma outra tendência ao nível da intervenção: passada a situação de o estado emergência, próprio da revelação de um determinado abuso sexual, verifica-se aquilo que Faleiros (2001) designa de (re)acomodação às condições objectivas e subjectivas que geraram a violência sexual, como se tudo “voltasse ao normal”, tanto por parte das pessoas envolvidas na situação quanto de instituições e profissionais que actuam nas mesmas. Assim, as trajectórias dos indivíduos pouco ou nada se alteram<sup>9</sup>, resumindo-se a intervenção à punição do abusador, ao atendimento “de emergência”, à reparação (ocasional) de danos provocados pelo abuso, ao tratamento psicoterapêutico, às medidas de protecção limitadas ao afastamento do convívio com o agressor (muitas vezes é a criança que é afastada do seu lar).

---

<sup>9</sup> O abusador continua a ser um abusador, um desempregado, um alcoólico, a mãe continua a viver maritalmente com o abusador ou nega a denúncia que acabou por efectuar, os parentes e vizinhos aceitam a situação e, pior do que tudo, as instituições acreditam ter feito o que deviam ou podiam.

A simples punição do abusador, o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, essencialmente centrado numa concepção clínica, centrada na vítima, exclui da intervenção outros actores e instituições envolvidas, inviabilizando, deste modo, uma abordagem do fenómeno que contemple as suas múltiplas dimensões. Os objectivos do atendimento deverão abranger o atendimento das situações denunciadas e formulada a queixa (situações de emergência), a redução dos danos sofridos pelas pessoas envolvidas na situação, a mudança das condições objectivas, culturais e subjectivas que geram, mantêm e reproduzem ou facilitam a ameaça de abusos sexuais.

A proposta de Faleiros (2001), amplamente partilhada pela autora, é a de que as acções de atendimento e defesa de direitos devem possibilitar uma mudança de trajectória de vida dos sujeitos, o que implica a concretização de todos os direitos garantidos na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99, de 1 de Setembro), nas respostas jurídicas (Código Penal de 1995) e nas políticas sociais da segurança social, da saúde, educação, habitação, etc.

Para isso, urge criar grupo(s) de trabalho, com a participação de vários interlocutores, tendo por objectivo reflectir o paradigma teórico e técnico-operativo adoptado em Portugal que, no nosso entender, ainda é reducionista, porque está focalizado em casos isolados, pontuais, e centrado no trinómio denúncia-repressão-responsabilização. Ainda que este trinómio seja importante (para dar visibilidade ao problema e para a penalização dos abusadores), não se pode restringir a problemática dos abusos sexuais a esta equação simplista. É que para além da denúncia e da responsabilização, há que desenvolver uma política integral (global) de atendimento às vítimas, suas famílias e abusadores.

Os profissionais que intervêm na área do abuso sexual infantil e juvenil necessitam de equacionar em conjunto os principais problemas que a prática profissional lhes coloca e contribuir para a criação de uma rede<sup>10</sup> de atendimento global/articulada (não fragmentada). Esta rede de atendimento deverá estar atenta aos diferentes níveis de intervenção bem como procurar identificar, caracterizar e analisar o percurso/circuito nas diferentes redes de intervenção ao nível do abuso sexual de crianças e adolescentes: o secretismo (que antecede a revelação), a revelação, a

---

<sup>10</sup> Segundo Faleiros (2001) as redes não são abstrações e constituem, antes, a articulação de actores/organizações existentes no território para uma acção conjunta, multidimensional, com responsabilidade compartilhada (parcerias) e negociada. Esta definição de rede pressupõe a predominância da perspectiva da totalidade sobre a da fragmentação, em que as redes constituem processos dinâmicos, relacionais e não organismos burocráticos formais. Assim, a noção de redes apela para o cruzamento (como uma rede) de organizações do Estado e da sociedade, para contratos dinâmicos, em movimento e conflito (versus convénios ou protocolos formais) com vista a realizar objectivos em que cada parte potencializa recursos que, juntos, se tornam, mais eficientes.

queixa/denúncia, o atendimento/intervenção<sup>11</sup>, a investigação policial, o processo judicial, o julgamento, a sentença.

Para Faleiros (2001), do ponto de vista empírico, estes diversos circuitos podem ser agrupados em três fluxos, caracterizados pelas instituições que os compõem e as funções que lhes são atribuídas<sup>12</sup>:

a) O Fluxo de Defesa de Direitos

Composto pelos Tribunais de Menores e da Família, Ministério Público, autoridades policiais, diversas organizações não-governamentais, etc., cujas funções privilegiam essencialmente a defesa e garantia dos direitos de todos os implicados na situação de abuso sexual denunciado, protegendo-os de violações aos seus direitos. Este fluxo tem o poder de, com a força da lei, determinar acções de atendimento e de responsabilização.

b) O Fluxo de Atendimento

Composto pelas instituições que executam as políticas sociais (saúde, educação, segurança social, trabalho, habitação, cultura, lazer, etc.), serviços, programas de protecção especial, bem como por organizações não-governamentais que actuam nestas áreas. As suas funções visam: dar acesso a direitos das políticas sociais e de protecção, prestar serviços, cuidar e proteger. Este fluxo deve também dar cumprimento às determinações oriundas dos fluxos de defesa de direitos e de responsabilização, bem como prestar-lhes informações (Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, Centro de Emergência Social, Centros de Acolhimentos, Organizações não-governamentais, etc.).

c) O Fluxo de Responsabilização

Composto pelas várias esquadras da Polícia de Segurança Pública, postos da Guarda Nacional Republicana, as Directorias da Polícias Judiciária, as diferentes Delegações e Gabinetes do Instituto Nacional de Medicina Legal, as Varas Criminais e o Ministério Público e os Tribunais. As suas funções assentam na responsabilização judicial dos autores de violações de direitos, proteger a sociedade, fazer valer a lei.

Porque é inexistente, pelo menos em Portugal, um estudo que procure identificar e analisar os diferentes caminhos, com funções e redes institucionais próprias orientadas para a defesa dos

---

<sup>11</sup> Implica os profissionais e as redes que exercem o poder de intervenção dentro das condições existentes.

<sup>12</sup> Com as devidas adaptações para o contexto português.



direitos e o atendimento das pessoas envolvidas na situação de abuso sexual há que, para além deste estudo e do fenómeno em si, implementar uma rede de intervenção ao nível do abuso sexual de crianças e jovens de modo a: unificar em objectivos comuns os esforços de diversas instituições (públicas e privadas, potenciando as sinergias da comunidade); criar um atendimento integrado/contextualizado às vítimas e suas famílias, em suma, reunir as diferentes organizações e intervenientes à volta de um projecto comum – o combate ao abuso sexual infantil e juvenil.

Cabe, assim, aos diferentes profissionais propor às “chefias”, aos “poderes de decisão”, a adopção de medidas tendentes a promover a indispensável articulação dos serviços com as equipas interinstitucionais já existentes ou a criar, com vista a uma racionalização e optimização dos meios, procedimentos e circuitos<sup>13</sup>.

#### **A operacionalização desta rede deverá ter como principais objectivos:**

- Possibilitar uma intervenção inter-sectorial e inter-institucional;
- Instituir a cooperação entre os diferentes operadores da rede como processo de trabalho, partilhar problemas e soluções e construir culturas comuns
- Dinamizar o tecido socio-institucional no sentido de potencializar uma rede de intervenção mais eficaz;
- Conhecer a realidade social envolvente
- Assegurar aos vários agentes sociais a necessidade de enformarem a sua acção de princípios teórico-metodológicos e de competências para a intervenção

O problema da violência sexual contra as crianças e jovens diz respeito à sociedade, tornando indispensável um mais amplo debate envolvendo quer das políticas públicas, quer a relação criança-família e sociedade, susceptível de contribuir para superar as diversas limitações diagnosticadas.

Daí a necessidade de uma reflexão crítica sobre as seguintes questões:

- Como pressionar os poderes públicos no sentido de serem criadas respostas adequadas para as verdadeiras causas do problema?
- Como sensibilizar a sociedade?

---

<sup>13</sup>Uma tal rede, que associe vários parceiros em torno de objectivos comuns, permitirá potencializar a capacidade de intervenção, reforçar a troca de informação, melhorar os resultados da acção, rentabilizar os meios, aumentar a capacidade dos recursos disponíveis e permitir a convergência de recursos.

- Como mudar a discussão teórica, a qual se tem centrado no abuso sexual, para um outro paradigma – o da sexualidade (cultura e padrão civilizacional vigente)?
- Como dar respostas às situações sinalizadas (linhas telefónicas, hospitais, escolas, centros de saúde, etc.)?
- Como criar uma rede de intervenção nesta área?

Este breve enunciado de umas quantas questões, individual e socialmente graves, requer soluções urgentes, que passam, necessariamente, por uma definição colectiva e articulada de estratégias, envolvendo instâncias governamentais e não-governamentais, soluções que, fazendo apelo a saberes diferentes, pressupõem um especial investimento dos assistentes sociais, quer no domínio da reflexão teórica, quer no da intervenção prática.

## BIBLIOGRAFIA

CORDEIRO, Mário. Ouço os passos dele no cooredor... Cabeça, Tronco e Membros (s/informação)

COSTA SANTOS, Jorge. Prova médica: que prova? Reflexões sobre os exames periciais em matéria de abusos sexuais de crianças e adolescentes. *Abusos Sexuais em Crianças e Adolescentes*. Lisboa, Associação para o Planeamento da Família, 1998

FALEIROS, Vicente Paula. *Estratégias em Serviço Social*. Cortez Ed., S. Paulo, 1997.

RODRIGUES, Marlene. O Atendimento de Vítimas de Abuso Sexual: A Experiência colhida no Instituto de Medicina Legal. *Revista do Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social*. Lisboa, 1997.

RODRIGUES, Marlene e COSTA SANTOS, Jorge. Vítimas de Abuso Sexual: A Ruptura do Silêncio. *Sexualidade & Planeamento Familiar*. Lisboa, 11/12, Jul.-Dez., 1996.

