

VÍTIMAS DE ABUSOS SEXUAIS

Da intervenção individual à intervenção em rede

Marlene Braz Rodrigues Lourenço¹

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)², no Decreto-Lei nº 96/2001, de 26 de Março (atribuições do Instituto e competências do Serviço de Clínica Médico-Legal)³ e na Lei nº 45/2004 de 19 de Agosto⁴ (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

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

² “(...) 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 (...)”.

³ 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 (...)”.

⁴ 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)⁵. 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 comportamento⁶ comprometem os objectivos da sexologia forense⁷ porque enferma ainda daquilo que Costa Santos (1998) designa de *paradigma himenocrático*⁸.

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

⁵ 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.

⁶ 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)

⁷ 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.

⁸ 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 alteram⁹, 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).

⁹ 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, excluirá 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 rede¹⁰ 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

¹⁰ Segundo Faleiros (2001) as redes não são abstracções 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/intervenção¹¹, 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 atribuídas¹²:

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

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

¹² 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 circuitos¹³.

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?

¹³Uma 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.

