

## AS CONSEQUÊNCIAS DOS ABUSOS SEXUAIS EM MENORES

*Adriana Correia* ([drina.cor@hotmail.com](mailto:drina.cor@hotmail.com))

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Hoje em dia são cada vez mais as notícias e os estudos sobre os abusos sexuais, em todas as faixas etárias e em ambos os sexos. No entanto, muitos e muitos casos permanecem silenciados...

Helander (2008) realizou um estudo em 82 países, demonstrando a gravidade dos números oficiais de casos de abusos sexuais a menores e das estatísticas globais, uma vez que se estimam 2250 milhões de crianças (33%) abusadas, havendo uma maior predominância nas crianças de sexo feminino. O autor define como abuso sexual todo e qualquer envolvimento de uma criança em actividades sexuais em que ele ou ela não compreenda na totalidade ou em que, face às quais, não seja capaz de dar um consentimento informado ou não esteja preparada em termos desenvolvimentais para essa actividade, não a podendo consentir, ou que viole as leis e tabus da sociedade.

Outros autores especificam o conceito de abuso sexual como qualquer contacto ou interacção, heterossexual ou homossexual, entre uma criança/adolescente e alguém com um estágio de desenvolvimento psicosexual mais avançado, no qual a criança/adolescente é usado para estimular sexualmente o abusador, seja com toques, carícias, sexo oral, relações com penetração (digital, genital ou anal), ou até mesmo as situações nas quais não há contacto físico, como o voyeurismo, assédio e exibicionismo. Os abusadores sexuais podem levar a criança/adolescente a estas interacções sexuais por imposição através da violência física, ameaças ou indução da sua vontade (Azevedo & Guerra, 1989; Thomas, Eckenrode & Garbarino, 1997, cit. por Habigzang et al., 2005).

O abuso sexual também pode ser definido e diferenciado em categorias dependendo do contexto em que ocorre: dentro ou fora do ambiente familiar. Quando ocorre dentro de casa, o abuso é denominado de intrafamiliar ou incestuoso, pois, as crianças/adolescentes são abusadas por pessoas que lhes são próximas e que, muitas vezes, desempenham um papel de cuidador para com elas (Braun, 2002; Cohen & Mannarino, 2000a; Habigzang & Caminha, 2004; Koller & De Antoni, 2004, cit. por Habigzang et al., 2005). Assim, mesmo que não existam laços de consanguinidade entre a criança e o adulto responsável, estas relações são consideradas incestuosas (Azevedo, Guerra, & Vaiciunas, 1997; Cohen & Mannarino, 2000a; Thomas & cols., 1997, cit. por Habigzang et al., 2005),

envolvendo, por exemplo, madrastas, padrastos, tutores, meio-irmãos, avós, tios(as) ou até namorados(as) ou companheiros(as) do pai ou mãe.

A maioria dos abusos sexuais são deste tipo – cometidos por pessoas directamente ligadas às vítimas, sobre as quais exercem alguma forma de poder ou de dependência. No entanto, é também este tipo de abuso sexual o mais difícil de se suspeitar e o mais difícil de se confirmar (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Uma vez que a familiaridade entre a criança e o abusador implica fortes laços afectivos, sejam positivos ou negativos, as consequências dos abusos sexuais incestuosos são mais nefastas a nível cognitivo-comportamental, quer para a criança quer para a sua família, determinando uma lesão muito mais grave a nível psicológico do que se a agressão fosse causada por estranhos (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Estas consequências também serão mais graves quanto mais velha for a criança, sendo que o impacto é ainda maior quando a criança já é adolescente (Rodrigues et al., 2006).

Qualquer que seja o abuso sexual, ele trará consequências negativas para o desenvolvimento cognitivo, afectivo e social da vítima e da sua família (Gonçalves & Ferreira, 2002; Habigzang & Caminha, 2004; Osofsky, 1995, cit. por Habigzang et al., 2005), que a curto, quer a longo prazo. As consequências para as vítimas podem variar dependendo das suas características pessoais, do apoio social e afectivo que recebem por pessoas significativas e pelos órgãos de protecção e até mesmo das próprias características do abuso sexual. Por isto mesmo, “o gradiente das consequências no desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental pode variar desde efeitos menores até transtornos psicopatológicos de alta gravidade” (Habigzang et al., 2008, p. 286). Quando falamos dos factores intrínsecos à criança, falamos de vulnerabilidade e resiliência (temperamento, resposta ao nível do desenvolvimento neuropsicológico); quando falamos de factores extrínsecos à criança, falamos da existência de factores de risco e de protecção (recursos sociais, funcionamento familiar, recursos emocionais dos cuidadores e recursos financeiros, incluindo acesso ao tratamento), sendo que quando criança não dispõe de uma rede social e afectiva, algumas consequências são exacerbadas (Brito & Koller, 1999; Saywitz & cols., 2000, cit. por Habigzang et al., 2005). Em suma, os factores que influenciam o impacto do abuso sexual são: saúde emocional prévia, crianças com saúde emocional positiva antes do abuso tendem a sofrer menos efeitos negativos; tipo de actividade sexual, alguns dados sugerem que formas de abuso mais intrusivas, como a penetração, resultam em

mais consequências negativas; duração e frequência dos episódios abusivos; reacção dos outros, a resposta negativa da família ou dos pares à descoberta do abuso acentuam efeitos negativos (família, amigos e juizes atribuindo a responsabilidade à criança); dissolução da família depois da revelação; criança responsabilizando-se pela interacção sexual; e, quando a vítima recebe recompensa pelo abuso e o perpetrador nega que o abuso aconteceu (Amazarray & Koller, 1998; Deblinger & Heflin, 1992/1995; Gabel, 1997; Mattos, 2002; Rouyer, 1997, cit. por Habigzang et al., 2005, p. 342).

O momento e a forma de revelação do abuso sexual também podem fazer a diferença. Segundo Nagel, Putnan, Noll, e Trickett (1997, cit. por Fávero, 2003) a revelação pode ser intencional, acidental ou a partir de um evento causador, sendo que, quando a criança não tem responsabilidade na revelação da sua experiência de abuso sexual, tem tendência a apresentar reacções mais favoráveis e menos graves; ao contrário da criança que toma iniciativa na revelação, que experiencia maiores níveis de ansiedade e o sentimento de falta de capacidade de superar a situação, mesmo que a reacção do meio seja positiva.

Quanto à reacção do meio, Kilpatrick (1992, cit. por Fávero, 2003) diz-nos que existem quatro factores, relacionados entre si, que podem agravar as consequências do abuso sexual: o segredo imposto à criança, os efeitos da revelação, o clima da resposta ambiental e a ênfase na condenação do agressor. Por parte da criança, o segredo é mantido devido à culpabilização, medo das consequências, medo que não acreditem nela e porque a dissociação da realidade que faz para se defender psicologicamente não lhe permite perceber a realidade como realidade e nomear a experiência de abuso como abuso (Fávero, 2003). Segundo Furniss (1993, cit. por Habigzang et al., 2005) o “Síndrome de Segredo” faz parte da dinâmica intrafamiliar complexa que desencadeia e mantém o abuso sexual incestuoso, a par com o “Síndrome de adição”. Ambos estão directamente relacionados com a psicopatologia do agressor (pedofilia) que, pela hipótese de gerar uma intensa repulsa social, tende a proteger-se numa teia de segredo, mantido à custa de ameaças e negociações/manipulações com a criança abusada, ao mesmo tempo que, por ser um comportamento compulsivo, na presença do estímulo (a criança), o abusador não se controla e usa-la para obter excitação sexual e alívio de tensão, gerando dependência psicológica e negação da dependência. Frequentemente, existe um pacto familiar de silêncio (Pfeiffer & Salvagni, 2005) que mantém o abuso sexual e, quando surge uma denúncia, surge também uma

ruptura em todo o equilíbrio familiar a que as pessoas se impõem. Este pacto de silêncio tem lugar porque, muitas vezes e principalmente nas famílias patriarcais, a mãe ocupa o papel de *silent partner*, participando caladamente no quadro geral de violência. Isto acontece, consciente ou inconscientemente, porque elas têm um forte complexo feminino de inferioridade e porque tentam, a todo o custo, manter a estabilidade e a segurança da família. Em consequência, delegam o seu pesado papel de esposa e mãe à filha, em todos os seus aspectos (Felizardo et al., 2003, cit. por Pfeiffer & Salvagani, 2005) e, quando o abuso sexual é revelado, reagem com ciúmes, como rivais, passando a culpar a filha pelo ocorrido, pois, o contrário – reconhecer o incesto – seria admitir o seu fracasso enquanto mãe e esposa (Hirch, 1990, cit. por Pfeiffer & Salvagani, 2005). Rodrigues et al. (2006) acrescenta que, se os pais fornecerem à criança o apoio de que ela necessita, algumas das consequências observadas, como a ansiedade visível nos problemas para dormir e no medo do agressor, tendem a diminuir com o passar do tempo. Mas, se não houver nenhuma intervenção terapêutica, outras consequências podem intensificar-se, como as preocupações relacionadas com a sexualidade. Em qualquer dos casos, é de salientar que a denúncia, mesmo trazendo exposição da família envolvida, consequências na estrutura familiar, modificações emocionais, e (não raras as vezes) sentimentos de humilhação e medo entre as pessoas envolvidas, é a única solução para que os episódios de abuso sexual não continuem a ocorrer ou para que não se tornem mais frequentes e para que a vítima não permaneça exposta aos efeitos da vitimização e ao agravamento dos seus sintomas.

O tipo de actividade sexual demonstra-se também um factor importante para o agravamento das consequências, principalmente quando o abusador tenta provocar uma resposta sexual na criança (sendo mais grave do que simplesmente utilizá-la para se masturbar), quando o acto sexual é mais intrusivo, implicando contacto físico e quando os contactos são genitais (Fávero, 2003) – ocasionando sintomas físicos como hematomas, hemorragias, inflamação e infecção nas regiões oral, genital e rectal, dores ao urinar ou uberar, enurese, encoprese, vômitos e dores se cabeça sem explicação médica, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, doenças psicossomáticas e desconforto em relação ao corpo, que devem chamar a atenção de pais, professores, médicos e outros profissionais de saúde (Sanderson, 2005, cit. por Habigzang et al., 2008; Aded et al., 2006). Alguns indicadores demonstram também que o abuso é mais grave se o agressor for do mesmo sexo que a vítima, sendo que os rapazes

apresentam mais problemas como homofobia e confusões de orientação do desejo sexual (Fávero, 2003). Quando a vítima é abusada por mais do que um agressor, as consequências e a recuperação psicológica também se agravam, uma vez que a culpabilização é maior e o tempo que levam a denunciar a situação é mais longo, devido à vergonha que sentem (*ibid*). A curto prazo (até ao segundo ano após a situação de abuso), a criança irá sentir e experienciar dificuldades no campo das relações sexuais, culpabilização, pensamentos suicidas, medo, auto-condenação, vergonha, dificuldades escolares (Azevedo et al., 1993, cit. por Fávero, 2003) pelo déficit de linguagem e aprendizagem, perda de interesse pelos estudos e brincadeiras, dificuldades de se ajustar e de adaptação interpessoal pelo isolamento social, distúrbios de conduta e baixa auto-estima (Gerko et al., 2005; Meyerson et al., 2002, cit. por Aded et al., 2006). Mais especificamente, e segundo Habingzang et al. (2008), ao nível das consequências cognitivas, a criança vai sofrer uma diminuição da concentração e atenção, dissociação, refúgio na fantasia, baixo rendimento escolar e crenças distorcidas que se revelam pela percepção de culpa pelo abuso, diferença em relação aos seus pares, desconfiança e percepção de inferioridade e inadequação. As alterações emocionais vão-se manifestar pelos sentimentos de medo, vergonha, culpa, ansiedade, tristeza, raiva e irritabilidade. E, ao nível das consequências comportamentais destacam-se a conduta hipersexualizada, abuso de substâncias, fugas do lar, furtos, isolamento social, agressividade, mudanças nos padrões do sono e da alimentação, comportamentos autodestrutivos, tais como auto-mutilação e tentativas de suicídio (Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001; Haugaard, 2003; Jonzon & Lindblad, 2004; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003, cit. por Habigzang, 2008).

Perante o agressor e/ou os familiares, há um turbilhão de sentimentos confusos, pois, quando o agressor é o pai, a criança continua a sentir que gosta dele (porque é o seu pai) e que o meio não a protegeu – logo, sente-se merecedora da agressão. Deste modo, os sentimentos de raiva e de ódio são depositados no progenitor não abusador, que não a protegeu, sendo que, quando o abusador não pertence à família, a culpa é depositada em ambos os pais (Sgroy, Porter, & Blick, cit. por Fávero, 2003).

Dependendo da idade da criança abusada, os comportamentos são diferentes, mantendo-se sempre, no entanto, os sentimentos de insegurança pelo medo que o abuso se repita, temendo os outros e as situações (Fávero, 2003). Assim, o estabelecimento de relações com homens (que se apresentam a maioria dos abusadores) é recusado pelas crianças,

“possivelmente devido ao medo da intimidade e ao receio de reviver experiências traumáticas com o agressor, uma vez que a intimidade sugere envolvimento sexual”, o que dificulta a adaptação interpessoal (Azevedo, 1989, cit. por Rodrigues et al., 2006). As crianças mais pequenas manifestam-se agressivas contra os colegas e agressivas sexualmente (Fávero, 2003), sendo que as atitudes que demonstram um conhecimento sobre sexo e um comportamento sexual inadequado são mais comuns em crianças pequenas vítimas de abuso sexual (Brilleslijper-Kater et al., 2004; O’Keefe, 2004; Biheler, 2002, cit. por Aded et al. 2006). Por sua vez, as crianças mais crescidas adoptam comportamentos delinquentes, passando pela expressão da agressividade, roubos, consumo de drogas, etc. (Fávero, 2003). Neste campo, a influência da família e a sua desestruturação tornam-se preditores fundamentais da criminalidade, do abuso de substâncias e das perturbações da saúde mental (Gover & MacKenzie, 2003; Craissati et al., 2002, cit. por Aded et al., 2006) e está provado que os jovens delinquentes que são mantidos frequentemente em instituições penais provêm de famílias caracterizadas pelo abuso sexual, negligência e outras experiências traumatizantes (Gover e MacKenzie, 2003, cit. por Aded et al. 2006), pois, “o abuso sexual na infância é considerado um factor de risco independente para um comportamento delincente (Swanston *et al.* 2003), com maior prevalência entre os abusadores sexuais reincidentes (Hanson & Harris, 1998, *apud* Aylwin et al., 2003)” (cit. por Aded et al., 2006, p. 206). Mais precisamente, num estudo de Widom (2000, cit. por Helander, 2008), com crianças abusadas e/ou negligenciadas seguidas desde a infância até aos 33 anos, demonstra que 55% foram presos enquanto jovens, sendo 96% das detenções por crimes violentos. Crianças abusadas/negligenciadas tornaram-se 1,6 vezes mais ofensores crónicos do que as não abusadas/negligenciadas. Outro estudo (Engqvist, 2007, cit. por Helander, 2008), com 1400 pacientes que receberam cuidados na infância e adolescência entre 1975 e 1990 e que foram seguidos até 2003, demonstra que durante esse período, 1 a cada 2 homens e 1 a cada 5 mulheres entraram no registo criminal. Um estudo com um grupo mais novo que foi seguido durante 20 anos mostrou que a criminalidade cresceu severamente, tendo duplicado nos rapazes e aumentado 7 vezes mais nas raparigas (Helander, 2008). Deste modo, os abusos sexuais estão relacionados com a prática de delitos, mais especificamente aos crimes sexuais (Radosh, 2002; Lindsay et al., 2001, cit. por Aded et al., 2006) porque muitos dos sobreviventes do abuso sexual repetem o ciclo de vitimização, cometendo o abuso sexual

intergeracional com os seus próprios filhos e fazendo do abuso sexual um legado passado à próxima geração de vítimas (Hornor, 2002, cit. por Pfeiffer & Salvagni, 2005). Perpetua-se, então, o processo de identificação com o agressor, como uma forma psíquica de sobreviver ao abuso – a vítima iguala-se ao seu agressor e converte-se em abusadora, transitando da passividade da sua experiência para a actividade, aplicando no mundo externo a agressão que lhe foi feita (desforra/vingança) (Scherer et al., 2003, cit. por Pfeiffer & Salvagni, 2005). “De outra forma, poderá apresentar a possibilidade de estabelecer uma relação abusiva consigo mesmo, como acontece nos casos de revitimização” (Pfeiffer & Salvagni, 2005, p. 198), adoptando comportamentos muito sexualizados, que fazem com que corram um maior risco de se tornarem de novo vítimas (Bagley et al., 1997, cit. por Fávero, 2003). No caso dos adolescentes, é muito frequente o abandono do lar como estratégia (Fávero, 2003) para se tentarem ver livres da situação de abuso sexual. No entanto, como a culpa os persegue, a vitimização continua. Independentemente da actuação familiar, o abuso sexual na infância é um factor de risco para a vitimização na idade adulta (Messman-Moore & Brown, 2004, cit. por Aded et al. 2006). Um estudo realizado nos Estados Unidos, com prostitutas que actuavam em Miami ( $n=325$ ) demonstrou que 50,5% das mulheres entrevistadas tinham sido vítimas de abuso sexual em crianças. Um total de 51,7% dessas mesmas mulheres referiu ter sofrido violência (espancamento, estupro, ameaça com armas) por parte dos seus clientes no ano em que iniciaram o trabalho nas ruas (Surrat et al., 2004, cit. por Aded et al., 2006).

Segundo Fávero (2003), o tónus afectivo das crianças abusadas sexualmente é predominante a ansiedade, a angústia e a depressão. Ao nível da ansiedade ocorrem um conjunto de reacções físicas, psicológicas e comportamentais com efeito a curto prazo que, se não for resolvido, poderá reflectir-se a longo prazo e em consequências mais profundas (Wheler & Berliner, 1989, cit. por Fávero, 2003).

Sabe-se que as crianças vítimas de abuso sexual sofrem efeitos psicológicos que poderão ser devastadores e que, enquanto adultos, os problemas decorrentes do abuso persistem nas suas vidas (Berliner & Conte, 1995, cit. por Pfeiffer & Salvagni, 2005). As variáveis envolvidas no impacto do abuso sexual na criança são muitas e complexas, mas é certo que esta experiência é considerada um importante factor de risco para o desenvolvimento de psicopatologias (Saywitz et al., 2000, cit. por Habigzang et al., 2006), sendo que os quadros de depressão, perturbações de ansiedade,

perturbações alimentares, dissociação, hiperactividade e déficit de atenção, perturbação de personalidade borderline e perturbação de stress pós-traumático (Cohen, Mannarino, & Rogal, 2001; Duarte & Arboleda, 2004; Habigzang & Caminha, 2004; Heflin & Deblinger, 1996/1999; Runyon & Kenny, 2002, cit. por Habigzang et al., 2006) são consequências que se podem observar a longo prazo. A psicopatologia mais citada como consequência do abuso sexual é a perturbação do stress pós-traumático, pois, estima-se que os seus sintomas ocorram em mais de metade das crianças vítimas de abuso (Cohen, 2003, cit. por Habigzang et al., 2008), entre os quais: “experiência contínua do evento traumático, ou seja, lembranças intrusivas, sonhos traumáticos, comportamento de reconstituição, angústia nas lembranças traumáticas; evitamento e entorpecimento de pensamentos e lembranças do trauma, amnésia psicogénica, desligamento; e excitação aumentada, verificada por meio de transtorno do sono, irritabilidade, raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância, resposta exagerada de sobressalto e resposta autónoma a lembranças traumáticas” (American Psychiatric Association, 2002, cit. por Habigzang, 2008, p. 286).

Assim como a ansiedade na infância, a tristeza pode também levar à depressão no adulto – e ambas têm sido relacionadas com o abuso sexual (Conway et al., 2004; Hill et al., 2001, cit. por Aded et al., 2006). Desta forma, a depressão é outra das patologias que pode surgir a longo prazo, principalmente quando a criança é exposta a um acumular de riscos estruturais e sociais (Arboleda-Flórez & Wade, 2001; Meyerson et al., 2002, cit. por Aded et al., 2006), faltando-lhe apoio. São característicos os sentimentos de culpa e a baixa auto-estima, visto que os factos negativos têm um *locus* interno (“aconteceu por minha culpa, se eu não fosse/me comportasse assim nada disto teria acontecido”) enquanto que os factores positivos têm um *locus* externo (“aconteceu por azar, porque facilitaram a ocorrência de determinada situação”) (Fávero, 2003).

Para evitar as memórias e os afectos associados ao abuso sexual, as vítimas adoptam comportamentos e perturbações como: dissociação – despersonalização, falta de realização e de compromisso, paralisação emocional (*ibid*); fobias; ideação paranóide; perturbação obsessivo-compulsiva; conversões – especialmente em pacientes com história de abuso sexual de longa duração em relações incestuosas (Ystgaard et al., 2004; Roelofs et al., 2002, cit. por Rodrigues et al., 2006); suicídio – Bagley, Bolito, e Bertrand (cit. por Fávero, 2003) observaram que 15% das raparigas que são alvo de assédio, por parte dos colegas de escola, têm

mais comportamentos suicidas e Martin et al. (2004, cit. por Aded et al., 2006) consideram que meninos que sofram abuso sexual poderão apresentar maior risco de comportamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio, mesmo em ausência de depressão ou sentimentos de desesperança, ao contrário das meninas; e consumo de drogas, tudo para eliminar as recordações associadas ao abuso (Fávero, 2003). Denota-se também que as vítimas de abuso sexual se tornam adultos solitários, sendo o grupo de amigos reduzido e as relações sociais pobres por terem dificuldades em iniciar e manter relações, principalmente íntimas, devido à permanente desconfiança e medo em que vivem. Também dos seus pais se demonstram distantes a nível relacional (*ibid*), muito provavelmente devido ao sentimento de falta de protecção. A sexualidade é afectada, uma vez que têm medo de se envolver com um indivíduo do sexo oposto e medo do acto sexual, não se sentindo à vontade diante do outro (Rodrigues et al., 2006). As ideias sobre a sexualidade são, muitas vezes, equivocadas (*ibid*), confundindo amor e sexo, havendo um aumento da actividade sexual ao mesmo tempo que se sentem sexualmente insatisfeitas com o(a) companheiro(a) (Fávero, 2003), sendo que “a exploração sexual na infância pode levar a vítima a desenvolver uma visão sexualmente degradada de si mesma” (Aded et al., 2006, p. 207).

Conscientes das suas fracas capacidades na criação de laços afectivos tornam-se, novamente, vítimas de abuso – como é o caso de 60% das prostitutas entrevistadas no estudo de Silbert e Pines (1981, cit. por Fávero, 2003), que foram vítimas de abuso sexual antes dos 16 anos, revelando-se 10% também agredidas por desconhecidos, e o caso da maior parte das vítimas se envolver em relacionamentos insatisfatórios, dolorosos e nocivos, inclusive com parceiros que as exploram (Azevedo, 1989, cit. por Rodrigues et al., 2006); ou, tornam-se elas próprias abusadoras, a par da dificuldade no relacionamento que têm com os seus próprios filhos (Roberts et al., 2004, cit. por Rodrigues et al., 2006) e das consequências psicológicas que perduraram.

Porém, o abuso sexual não se limita aos danos psicológicos, verificando-se também consequências físicas a longo prazo, uma vez que o impacto do stress em excesso pode deixar marcas irreparáveis na estrutura e na função do hipocampo e do hemisfério esquerdo (Teicher, 2002, cit. por Rodrigues et al., 2006), verificando-se uma atrofia de várias partes do cérebro (Helander, 2008).

Em suma, considera-se que nem todas as crianças reagem da mesma maneira nem apresentam os mesmos sintomas face ao abuso. Contudo,

devido ao cenário negro em que pode culminar uma história de abuso sexual infantil (o que tantas vezes acontece), considero que a relevância dada ao assunto em Portugal devia ser maior, apostando tanto em estudos, como na prevenção primária e na intervenção, uma vez que se verifica que os órgãos sociais podem ser um factor de protecção nas consequências vividas pela criança, quer actuando perante as situações consumadas de abuso (interrompendo-as, de forma a que as consequências não se agravem), quer sensibilizando a sociedade, que é também família, para este problema (evitando-o).

Devido ao silêncio em que ficam impregnadas as vítimas, os educadores, professores, médicos pediatras e outros profissionais, tanto de saúde como da justiça, deveriam ser alertados para o problema dos abusos sexuais e terem formação para actuarem de forma eficaz, apostando no trabalho e na comunicação interdisciplinar que muitas vezes falha. Sublinha-se, ainda, a importância da sensibilidade por parte de todos os profissionais, no sentido de não agravarem a situação, conseguindo ser de facto um factor de protecção e não de agravamento das consequências.

Por seu turno, um acompanhamento psicológico ou mesmo uma psicoterapia poderão ajudar as vítimas e os seus familiares a desconstruírem todos os sentimentos, emoções e pensamentos que, certamente, continuam emaranhados, contribuindo para a diminuição dos efeitos do abuso sexual a curto e a longo prazo.

## REFERÊNCIAS

- Aded, N., Dalcin, B., Moraes, T., & Cavalcanti, M. (2006). Abuso sexual em crianças e adolescentes: Revisão de 100 anos de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(4), 204-213.
- Einar Helander. Comunicação pessoal, nas aulas da cadeira de Psicopatologia da criança e do adolescente II. Lisboa, 2º semestre do ano lectivo 2008/2009).
- Fávero, M. (2003). *Sexualidade infantil e abusos sexuais de menores*. Lisboa: Editores Climepsi.
- Habigzang, L., Koller, S., Azevedo, G., & Machado, P. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341-348.
- Habigzang, L., Azevedo, G., Koller, S., & Machado, P. (2006). Factores de risco e de protecção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 379-386.

- Habigzang, L., Koller, S., Stroehrer, F., Hatzenberger, R., Cunha, R., & Ramos, M. (2008). Entrevista clínica com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia, 13*(3), 285-292,
- Helander, E. (2008). *Children and violence – The world of the defenceless*. London: Palgrave Macmillan.
- Pfeiffer, L., & Salvagni, E. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria, 81*(5, supl), 197-204.
- Rodrigues, J., Brino, R., & Williams, L. (2006). Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. *Paideia, 16*(34), 229-240.