



UC/FPCE\_2015

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**As Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças e a Decisão de Denúncia numa amostra de profissionais**

Ana Leonor Baptista (e-mail: [leonorgpbap@gmail.com](mailto:leonorgpbap@gmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialidade em Psicologia Forense sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Marques Alberto

## **As Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças e a Decisão de Denúncia numa amostra de profissionais**

### **Resumo**

O abuso sexual de crianças constitui um dos mais complexos crimes da atualidade e acarreta consequências nefastas e duradouras para as suas vítimas. O presente estudo visa identificar as representações sociais que uma amostra de profissionais de saúde, física e mental, e de serviço social tem sobre o abuso sexual de crianças, assim como as suas atribuições acerca dos fatores facilitadores, de manutenção e de resolução do abuso sexual. Procurou ainda averiguar a influência de variáveis sociodemográficas e de características inerentes à situação abusiva no grau de legitimação do abuso e as práticas adotadas pelos profissionais face à suspeita de abuso sexual. Os 105 participantes (75 do sexo feminino e 30 do sexo masculino, com idades variando entre os 22 e os 72 anos) deste estudo responderam a quatro instrumentos de autorresposta: o Questionário de Representações sobre Abuso Sexual de Crianças – Histórias; o Questionário sobre Abuso Sexual de Crianças – Fatores Facilitadores, de Manutenção e de Resolução; a Escala de Crenças sobre o Abuso Sexual e a Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne. Os resultados obtidos indicam que os profissionais tendem a não subscrever crenças legitimadoras do abuso sexual de crianças e que estes adotam uma perspetiva ecológica e integradora do abuso, identificando fatores individuais, relacionais e sociais como contribuindo para facilitar, manter e interromper o abuso.

**Palavras-chave:** Abuso Sexual de Crianças, Representações Sociais, Profissionais, Fatores de Risco, Fatores de Manutenção, Fatores de Resolução, Denúncia.

### **Professional's Social Representations about Child Sexual Abuse and the Denunciation Decision**

#### **Abstract**

Child sexual abuse is one of the most complex crimes of today and entails harmful and lasting consequences for its victims. This study aims to

identify the social representations of health and social services professionals about child sexual abuse, as well as their perceptions regarding the facilitating, maintenance and resolution factors of sexual abuse. It also sought to assess the influence of sociodemographic variables and characteristics of the abusive situation in the degree of legitimization of abuse and the practices adopted by professionals when they face the suspicion of child sexual abuse. The 105 participants (75 women and 30 men with ages varying from 22 to 72 years-old) responded to four questionnaires: The Representations Questionnaire on Child Sexual Abuse – Stories; the Questionnaire on Child Sexual Abuse – Facilitating, Maintenance and Resolution Factors; Scale of Beliefs on Child Sexual Abuse and Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. The results indicate that professionals tend not to subscribe legitimating beliefs of child sexual abuse and they adopt an ecological and integrative perspective of abuse, identifying individual, relational and social factors as contributing to facilitate, maintain and stop sexual abuse.

**Key Words:** Child Sexual Abuse, Social Representations, Health and Social Services Professionals, Risk Factors, Maintenance Factors, Resolution Factors, Mandatory Report.

## **Agradecimentos**

Dedico este curto espaço às pessoas que me ofereceram oportunidades de crescimento e de aprendizagem, sem as quais o meu percurso de vida teria sido, sem dúvida nenhuma, mais pobre e menos interessante.

À professora Isabel Alberto, pela sua generosidade, disponibilidade e humanidade. Mais do que orientar, envolveu e cultivou, desafiando constantemente a procura e a descoberta de melhores caminhos.

Aos meus pais, pela dádiva – pelo amor, pela educação, pelos valores, pela harmonia, pela música, pela dança (e pelos gatos!). Por me terem *dado a árvore para poder lançar os pardais que saem a cantar da minha boca* (David Terra).

Ao Alvaro, pelo apoio incessável e incansável e pelo amor *de olhos abertos* (Jorge Bucay).

À Inha, pela ajuda preciosa na recolha de dados e pelo carinho.

À Luísa J., à Luísa R., à Marta, à Cristiana, à Madalena, à Margarida, à Patrícia C., à Patrícia G. e à Rita, por por me darem a mão há tantos anos e por partilharem comigo aventuras, (e desventuras), descobertas e caminhos.

Aos professores de Psicologia e em particular ao professor Mário Simões, pela sua exigência e perfeccionismo, que elevam o nível de quem com ele tem oportunidade de trabalhar.

À Mónica, pela partilha, pela generosidade, pelo calor com que me recebeu. Por ser orientadora, por ser um modelo a seguir. Por ser amiga.

Por fim, agradeço a todos os participantes pela sua colaboração, já que sem eles esta investigação não teria lugar.

Gostaria de dedicar esta investigação a todas as crianças guerreiras cuja inocência lhes foi roubada e que por isso foram privadas de crescer em plenitude e harmonia. Há esperança.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>I. Enquadramento concetual</b> .....	2
1.1. Conceptualização e perspetiva histórica.....	2
1.2. Estatísticas, revelação/denúncia: influência das dinâmicas do abuso sexual.....	6
1.3. Representações sociais de abuso sexual .....	10
<b>II. Objetivos</b> .....	12
<b>III. Metodologia</b> .....	13
3.1. Caracterização da amostra .....	13
3.2. Instrumentos .....	14
3.3. Procedimentos .....	17
<b>IV. Resultados</b> .....	13
4.1. Estudos de validação dos instrumentos .....	13
4.2. Análise das Estatísticas descritivas dos itens e dos globais das escalas .....	19
4.3. Análise da influência das variáveis sexo e profissão nas respostas ao QRASC-HIS e ao QCSA – FMR .....	22
4.4. Análise das questões sobre as práticas dos profissionais face à suspeita de abuso sexual de crianças .....	23
4.5. Comparação entre a amostra de profissionais e a amostra da comunidade geral .....	25
<b>V. Discussão</b> .....	26
<b>VI. Conclusões</b> .....	32
<b>Bibliografia</b> .....	33
<b>Anexos</b> .....	37

## **Acrónimos**

CPCJ: Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

ECAS: Escala de Crenças sobre o Abuso Sexual

MCSDS: Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne

MIP: Mestrado Integrado em Psicologia

QCSA – FMR: Questionário sobre Abuso Sexual de Crianças – Fatores Facilitadores, de Manutenção e de Resolução

QRASC-HIS: Questionário de Representações sobre Abuso Sexual de Crianças – Histórias

## Introdução

O abuso sexual de crianças não é um tema novo, do ponto de vista da sua existência, mas apenas recentemente tem emergido nas narrativas dos especialistas e da comunidade como motivo real de preocupação. Este crime constitui um problema de saúde pública e é bastante exigente em termos de avaliação e intervenção (Alberto, 2006).

O primeiro desafio colocado pelo abuso sexual de crianças é a sua definição, já que quanto a esta existe apenas um consenso: o de que não há consenso (Fávero 2003; Fazenda, 2010; Finkelhor, 1986). De um modo geral, considera-se que existe abuso quando há exploração sexual de uma criança ou adolescente (cuja maturidade não lhe permite dar o seu consentimento pleno) e recurso a coação e manipulação (Carmo, Alberto, & Guerra, 2006; Fazenda, 2010). Embora seja um crime de ocorrência frequente, continua envolto numa teia de secretismo e reprovação, o que dificulta a revelação e a denúncia do mesmo.

Este estudo pretende reenquadrar o abuso sexual como um problema público, ao qual toda a sociedade deve estar atenta, já que a responsabilidade para a sua deteção deve ser de todos (não fosse o carácter de crime público que este assume). Assim, procura-se apresentar sumariamente este tema, refletindo acerca das representações sociais e discursos do senso comum e expondo a literatura relevante para o seu estudo. Numa segunda parte, esta investigação visa identificar as representações sociais que os profissionais de saúde, física e mental, e de serviço social têm acerca do abuso sexual. Concretamente, procura explorar as dimensões mais suscetíveis de serem assumidas como abusivas e quais os fatores que os profissionais consideram causar/facilitar, manter e interromper/resolver o abuso.

Investigar as representações sociais que estes profissionais possuem acerca do abuso sexual de crianças é particularmente relevante devido à posição privilegiada de que estes usufruem: por terem contacto com crianças e famílias, os profissionais de saúde e de serviço social podem deparar-se com inúmeros casos de abuso sexual ao longo da sua carreira, o que lhes confere uma oportunidade única de agir no sentido da proteção da criança.

## I – Enquadramento conceptual

### 1.1. Conceptualização e perspectiva histórica

O abuso sexual de crianças, assim como os conceitos de infância e de proteção legal da mesma, nem sempre tiveram os contornos que têm atualmente. Até ao século XII (*Período Medieval*), as crianças eram consideradas adultos de dimensões reduzidas (Ariès & Béjin, 1983). A infância não era valorizada e a mortalidade infantil era muito elevada, não havendo ligações profundas entre pais e filhos. Nos séculos XV e XVI começou a valorizar-se a criança, nomeadamente através da promoção de práticas de higiene e da educação infantil. A escola passou a ser o instrumento de iniciação social das crianças, ao invés da aprendizagem no meio dos adultos, o que levou à emergência de um “real sentimento de infância” (Almeida, 2003, p. 9). Até esta altura, as crianças eram integradas em atividades sexuais dos adultos enquanto forma de socialização (Ariès, 1988; Querido, 2009) mas, no séc. XVII, surgiu um movimento que impôs o conceito de “inocência infantil” e que originou uma dupla atitude moral perante a infância: a) preservá-la dos aspetos “impuros da vida e em particular da sexualidade”; e b) “fortalecê-la, devolvendo-lhe o carácter e a razão” (Ariès, 1988, p. 37).

Com as Revoluções Francesa e Americana, os ideais de democracia contribuíram para uma conceção de infância e adolescência como períodos de vida diferenciados e específicos (Almeida, 2003; Ariès, 1981). Assim, no séc. XVIII e inícios do séc. XIX, o incesto tornou-se inaceitável, embora o abuso sexual ainda não fosse um tema discutido abertamente (Kahr, 1991). Foi em 1860 que surgiu a primeira monografia, escrita por Tardieu (médico-legista francês), sobre os maus tratos infantis. No entanto, Tardieu não conseguiu convencer os seus colegas, nem a sociedade, de que os maus tratos ocorriam não só em fábricas e escolas, mas também no seio familiar (Labbé, 2005). Em 1874, foi criada a “Society for Prevention of Cruelty to Children” em Nova Iorque, estabelecendo o reconhecimento oficial dos maus tratos infantis e conduzindo à criação de leis de proteção da infância. Em 1962, Kempe publicou um artigo sobre o Síndrome da Criança Maltratada, que veio confirmar a existência de maus tratos infantis em meio familiar (Querido, 2009). Todavia, só uma década mais tarde o abuso sexual



mereceu a atenção da comunidade científica, dos clínicos e da população geral.

O abuso sexual de crianças é uma forma particular de maltrato em que domina o desrespeito pela intimidade e pela pessoa do outro (Alberto, 2006). É um assunto “difícil”, complexo, já que evidencia o lado mais escuro da condição humana já que, frequentemente, são os próprios pais ou pessoas próximas da criança, que a deveriam proteger, quem a trai e a usa para sua satisfação própria. Assim, o abuso sexual de crianças é uma realidade dramática que traz implicações que podem perdurar por toda a vida das suas vítimas, abarcando as dimensões médica, social, legal e psicológica.

Embora existam diversas definições de abuso sexual de crianças, há dois aspetos centrais presentes em todas elas: a exploração sexual de uma criança/adolescente, considerando que esta não tem maturidade cognitiva e psicossocial para avaliar e vivenciar plenamente essa relação, nem capacidade de dar o seu consentimento pleno; e o recurso à coação, com ou sem ameaças físicas e verbais, por manipulação dos sentimentos e das necessidades relacionais da criança (Carmo et al, 2006; Fazenda, 2010).

O Código Penal Português inclui o abuso sexual de crianças nos crimes contra a autodeterminação sexual, definindo-o como “Quem praticar acto sexual de relevo com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa, é punido com pena de prisão de um a oito anos” (Art. 171º, Código Penal); “Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos” (Art. 171º, Código Penal). O artigo 172º do Código Penal, sobre o abuso sexual de menores dependentes, demarca que “Quem praticar ou levar a praticar acto descrito no artigo anterior, relativamente a menor entre 14 a 18 anos que lhe tenha sido confiado para educação ou assistência, é punido com pena de prisão de um a oito anos”. Existe ainda o crime de actos sexuais com adolescentes, definido no artigo 173º: “Quem, sendo maior, praticar acto sexual de relevo com menor entre 14 e 16 anos, ou levar a que ele seja por este praticado com outrem, abusando da sua inexperiência, é punido com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa até 240 dias”. Embora a lei não esclareça o que considera ato sexual de relevo entende-se, geralmente, que este é um “ato de

natureza, conteúdo ou significado sexual que contende com a liberdade ou autodeterminação de quem a ele fica sujeito” (Carmo et al, 2006, p. 26). Para o avaliar, é necessário considerar o caráter objetivo do ato, as circunstâncias em que foi praticado, a sua adequação social (tendo em conta os valores e a cultura em que se insere) e o seu impacto na vítima (tendo em conta a sua idade e desenvolvimento físico e psicológico).

De acordo com o National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN) (como citado em Alberto, 2000), o abuso sexual caracteriza-se por “contactos ou interações entre uma criança e um adulto, quando a criança é usada para satisfação sexual do abusador ou de outra pessoa”. O abuso sexual pode também ser praticado por alguém menor de 18 anos, quando este é significativamente mais velho do que a vítima (pelo menos 5 anos) ou quando está numa posição de poder ou controle relativamente a ela (Clark & Clark, 1989 como citado em Alberto, 2000). O abuso sexual pressupõe, portanto, uma diferença etária, uma desigualdade desenvolvimental e um desnível de hierarquia na relação com abuso de poder. Ou seja, pressupõe o envolvimento de crianças e adolescentes, dependentes e imaturos, em atividades sexuais que não compreendem e para as quais não têm capacidade de dar o seu consentimento informado, podendo prejudicar o seu normal desenvolvimento (Alberto, 2006).

Em síntese, o abuso sexual traduz qualquer experiência sexual, quer de caráter mais passivo – como a exposição da criança a material pornográfico ou a masturbação do adulto, exibicionismo - quer ativo – relação sexual (genital, oral ou anal), pedir à criança que toque nos órgãos sexuais do adulto, recurso à criança para produzir pornografia infantil, entre outros (American Human Fact Sheet, 2009).

O abuso sexual de crianças tem consequências nefastas para o desenvolvimento das suas vítimas, a curto e a longo prazo. Algumas das principais sequelas internalizantes são: sintomatologia depressiva, ansiedade, fobias, Perturbação de Stress Pós-Traumático, dificuldades ao nível da memória e da atenção, distorções cognitivas, dissociação, baixa autoestima, perturbações do sono, perturbações alimentares, ideação suicida, comportamentos regressivos (e.g. enurese), queixas somáticas, culpa, vergonha, apatia, isolamento e dificuldade em confiar nos outros e em estabelecer relações (McCoy & Keen, 2014; Moffat, 2003; Olive, 2007). Ao

nível da externalização, as principais consequências referidas na literatura são a agressividade e raiva, o abuso de substâncias, a delinquência e os comportamentos destrutivos (Alberto, 2000; McCoy & Keen, 2014; Moffat, 2003; Olive, 2007). Ao nível da conduta sexual, as crianças abusadas podem vir a manifestar comportamentos sexualizados, masturbação excessiva, promiscuidade, disfunção sexual e, inclusive, agressão sexual (Alberto, 2006; Furniss, 1992; McCoy & Keen, 2014; Moffat, 2003).

Várias abordagens teóricas têm surgido no sentido de compreender a problemática dos maus-tratos infantis na qual se inclui o abuso sexual. Historicamente, a primeira a emergir foi o Modelo Psiquiátrico, que associava o abuso de crianças à presença de psicopatologia no agressor. Nos anos 70, numa tentativa de despatologizar o maltrato, surge o Modelo Sociológico que enquadra os abusos e a negligência como resultado de ações parentais que deveriam ser socialmente inaceitáveis e, portanto, alvo de julgamento social (Belsky, 1993). Nos anos 90 surge o Modelo Legal, cuja preocupação passa a ser o carácter judicial dos acontecimentos (Oliveira & Pais, 2014). Também nos anos 90, surge o Modelo Ecológico com Bronfenbrenner, que se baseia na abordagem sistémica, mais ampla, enquadrando o abuso numa conjugação de fatores de cariz individual, relacional, familiar, social e cultural (Alberto, 2002).

Finkelhor (1984) traz um contributo primordial para a compreensão do abuso sexual, com uma proposta sistematizada que articula o papel de vários fatores, no Modelo das Quatro Pré-Condições. Este postula que, para que o abuso ocorra, devem ocorrer quatro fatores: a) motivações do adulto para se envolver com a criança; b) diminuição ou ausência de controlo interno por parte do adulto para passar à ação; c) diminuição ou ausência de controlo externo sobre o adulto; e, d) (in)capacidade da criança de resistência ao agressor (Alberto, 2000; Fávero, 2003).

As situações de abuso sexual de crianças podem ocorrer dentro ou fora do sistema familiar, com as estatísticas a indicarem que grande parte dos casos ocorre em contexto de vida da criança e são perpetrados por familiares ou outras figuras de proximidade e/ou referência, que assumem papéis de cuidadores, desenvolvendo-se assim uma dinâmica relacional muito complexa (Habizang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005) que

acarreta sentimentos de ambivalência e de conflito emocional na vítima (Fazenda, 2010; Querido, 2009). Estas dinâmicas complexas e controversas que caracterizam a vitimização sexual colocam a criança numa posição difícil de resolver, uma vez que, por um lado, mantém o sentimento de lealdade para com a família e, por outro lado, se sente só e desprotegida e quer que o abuso termine.

### **1.2. Estatísticas, revelação/denúncia: influência das dinâmicas do abuso sexual**

A pesquisa acerca da prevalência desta problemática mais citada na bibliografia, e que é referida como a mais representativa, foi conduzida nos EUA por Finklehor, Hotaling, Lewis, e Smith (1990). A definição de abuso sexual usada nesta pesquisa foi enquanto “cópula oral ou sodomia concretizados ou na forma tentada, carícias, fotografias da criança nua e exibicionismo”. Neste estudo verificou-se que 28% das mulheres e 16% nos homens afirmaram terem sido vítimas deste tipo de abuso (Wolf & Birt, 1997). Numa investigação de revisão de estatísticas publicadas sobre a prevalência do abuso, Peter e colaboradores (1986, como citado em Machado, 2002) encontraram números que variavam entre os 6% e os 62% nas mulheres e entre 3% e 31% nos homens. Face a esta discrepância, torna-se evidente a necessidade de operacionalizar o conceito de abuso sexual avaliado. Apesar desta limitação, estes estudos poderão ter facilitado a denúncia daquele que é “talvez o mais silenciado de todos os crimes” (Machado, 2002). Em Portugal existem relatórios anuais de avaliação das atividades da CPCJ, que revelam que, em 2013, as situações de perigo por Abuso Sexual constituíram 3,6% (1132 casos) de todas as situações comunicadas às CPCJ, número superior ao de 2012 (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, 2014). No Relatório da APAV (2013), o abuso sexual de crianças representa 2,8% da totalidade dos crimes, e a “violação de crianças ou adultos” representa 3,3%. Existem ainda dados indicativos de que as crianças com menos de 14 anos, particularmente do sexo feminino, são quem mais surge como vítima deste tipo de ofensas (GEPMJ, 1998 como citado em Machado, 2002). O abuso sexual parece ser transversal às diferentes classes sociais, embora a taxa de denúncia seja

maior nos meios mais desfavorecidos (Fávero, 2003). Isto pode dever-se ao facto de estas classes sociais estarem mais expostas ao escrutínio das agências de controlo social, não tendo tanta capacidade para ocultar este crime. A maioria dos agressores são do sexo masculino, independentemente do sexo da vítima, e, contrariamente ao estereótipo perpetuado pela sociedade, os agressores são geralmente pessoas próximas da criança (Wolfe & Birt, 1997). De acordo com um estudo de Fischer e McDonald (1998, como citado em Machado 2002), sabe-se que “apenas 10% a 30% das vítimas são abusadas por desconhecidos, aproximadamente 40% são-no por pessoas conhecidas ou próximas e os restantes 30% a 50% são-no por elementos da própria família” (p. 45). As pré-adolescentes e as crianças mais novas ou com alguma deficiência são as principais vítimas de abuso embora este crime tenda a cessar com a entrada na adolescência. A adolescência traz consigo uma maior capacidade de resistência, evolução do funcionamento cognitivo, assim como acesso a mais informação sobre questões sexuais, o que aumenta as probabilidades de que a situação abusiva termine ou seja exposta.

É pertinente sublinhar, então, que as prevalências encontradas referentes ao abuso sexual de crianças não correspondem à realidade. A baixa taxa de denúncia, devida à vergonha, medo de retaliações, medo da reação social ou à falta de crença na ação das entidades competentes, resulta a que os valores registados sejam inferiores aos reais.

O abuso sexual de crianças é um crime público, mas geralmente envolto numa teia de secretismo e dissimulação que dificulta a sua revelação. Furniss (1992) designa este fenómeno de “Síndrome de Segredo”, que se instala devido ao sentimento de desamparo por parte da criança; à demora na revelação (que a pode tornar menos convincente); ao isolamento; e, por fim, à acomodação às situações de abuso (pois o agressor é, frequentemente, também um cuidador; tal como referido por Summit (1983) quando concetualiza o “Síndrome de Acomodação”). Furniss (1992) distingue o contributo de condições externas e internas para o segredo. A ausência de evidências médicas, as estratégias de coação/suborno do agressor, o medo da criança face às consequências da denúncia e, ainda, a existência de tentativas anteriores de revelação falhadas constituem alguns dos fatores externos que podem dificultar a revelação por parte da criança.

Os fatores internos estão relacionados com os aspetos próprios do abuso, como o contexto em que este ocorre (geralmente escondido, silencioso, com pouca interação verbal e pouco contacto ocular), a rutura com o *self* habitual do abusador (que se comporta como se fosse outra pessoa, assumindo outro papel) e os rituais de entrada e de saída estereotipados (que marcam a rutura com o quotidiano habitual). Estes fatores contribuem para que o abuso seja vivido pela criança com a sensação de irrealidade, o que pode levar a que a experiência não seja completamente integrada pela vítima. Há ainda os sintomas dissociativos que traduzem estratégias para lidar com a dor emocional associada à vivência do abuso (Furniss, 1992; Alberto, 2000; Machado, 2002). Tendo em conta estes fatores depreende-se que, devido aos sentimentos ambivalentes gerados pela dinâmica abusiva, a criança possa continuar a ser leal e a desejar proteger o agressor pois, embora queira que o abuso acabe, não quer que o abusador seja preso. Estes fatores interatuam e contribuem para a manutenção do secretismo em torno das situações abusivas, sendo comum que as denúncias surjam apenas vários anos após o abuso ter tido início ou que não surjam de todo. Assim, o número de casos de abuso sexual relatados e conhecidos será ínfimo, quando comparado com o número real (Alberto, 2000).

A literatura indica que grande parte das vítimas de abuso sexual não o denuncia. Indica também que os profissionais que detetam ou suspeitam de situações de abuso sexual, apenas os denunciam em cerca de 50% das vezes, o que torna muito difícil obter informação precisa acerca da prevalência deste crime (Fávero, 2003). Com a difusão, nos meios de comunicação social, de casos de abuso sexual de crianças, começou a quebrar-se o segredo (familiar e social). Até então, as vítimas tinham a ideia de que eram as únicas a passarem por aquela situação. Embora este sentimento persista e seja comum a diversos tipos de vitimação, a quebra do silêncio acerca desta temática veio ajudar a desconstruir esta ideia de “caso único”, contribuindo para que os números de denúncias tenham vindo a aumentar. Importa ainda salientar que, tanto em Portugal como noutros países, os dados da polícia, dos tribunais civis e de serviços de apoio às vítimas não são coincidentes entre si (Fávero, 2003).

Os crimes contra a autodeterminação e liberdade sexual são de natureza pública, ou seja, basta que o Ministério Público ou as forças policiais tomem

conhecimento da ocorrência do facto para que haja procedimento criminal; implica ainda que qualquer pessoa que suspeite de uma situação de abuso sexual deva denunciá-lo às autoridades competentes (CPCJ, autoridades policiais ou Tribunais) (Alberto, 2006). De acordo com o artigo 242º do Código Processual Penal, relativo à Denúncia Obrigatória, “A denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos: (...) b) Para os funcionários, na acepção do artigo 386º do Código Penal, quanto a crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas” (Art. 242º, Código Processual Penal Português). Também o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011) alerta para a “não manutenção da confidencialidade” em situações em que haja “perigo de dano significativo, perigo de vida ou qualquer forma de maus-tratos a menores de idade” (p. 11), o que vai de encontro aos princípios orientadores da APA de responsabilidade, integridade, justiça e respeito pelos direitos e dignidade das pessoas (APA, 2010). Os psicólogos, terapeutas, psiquiatras, médicos de família, técnicos de serviço social ou pediatras são profissionais que facilmente se podem deparar com esta problemática. Quanto tal acontece, impõe-se a denúncia – não só quando há certeza do crime, mas quando há suspeita (Alberto, 2006).

O impacto de denunciar uma suspeita de abuso sexual é tão grande, que não é surpresa que a decisão de o fazer seja tão difícil (Levine et al., 1995 como citado em Horton & Cruise, 2001). É frequente que a vítima de abuso sexual de crianças não revele a sua vitimação, ou que o faça de forma dissimulada. No entanto, são vários os profissionais que se podem deparar com crianças e adolescentes vítimas, e que deverão estar atentos e sensíveis a essa possibilidade. Para os profissionais de saúde e de serviço social, a denúncia constitui-se um dever ético, moral e legal. Devido ao seu carácter de crime público, qualquer pessoa que se depare com uma situação de abuso sexual de crianças (e não só os profissionais) deve denunciá-lo às autoridades competentes, tendo como princípio o superior interesse da criança e a sua segurança e bem-estar acima de quaisquer constrangimentos. Quando há uma forte suspeita de que uma criança possa estar a ser vítima de abuso, a decisão de denunciar deve ser tomada de forma ponderada, respeitando os princípios éticos e deontológicos, mas também a salvaguarda da prova e da criança. Em causa está a aceitação passiva e a manutenção do

segredo pela pessoa que tem a suspeita e, ao mesmo tempo, está a sujeição da criança a continuada vitimização.

Subjacentes à tomada de decisão de denúncia estão as representações sociais, frequentemente erróneas, que a sociedade em geral e os profissionais em particular possuem acerca do abuso sexual, dos abusadores e das suas vítimas, e que podem gerar maior dificuldade em reconhecer este crime e, conseqüentemente, em denunciá-lo.

### **1.3. Representações sociais de abuso sexual**

A noção de representação social deriva do conceito “representações coletivas” proposto por Durkheim (Porto, 2004), que definia o conjunto de ideias partilhadas pela generalidade dos membros de um grupo e que são reproduzidas coletivamente (Vantim, 2003). Posteriormente, Moscovici traz novos desenvolvimentos a este construto, concetualizado como um recurso que responde à necessidade que as pessoas sentem de se situarem no mundo, de o organizarem, compreenderem e o enfrentarem (Porto, 2004). As representações sociais caracterizam-se pela sua homogeneidade, estabilidade e alguma rigidez, tendo sido definidas por Jodelet em 1989 (como citado em Querido, 2009) como modalidades de conhecimento, socialmente elaboradas e partilhadas, com o objetivo prático de contribuir para a construção de uma realidade comum a um grupo social. As representações sociais equivalem a sistemas de crenças cujo objetivo é interpretar e dar significado ao meio envolvente através de processos comunicacionais interpessoais (Breakwell, 1992). De acordo com Porto (2004), elas cumprem quatro pressupostos: (i) são condicionadas pela inserção social do sujeito; (ii) expressam visões do mundo; (iii) o seu objetivo é explicar e dar sentido aos fenómenos; (iv) não são falsas nem verdadeiras já que são produto de elaboração e não a realidade. É através das representações sociais que o sujeito constrói a sua realidade, o que tem repercussões na forma como interpreta aquilo que acontece à sua volta, assim como nas respostas que pode dar a esses acontecimentos (Querido, 2009). De acordo com Tajfel (1981, como citado em Alberto, 2002), as representações sociais que determinado grupo tem das características de outro grupo têm três funções sociais: a de explicação causal atribuída a traços da personalidade (conceito de “erro fundamental”,



explicitado adiante); a de justificação social (de tomadas de decisão com base na raça, etnia, sexo, idade, etc.); e a de diferenciação social, que por um lado permite a existência de um sentimento de pertença e de coesão grupal mas, por outro, gera a defesa da supremacia de um grupo relativamente a outros.

No que respeita à temática específica do abuso sexual, o primeiro modelo explicativo do maltrato infantil a surgir foi o Modelo Psiquiátrico, que atribuía o abuso exclusivamente a características específicas do abusador (Belsky, 1993), incorrendo no “erro fundamental”, que consiste precisamente na tendência para sobrevalorizar aspetos ligados à personalidade na explicação de determinado comportamento ou situação, ignorando ou desvalorizando outros fatores. Até à atualidade, ainda persiste a imagem do abusador sexual como um “dirty old man” (Finkelhor, 1984, como citado em Alberto, 2002), cujos traços físicos e de personalidade seriam facilmente identificáveis, mesmo com as estatísticas a indicarem que os abusadores são geralmente pessoas próximas da criança e integrados socialmente. Além disso, esta representação social do agressor sexual favorece que os reais agressores e agressoras sexuais permaneçam na penumbra e que, quando identificados, os seus comportamentos sejam percebidos como manifestação de afeto (positivo) (McCoy & Keen, 2014).

Outras representações sobre o abuso sexual de crianças destacam a ideia da vítima menina (criança e do sexo feminino), tendo como consequência uma perceção de que as crianças do sexo masculino estão menos expostas a este tipo de agressão, e de que os abusos que envolvem vítimas adolescentes sejam percebidos como “sedução”, resultado dos comportamentos de risco dos adolescentes, e mesmo como não abusivos (McCoy & Keen, 2014).

No entanto, a literatura sobre a temática do abuso sexual de crianças destaca o papel da conjugação de vários fatores individuais, familiares, sociais e culturais. “As características das crianças, das figuras parentais, das organizações familiares, assim como das estruturas sociais e culturais, estão igualmente presentes e devem ser consideradas” ao abordar esta problemática (Alberto, 2002, p.75). Assim, quer na intervenção quer na prevenção primária, importa incorporar o trabalho a nível das representações sociais sobre o abuso sexual de crianças pela desconstrução e reconstrução

das narrativas individuais e sociais dominantes, que dificultam a revelação por parte da vítima. É fundamental questionar e desconstruir as ideias, estereótipos, crenças e percepções erradas para dar espaço a novas representações, mais informadas e fundamentadas, que possam auxiliar na detecção de situações de abuso e na denúncia das mesmas às autoridades competentes.

Esta investigação incide precisamente sobre a identificação das representações sociais que os vários profissionais que trabalham em entidades competentes em matéria de infância e juventude têm sobre o abuso sexual de crianças, assim como analisar as suas práticas face a situações em que suspeitam da existência de abuso.

## **II – Objetivos**

Considerando que os profissionais, nomeadamente psicólogos, médicos, técnicos de reinserção social, entre outros, devem estar sensibilizados e informados sobre a problemática do abuso sexual de crianças no sentido de atuarem de acordo com o enquadramento jurídico/ético mas também no âmbito da prevenção e da intervenção mais eficientes, este estudo tem dois objetivos gerais: a) identificar as representações sociais que os profissionais têm sobre o abuso sexual de crianças; e b) analisar as suas práticas relativamente à decisão de denúncia deste crime.

Como objetivos específicos, visa:

- a) Identificar o grau de legitimação dos profissionais face ao abuso sexual de crianças nas respostas dadas ao QRASC-HIS;
- b) Identificar as atribuições que os profissionais fazem acerca dos fatores desencadeadores/facilitadores, de manutenção e de resolução/interrupção do abuso sexual nas respostas dadas ao QCSA – FMR;
- c) Analisar a influência de variáveis sociodemográficas, nomeadamente o sexo e a profissão, e analisar questões relativas à

prática dos profissionais face ao contacto real ou hipotético com casos de crianças vítimas de abuso sexual.

### **III - Metodologia**

#### **3.1. Caracterização da amostra**

A recolha de dados foi realizada de acordo com um processo de amostragem não-aleatória, de conveniência, entre Novembro de 2014 e Abril de 2015. O critério de inclusão dos participantes teve por base o seu enquadramento profissional: profissionais das áreas da saúde (física e mental), escolar e social.

A amostra total é constituída por 105 participantes das regiões Norte, Centro e Sul do país, sendo 75 (71,4%) do sexo feminino e 30 (28,6%) do sexo masculino (ver Tabela 1). A idade mínima é de 22 e a máxima de 72 anos (ver Tabela 2). No que concerne ao estado civil, 57 (54,3%) participantes são casados ou vivem em união de facto, 39 (37,1%) são solteiros e 9 (8,6%) são divorciados/separados (ver Tabela 3). Do total de participantes, 58 (55,2%) não têm filhos e 47 (44,8%) têm (ver Tabela 4).

Relativamente às habilitações literárias, 49 (46,7%) participantes são licenciados, 39 (37,1%) têm o grau de Mestrado e 17 (16,2%) têm o grau de Doutoramento (ver Tabela 5). Quanto à profissão, há 37 (35,2%) psicólogos, 20 (19,0%) técnicos superiores de reinserção social (psicólogos e técnicos de serviço social), 16 (15,2%) professores, oito (7,6%) médicos, oito (7,6%) enfermeiros, oito (7,6%) investigadores e oito pessoas (7,6%) com outras profissões ou situações profissionais (como educador social, sociólogo, escriturário ou desempregado) (ver Tabela 6).

Relativamente ao seu enquadramento profissional, 74 (70,5%) participantes estão na função pública, 11 (10,5%) trabalham por conta própria, 8 (7,6%) referem ambos os enquadramentos profissionais (função pública e conta própria) e 12 (11,4%) referem “outro” tipo de enquadramento, que não os anteriores (ver Tabela 7). O tempo de serviço, medido em anos, varia entre 1 e 40 anos de serviço, com maior percentagem (31,1%, n=32) situada entre 1 e 5 anos de serviço. Entre os 16 e os 20 anos de serviço existem 14 profissionais (13,6%), o que faz deste o segundo intervalo de tempo mais frequente da amostra. (ver Tabela 8).

### **3.2. Instrumentos**

O protocolo utilizado neste estudo é constituído pelo questionário de caracterização sociodemográfica e prática profissional da amostra e por quatro instrumentos de avaliação, aplicados na seguinte sequência: Questionário de Representações sobre Abuso Sexual de Crianças – Histórias (QRASC-HIS; Alberto, I., Alarcão, M., Fazenda, I. & Querido, A., 2008), Questionário sobre o Abuso Sexual de Crianças – Fatores Facilitadores, de Manutenção e de Resolução (QCSA – FMR; Alberto, I., Alarcão, M., Querido, A. & Fazenda, I., 2008), Escala de Crenças sobre o Abuso Sexual (ECAS; Machado, C., Gonçalves, M., & Matos, M., 2000) e Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne (MCSDS; Ballard, 1992; Carvalho & Baptista, 1999; Simões, Almiro, & Sousa, 2010).

#### **Questionário de dados sociodemográficos e prática profissional**

O questionário de dados sociodemográficos contém questões relativas à caracterização dos participantes da amostra, nomeadamente: sexo, idade, estado civil, existência de filhos, habilitações literárias, profissão, enquadramento profissional e tempo de serviço. Inclui ainda questões relativas à existência de contacto ou de suspeita de contacto, em contexto profissional, com situações de abuso sexual e opção tomada relativamente à mesma; em casos de inexistência deste contacto ou suspeita, qual a opção que tomaria no caso hipotético de se encontrar perante uma situação de suspeita de abuso sexual; a quem denunciar a suspeita de abuso sexual; formação na área; fontes de informação a que recorreu; qual o código deontológico que rege o exercício da sua profissão e se existe alguma referência/orientação nesse código relativamente ao que fazer perante uma suspeita de abuso sexual de crianças; conhecimento da existência ou não, de alguma indicação no Código de Processo Penal acerca do que fazer perante uma suspeita de abuso sexual de crianças.

**Questionário de Representações sobre Abuso Sexual de Crianças – Histórias (QRASC-HIS; Alberto, I., Alarcão, M., Fazenda, I. & Querido, A., 2008)**

O Questionário de Representações sobre Abuso Sexual de Crianças – Histórias é composto por três histórias de abuso sexual de crianças/adolescentes, seguidas de dez afirmações sobre as quais os participantes devem indicar o seu grau de concordância numa escala de Likert de 4 pontos: 1. “Discordo totalmente”, 2. “Discordo”, 3. “Concordo” e 4. “Concordo totalmente”. Na elaboração das afirmações relativas a cada uma das histórias foram consideradas cinco dimensões: banalização de situações que não impliquem penetração; justificação da possibilidade de abuso sexual por fatores externos; desvalorização ou aceitação de alguma situação “pouco abusiva” em favor da privacidade individual e da privacidade e coesão familiar e (im)possibilidade de atribuição do abuso sexual ao abusador, em função do seu estatuto social, económico e escolaridade (Fazenda, 2010; Querido, 2009). A cotação dá um índice de legitimação/tolerância da situação/história; quanto maior o valor obtido, maior o grau de legitimação.

Considerando a análise da precisão através da consistência interna, Querido (2009) e Fazenda (2010) obtiveram resultados de  $\alpha=.93$  (N=98) e  $\alpha=.95$  (N=152), respetivamente.

Na validade concorrente deste questionário com o recurso à ECAS, Querido (2009) e Fazenda (2010) obtiveram valores de correlação positivos e moderados entre o QRASC-HIS e a ECAS.

**Questionário sobre o Abuso Sexual de Crianças – Fatores Facilitadores, de Manutenção e de Resolução (QCSA – FMR; Alberto, I., Alarcão, M., Querido, A. & Fazenda, I., 2008)**

O Questionário sobre o Abuso Sexual de Crianças – Fatores Facilitadores, de Manutenção e de Resolução é composto por três grupos de 16 itens referentes a: i) fatores que se considera contribuir para a emergência de situações de abuso sexual de crianças; ii) fatores relacionados com a manutenção da situação abusiva; iii) fatores que podem interromper os abusos sexuais. Para cada uma das afirmações, é solicitado ao respondente que indique o seu grau de concordância segundo uma escala de tipo *Likert*

de 4 pontos: 1. “Discordo totalmente”, 2. “Discordo”, 3. “Concordo” e 4. “Concordo totalmente”. Para cada conjunto de itens, foram considerados os fatores associados à criança (vítima), ao abusador, ao contexto familiar e ao enquadramento social.

No estudo desenvolvido por Fazenda (2010), para analisar a consistência interna foram calculados os coeficientes de alfa de Cronbach para cada um dos grupos de fatores, tendo sido obtidos valores elevados (Fatores Facilitadores:  $\alpha=.893$ ; Fatores de Manutenção:  $\alpha=.925$ ; Fatores de Interrupção:  $\alpha=.944$ ). Querido (2009) obteve valores ligeiramente mais baixos, mas ainda assim elevados (Fatores Facilitadores:  $\alpha=.81$ ; Fatores de Manutenção:  $\alpha=.86$ ; Fatores de Interrupção:  $\alpha=.80$ ).

**Escala de Crenças sobre o Abuso Sexual (ECAS; Machado, C., Gonçalves, M., & Matos, M., 2000)**

A Escala de Crenças sobre o Abuso Sexual é constituída por 17 itens, construídos a partir da observação clínica de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, assim como da literatura existente acerca de mitos e crenas culturais relativas ao abuso. Os participantes respondem segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos: 1. “Discordo totalmente”, 2. “Discordo”, 3. “Nem concordo nem discordo”, 4. “Concordo” e 5. “Concordo totalmente”. O estudo normativo, conduzido com 372 participantes, identificou três fatores nas respostas à ECAS: i) a legitimação do abuso sexual pela sedução infantil; ii) a legitimação do abuso pela ausência de violência e iii) a crença de que o abuso não existe quando o ofensor não corresponde a um estereótipo predefinido. O índice total deste questionário constitui uma medida genérica da tolerância/legitimação do abuso sexual. As pontuações específicas, obtidas pelos fatores, permitem avaliar as crenças centrais subjacentes a essa legitimação.

A ECAS foi usada no protocolo para avaliar a validade convergente do QRASC-HIS.

Os coeficientes de alfa de Cronbach da ECAS registados por Querido (2009) e Fazenda (2010) foram de  $\alpha=.859$  e  $\alpha=.898$ , respetivamente.

**Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne (MCSDS; Ballard, 1992; Carvalho & Baptista, 1999; Simões, Almiro, & Sousa, 2010)**

A Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne avalia “tendência que certas pessoas têm em apresentar as suas qualidades de forma inflacionada ou exagerada, minimizando simultaneamente as suas fraquezas” (Pechorro, Vieira, Poiães, & Marôco, 2012, p. 103), ou seja, a tendência para responder de acordo com aquilo que os participantes consideram ser expectável ou socialmente desejável. É constituída por 33 itens dicotómicos, com possibilidades de resposta “Verdadeiro” ou “Falso”. Esta escala foi usada neste estudo para se identificar o índice de desejabilidade social dos participantes na resposta ao protocolo.

A análise da precisão através da consistência interna desta escala revela um alfa de Cronbach elevado, de .81 (Almiro, 2013).

### **3.3. Procedimentos**

Após fornecida informação acerca da investigação, de garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos resultados, os participantes que deram o consentimento informado responderam ao protocolo. Sensivelmente metade dos protocolos foram administrados presencialmente, enquanto os restantes foram administrados *online*. A ordem pela qual os instrumentos foram administrados foi sempre a mesma, não havendo possibilidade de avançar para uma questão sem ter respondido a todas as anteriores (no caso dos protocolos *online*).

## **IV - Resultados**

### **4.1. Estudos de validação dos instrumentos**

#### **Questionário de Representações sobre Abuso Sexual em Crianças – Histórias (QRASC-HIS)**

Considerando a análise da precisão através da consistência interna, calculou-se o alfa de *Cronbach*. O valor obtido para a escala total é de  $\alpha=.937$  (N=105) (ver Tabela 23), o que revela consistência interna elevada e semelhante ao registado por Querido (2009) e Fazenda (2010).

Os itens apresentam uma correlação com a escala total que varia entre  $r=.225$  e  $r=.773$ , sendo que todos apresentam índices de correlação aceitáveis ( $\geq .30$ ), à exceção do item 2 da História 1. No entanto, se este item fosse retirado, o valor de consistência interna da escala total não sofreria alterações significativas, pelo que se optou por manter este item (ver Tabela 24).

Ao analisar a consistência interna para cada uma das histórias, constata-se que todas registam um coeficiente de alfa de *Cronbach* superior a .80. Especificamente, a História 1 regista  $\alpha=.802$  (N=105), a História 2 regista  $\alpha=.851$  (N=105) e a História 3 regista  $\alpha=.904$  (N=105) (ver Tabelas 25, 26 e 27).

As correlações entre a pontuação total neste questionário e a pontuação em cada uma das histórias são muito elevadas (História 1:  $r=.840$ ; História 2:  $r=.946$ ; História 3:  $r=.900$ ) (ver Tabela 28).

Relativamente à validade convergente, a correlação entre a pontuação total do questionário e a ECAS é moderada ( $r=.455$ ) (ver Tabela 28).

### **Questionário sobre o Abuso Sexual de Crianças – Fatores Facilitadores, de Manutenção e de Resolução (QCSA – FMR)**

Para analisar a consistência interna deste questionário foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para cada um dos grupos de fatores, tendo todos revelado consistência interna elevada (Fatores Facilitadores:  $\alpha=.895$ ; Fatores de Manutenção:  $\alpha=.909$ ; Fatores de Interrupção:  $\alpha=.833$ ) (ver Tabelas 29, 30 e 31).

Ao analisar detalhadamente os itens do grupo dos Fatores Facilitadores da ocorrência de abuso sexual, verificaram-se correlações moderadas a elevadas entre cada item e o conjunto de itens que compõem o fator, situando-se entre  $r=.458$  e  $r=.721$  (ver Tabela 32). Relativamente ao grupo dos Fatores de Manutenção das situações de abuso, as correlações entre cada item e o seu fator são moderadas a elevadas, variando entre  $r=.404$  e  $r=.723$  (ver Tabela 33). Por fim, as correlações observadas entre cada um dos itens do grupo dos Fatores de Interrupção das situações de abuso e o seu conjunto variam entre  $r=.162$  e  $r=.614$ . À exceção do item 5 (“*Mudar o comportamento da vítima, para ser menos provocadora e sedutora*”) e do item 14 (“*Fazer tratamento ao abusador para que se torne*



*estéril, diminuindo os seus impulsos sexuais*”), que apresentam correlações fracas com o conjunto dos itens, os restantes apresentam correlações moderadas (ver Tabela 34). Ainda assim, a retirada de qualquer um dos itens não influenciaria significativamente a consistência interna deste fator.

### **Escala de Crenças sobre o Abuso Sexual (ECAS)**

O coeficiente de alfa de Cronbach obtido para a ECAS foi de  $\alpha=.906$  (ver Tabela 35), traduzindo uma consistência interna elevada e próxima dos valores registados por Querido (2009) e Fazenda (2010). As correlações entre cada item e a escala total são moderadas a elevadas, situando-se entre  $r=.395$  e  $r=.741$  (ver Tabela 36).

### **Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne (MCSDS)**

A análise da precisão através da consistência interna desta escala revela um alfa de Cronbach razoável, de  $\alpha=.798$  (ver Tabela 37), semelhante ao encontrado por Almiro (2013), de  $\alpha=.81$ . As correlações de cada um dos itens com a escala global variam entre fracas e moderadas ( $r=.104$  e  $r=.487$ ). No entanto, a eliminação de qualquer um dos itens de escala não teria influência significativa na sua consistência interna (ver Tabela 38).

A pontuação média obtida na MCSDS pela amostra foi de 18.16 ( $DP=5.505$ ) (ver Tabela 57). Recorrendo ao teste t-Student para uma única amostra, comparando com a média da amostra referida pelo estudo de validação ( $M=18.81$ ) (Almiro, 2013), verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas (ver Tabela 58), o que significa que a amostra do presente estudo tende a apresentar um nível de desejabilidade social dentro dos valores normativos, de acordo com os estudos efetuados para a população portuguesa.

Foi ainda analisada a correlação entre a pontuação total da MCSDS e a do QRASC-HIS, tendo sido obtido um coeficiente muito baixo ( $r=.139$ ) (ver Tabela 44), que mostra que as respostas dadas aos dois instrumentos são independentes.

## **4.2. Análise das Estatísticas descritivas dos itens e dos globais das escalas**

No **QRASC-HIS**, a média das pontuações obtidas pela amostra para o QRASC-HIS foi de 37.71 pontos ( $DP=8.537$ ) (ver Tabela 39). A média da História 1 foi de 11.68 ( $DP=2.589$ ); a média da História 2 foi de 12.17 ( $DP=2.917$ ); e a média da História 3 foi de 13.87 ( $DP=4.00$ ) (ver Tabelas 40, 41 e 42). Ao analisar globalmente as respostas fornecidas pelos participantes, verifica-se que tendem a discordar com as afirmações que constituem os itens deste instrumento.

Na História 1, os itens em que os profissionais manifestaram maior discordância foram o item 7 (*“Não se pode dizer que o avô abuse sexualmente da Ana, pois não passa de umas “carícias” e não há realmente tentativa de ter relações sexuais com a menina”*) e o item 8 (*“A Ana não devia andar a contar estas coisas por aí, pois corre mesmo o risco de que a sua família se desorganize e de que os pais e o avô fiquem destruídos com esta história”*), ambos com média de 1.08 ( $DP=.267$  para ambos). O item com o qual os participantes manifestaram maior concordância foi o item 2 (*“O avô da Ana pode andar a passar por uma fase difícil, lidando mal com o facto de estar reformado, viúvo e dependente do filho, e por isso ter brincadeiras menos próprias com a neta”*), com média de 1.30 ( $DP=.6334$ ), o que indica que as pessoas tendem a valorizar alguns fatores externos (como a reforma, viuvez e dependência) como legitimadores de situações de abuso (ver Tabela 43).

Na História 2, o item em que se verificou mais discordância nas respostas foi o item 9 (*“Mesmo que o professor tenha “seduzido” a Luísa, ela não deveria divulgar a situação, pois é um problema muito íntimo, que vai invadir a sua privacidade”*), com média de 1.08 ( $DP=.267$ ), e o item que gerou maior concordância foi o item 3 (*“É possível que o professor tenha tido um comportamento menos próprio com a Luísa, porque tem tido muita pressão no trabalho e na vida familiar”*), com média de 1.48 ( $DP=.735$ ) (ver Tabela 43).

Na História 3, o item que gerou mais discordância nas respostas foi o item 10 (*“Mesmo que a mãe do Tomás lhe faça alguma coisa menos própria, não pode ser considerada abuso sexual, porque a senhora tem uma depressão”*), com média de 1.17 ( $DP=.448$ ), o que indica que, apesar da existência de doença mental materna, perante este fator não se atribui uma maior legitimação do abuso sexual. O item que gerou mais concordância foi

o item 8 (*“É absolutamente normal as mães dormirem com os seus filhos enquanto pequenos e o Tomás pode ter pensado que isso é um “romance” uma vez que agora é o “homem lá de casa”, pois os seus pais vivem separados. Foi a imaginação da criança que criou a ideia das brincadeiras secretas”*), com média de 1.71 ( $DP=.689$ ) (ver Tabela 43).

O item que apresentou maior variabilidade de resposta foi o item 3 da História 2 (*“É possível que o professor tenha tido um comportamento menos próprio com a Luísa, porque tem tido muita pressão no trabalho e na vida familiar”*), com um desvio-padrão de .735, indicando grande dispersão das respostas dadas (concretamente, 69 das 105 pessoas responderam “Discordo totalmente”, 23 responderam “Discordo”, 12 responderam “Concordo” e uma pessoa respondeu “Concordo totalmente”). Os itens com menor variabilidade de resposta foram os itens 7 e 8 da História 1 (*“Não se pode dizer que o avô abuse sexualmente da Ana, pois não passa de umas carícias e não há realmente tentativa de ter relações sexuais com a menina”* e *“A Ana não devia andar a contar essas coisas por aí, pois corre mesmo o risco de que a sua família se desorganize e de que os pais e o avô fiquem destruídos com esta história”*) e o item 9 da História 2 (*“Mesmo que o professor tenha “seduzido” a Luísa, ela não deveria divulgar a situação, pois é um problema muito íntimo, que vai invadir a sua privacidade”*). Estes três itens têm uma média de 1.08 ( $DP=.267$ ), o que indica discordância nas respostas (ver Tabela 43).

Analisando as respostas ao **QCSA – FMR**, no que concerne aos Fatores Facilitadores, o item mais pontuado é o 12, com média de 2.94 ( $DP=.785$ ) (*“O adulto abusador foi ele próprio vítima de abuso sexual quando criança ou adolescente”*) e o 10 (*“Antecedentes de violência na família de origem do abusador”*) com média de 2.90 ( $DP=.791$ ); o item menos pontuado é o 6, com média de 1.74 ( $DP=.866$ ) (*“Comportamento provocador da vítima”*) (ver Tabela 48). Relativamente aos Fatores de Manutenção do abuso, o item mais pontuado foi o 1, com média de 3.66 ( $DP=.534$ ) (*“Ausência de denúncia por parte da vítima ou família”*); o item menos pontuado foi o 12, com média de 2.90 ( $DP=.759$ ) (*“Ausência de denúncia por parte dos profissionais”*) (ver Tabela 49). Por fim, relativamente aos Fatores de Resolução, o item mais pontuado é o 16, com média de 3.80 ( $DP=.508$ ) (*“Tornar os procedimentos nos Tribunais mais*

*rápidos e menos dolorosos*”) e o item menos pontuado é o 5, com média de 1.71 ( $DP=.769$ ) (“*Mudar o comportamento da vítima, para ser menos provocadora e sedutora*”) (ver Tabela 50).

Na ECAS, a pontuação média obtida pelos participantes foi de 24.05 ( $DP=6.474$ ) (ver Tabela 55). As respostas são tendencialmente discordantes com as afirmações. Os itens que registam maior discordância são o 17 (“*Se não tiver havido penetração, então o abuso é pouco grave*”), com média de 1.14 ( $DP=.378$ ) e o 15 (“*Só se pode falar em abuso se a criança/adolescente resistir fisicamente*”), com média de 1.20 ( $DP=.425$ ). O item que gera maior concordância é o 1 (“*É muito raro uma criança/adolescente ser abusada sexualmente*”), com média de 1.77 ( $DP=.711$ ) (ver Tabela 56).

#### **4.3. Análise da influência das variáveis sexo e profissão nas respostas ao QRASC-HIS e ao QCSA – FMR**

Para analisar a influência do sexo nas respostas ao QRASC-HIS realizou-se o teste t-Student de comparação de médias, cujos resultados apontam para ausência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das 3 histórias e para o total do QRASC-HIS (ver Tabela 61). Comparando as médias em função da profissão foi realizada uma Anova one-way, que mostrou não haver diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das histórias nem no total (ver Tabela 62).

Relativamente ao QCSA – FMR, a comparação das respostas em função do sexo para cada um dos itens dos 3 grandes fatores (facilitadores, manutenção e resolução do abuso sexual de crianças) realizou-se com recurso ao teste não paramétrico U de Mann-Whitney, considerando que a cotação dos itens é ordinal, verificando-se diferenças significativas apenas nos itens 5 dos Fatores de Manutenção (“*Falta de conhecimentos da vítima sobre como pedir ajuda*”) e 7 dos Fatores de Resolução (“*Agravar as condenações dos abusadores sexuais*”) (ver Tabela 51), sendo o sexo feminino aquele que atribui maior importância a estes dois fatores (apresentando, assim, uma média mais elevada para cada um deles) (ver Tabela 52).

Para comparar as respostas por item dos 3 fatores em função da profissão usou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, registando-se diferenças estatisticamente significativas no item 1 dos Fatores Facilitadores

(“Consumos de álcool ou drogas por parte do abusador”), em que são os professores quem considera este item como mais importante na ativação do abuso sexual; e no item 1 dos Fatores de Manutenção (“Ausência de denúncia por parte da vítima ou da família”) (ver Tabela 53), em que investigadores e enfermeiros obtêm as médias mais elevadas, o que significa que consideram este item como um fator importante na manutenção de situações abusivas (ver Tabela 54).

#### **4.4. Análise das questões sobre as práticas dos profissionais face à suspeita de abuso sexual de crianças**

Fazendo a análise das respostas às questões do questionário sociodemográfico de dados sociodemográficos e prática profissional, verifica-se que 67 participantes (63,8%) “Não” tiveram qualquer contacto com crianças vítimas de abuso sexual em contexto profissional, enquanto 38 (36,2%) respondem que “Sim” (ver Tabela 9). À questão “No âmbito do exercício da sua profissão, surgiu-lhe alguma vez a suspeita de abuso sexual de crianças/adolescentes que envolvesse o indivíduo ou a família com quem trabalhava?” 65 participantes (57,8%) responderam “Não” e 26 (24,8 %) responderam “Sim” (as restantes 14 não responderam) (ver Tabela 10). Dos 26 profissionais que responderam “Sim”, 25 referem que denunciaram a situação, e um refere que não denunciou (ver Tabela 11), tendo apenas conversado com a criança “para tentar averiguar a situação”. Relativamente ao fundamento da decisão da denúncia, 14 profissionais destacam a proteção da criança como fator decisivo para a denúncia do abuso; 3 referem a gravidade e o carácter do crime; 3 realçam os dados clínicos e a avaliação do impacto do abuso na criança; 1 menciona a existência de evidências; 1 relata a importância de evitar a revitimização da criança; 1 refere a existência de violência familiar e, por fim, 3 profissionais destacam o encaminhamento para outra entidade (e.g. CPCJ, médico de família, assistente social) ou o pedido de ajuda a colegas devido a dificuldades/inexperiência em lidar com este tipo de situações (ver Tabela 12).

Dos 65 participantes que nunca suspeitaram de uma situação de abuso sexual de crianças/adolescentes no exercício da sua profissão perante a questão “qual será a opção que pensa que toma” no caso hipotético de surgir essa suspeita, 63 profissionais respondem que denunciariam o caso,

enquanto um diz que não denunciaria, e outro não responde (ver Tabela 13). Relativamente à fundamentação da decisão de denúncia, 20 profissionais referem a proteção da criança; 12 mencionam o encaminhamento para entidades competentes (e.g. psicólogos, autoridades, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, Tribunal de Família e Menores, Instituto Nacional de Medicina Legal); 9 realçam a obrigatoriedade, dever ou necessidade de denunciar a situação; 7 mencionam o carácter de crime do abuso sexual; 7 falam da necessidade de interrupção e resolução da situação abusiva; 3 referem a existência de evidências do crime; 2 remetem para a defesa do superior interesse da criança; outras respostas como “condenação do culpado”, “é o mais correto” ou “não é óbvio?” foram surgindo (ver Tabela 14).

Relativamente à questão “A quem denunciar as situações de abuso”, 41 profissionais referem as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco; 33 indicam as “autoridades competentes” (e.g.: Polícia Judiciária, Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana); 14 remetem para o Ministério Público; 6 referem o Tribunal de Família e Menores; 3 mencionam os Serviços Sociais; 2 indicam o psicólogo (“psicólogo infantil” e “psicólogo da escola”) enquanto outros 2 referenciam o médico de família; um profissional menciona o Departamento Central de Investigação e Ação Penal e outra indica o Gabinete de Apoio Familiar. Dois profissionais responderam “Não sei” à questão, e 16 optaram por não responder, de todo (ver Tabela 15).

Os participantes foram questionados acerca da sua formação na temática do abuso sexual de crianças, tendo-se observado que 61 (58,1%) possuem formação, enquanto 44 (41,9%) não possuem (ver Tabela 16). Relativamente ao tipo de formação, esta distribuiu-se por: “disciplinas do curso” (n= 22), “seminários” (n= 18), “conferências” (n=15), “workshops” (n= 14), “cursos breves” (n= 12) e “estágios” e “supervisão” (n= 6 para cada um) (ver Tabela 17).

Considerando outras fontes de informação às quais recorreram acerca do abuso sexual de crianças, observou-se que a internet é a mais referida (n= 46), seguida pelos artigos de revistas científicas (n= 43), a comunicação social (n= 37) e, por fim, os livros ou capítulos de livros científicos (n= 26). Trinta participantes não responderam a esta questão (ver Tabela 18).

Os Códigos de Ética ou Deontológicos referenciados como regendo o exercício da profissão dos participantes foram: o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (n= 40 vezes); o Código de Trabalho da Função Pública (n=8); o Juramento de Hipócrates e o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (n=7), o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (n=7), o Código de Ética da Administração Pública (n=4), o Código de Conduta da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (n=3),o Código de Ética da APAV (n=2), e o Código Deontológico do Serviço Social (n=2). Além disso, dois participantes referiram o “código pessoal” e “ética própria”. Outros códigos referidos apenas uma vez incluem o Código de Ética da Universidade do Minho, o Código Deontológico dos Médicos Dentistas e o Código Deontológico dos Técnicos Oficiais de Contas. Três participantes responderam “Não sei” (ver Tabela 19). É de notar que, por vezes, um mesmo participante referia mais do que um Código Ético na sua resposta (e.g.: Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses e Código de Trabalho da Função Pública). Relativamente à existência de referência, nesse Código, quanto à atitude a tomar perante uma suspeita de abuso no exercício da profissão, 33 profissionais (31,4%), mencionaram existir orientação quanto ao que fazer perante uma suspeita, enquanto 52 responderam que não existe tal referência e 20 não responderam (ver Tabela 20).

A última questão colocada aos participantes refere-se à existência de alguma indicação, no Código do Processo Penal, sobre o que o profissional deve fazer perante uma suspeita de abuso sexual de crianças que surja no decorrer do exercício da profissão e, em caso afirmativo, qual é essa indicação. Dos 105 participantes que constituem a amostra, 64 (61%) respondem que não existe indicação alguma, enquanto 40 (38,1%) respondem que existe uma indicação, tendo apenas 1 pessoa deixado esta questão por responder (ver Tabela 21). Dos 40 que responderam “Sim”, 36 referem que a indicação do Código do Processo Penal é denunciar o crime (público); um participante considera que “o psicólogo tem autonomia de decisão”; outro descreve que a indicação de denúncia consiste na “Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco”; e, por último, dois participantes afirmam desconhecer o teor da indicação (ver Tabela 22).

#### **4.5. Comparação entre a amostra de profissionais e a amostra da comunidade geral**

Ao comparar os resultados obtidos pela amostra dos profissionais da saúde e de serviço social com os resultados obtidos por uma amostra da comunidade geral, num trabalho paralelo desenvolvido em outra tese MIP ao longo deste ano, através do teste t-Student, observou-se que existem diferenças significativas entre as amostras ao nível das Histórias 1 e 2 do QRASC-HIS (ver Tabela 63), no sentido de a comunidade tender a legitimar mais o abuso sexual de crianças (ver Tabela 60). Os desvios-padrão observados também são superiores na amostra da comunidade, o que indica que existe maior variabilidade no grau de legitimação nesta amostra.

### **V - Discussão**

A análise global dos resultados obtidos neste estudo revela, conforme o expectável, que os profissionais da saúde e do serviço social (incluindo psicólogos, médicos, enfermeiros, técnicos de reinserção social, investigadores, professores, entre outros) tendem a não legitimar o abuso sexual de crianças. A sua tendência de resposta distingue-se da população geral, apresentando menor legitimação, particularmente nas histórias 2 e 3. Esta diferença vai ao encontro do que seria esperado, tendo em conta que os profissionais, à partida, possuem mais informação acerca desta temática, assim como formação específica (no âmbito dos seus cursos universitários e de workshops, seminários ou cursos externos), estando desta forma mais sensibilizados para o tema.

A análise do QRASC-HIS e da ECAS revelam valores pouco legitimadores do abuso sexual de crianças, com respostas que tendem a situar-se entre “Discordo” e “Discordo Totalmente”. Querido (2009) e Fazenda (2010), que realizaram um estudo recorrendo aos mesmos instrumentos com educadores de infância e com médicos e enfermeiros, respetivamente, obtiveram resultados semelhantes. Todas estas populações, incluindo a dos profissionais de saúde e de serviço social, têm contacto privilegiado com crianças e famílias, podendo deparar-se com situações de abuso sexual, motivo pelo qual tendem a estar mais informadas e sensibilizadas para o mesmo.

A terceira história do QRASC-HIS foi a que gerou maior legitimação



por parte dos participantes. Esta história remete para uma situação em que o abuso é perpetrado por uma personagem do sexo feminino, com um papel muito particular (mãe), e a vítima é do sexo masculino, o Tomás de 3 anos de idade. Este resultado é congruente com os discursos sociais dominantes, que tendem a conceber o agressor como alguém do sexo masculino e a vítima como uma menina (McCoy & Keen, 2014), e revela que talvez os profissionais ainda não tenham sido capazes de superar as crenças que possuem acerca do abuso sexual de crianças. Fávero (2003) refere o estereótipo de que as mulheres, particularmente as mães, são carinhosas e protetoras, o que leva a que o abuso sexual de crianças por mulheres não seja previsto, de acordo com os esquemas sociais dos indivíduos (Furniss, 1993). As pessoas tendem a conceber o contacto entre mulheres e crianças como não abusivo, aceitando-o e eliminando o cariz sexual que possa possuir (Carmo et al, 2006).

A história em que houve menor legitimação foi a primeira, que se reporta a uma situação abusiva perpetrada por um idoso à sua neta de 5 anos de idade, o que pode refletir a informação de que os profissionais dispõem acerca da ocorrência frequente de abuso sexual em contexto familiar, mas também a representação do agressor como o “old man” (Alberto, 2002). Parece que o contexto em que ocorre o abuso, intra ou extra-familiar, não tem influência nas respostas fornecidas pelos participantes, já que ambas as histórias que geraram maior e menor legitimação se referem a situações de abuso que ocorreram na família (entre mãe e filho e entre avô e neta, respetivamente).

O QCSA-FMR avalia as causas ou fatores facilitadores, os fatores demanutenção e os fatores de resolução do abuso sexual de crianças, pelo que foram analisados aos quais as pessoas atribuíram maior e menor importância. Os fatores facilitadores que reuniram maior concordância na amostra foram “*Antecedentes de violência na família de origem do abusador*” e “*O adulto abusador foi ele próprio vítima de abuso sexual quando criança ou adolescente*”. De facto, McCoy & Keen (2014) referem que existe uma associação entre o crescimento em ambientes dominados pela violência e o desenvolvimento, pelo indivíduo, de características violentas. A literatura também tem vindo a mostrar que as pessoas expostas a abuso sexual enquanto crianças apresentam maior probabilidade de se

virem a tornar abusadoras (Alberto, 2006; Fávero, 2003; Finkelhor, 1984; Furniss, 1992; McCoy & Keen, 2014; Moffat, 2003), sendo a agressão sexual enumerada como uma das possíveis consequências que pode advir deste tipo de vitimação (Alberto, 2008; McCoy & Keen, 2014). No entanto, é evidente que nem todas as vítimas se tornarão agressores, já que fatores como a intervenção terapêutica, o suporte familiar e social (Finkelhor, 1984) e as características individuais de resiliência da própria criança contribuem para uma resolução mais positiva desta vivência traumática. O fator facilitador considerado menos importante pela amostra foi o “*Comportamento provocador da vítima*”, o que indica que os profissionais não atribuem à vítima ou à sua conduta causalidade pela ocorrência do abuso sexual.

No que concerne aos fatores de manutenção do QCSA-FMR, o fator “*Ausência de denúncia por parte da vítima ou da família*” foi considerado o mais importante, enquanto “*Ausência de denúncia por parte dos profissionais*” foi considerado o menos importante. Cusson (2002) refere que as vítimas tendem a considerar que os crimes que sofreram não foram “suficientemente graves” (p.176) e que quanto mais próxima a relação entre o agressor e a vítima, menores as probabilidades de esta efetuar a denúncia. São inúmeras as referências na literatura relativas à teia de secretismo e à dificuldade de revelação deste crime (Alberto, 2000; Alberto, 2006; Fávero, 2003; Furniss, 1992; Habizang et al., 2005; Machado, 2002), o que pode levar a que os profissionais considerem que a ausência de denúncia por parte da criança e dos seus familiares seja o fator que mais contribui para que a situação de abuso se mantenha. No entanto, parece que tendem a descartar a importância do seu próprio dever ético e legal de denúncia, conferindo menor importância à ausência de denúncia por parte dos profissionais. Ainda assim, convém recordar que, de entre os 26 profissionais que afirmam ter-se deparado com uma situação de abuso sexual em contexto profissional, apenas um refere não ter denunciado o crime, o que parece incongruente com a diminuta importância que atribuem a este fator no âmbito do QCSA-FMR. Outro fator de manutenção que reuniu considerável concordância entre os respondentes foi “*Ameaças por parte do abusador*”. Ao concetualizar o Síndrome de Segredo, Furniss (1992) distingue o contributo de condições externas para a dificuldade de revelação por parte da criança,

nas quais inclui as estratégias de coação/suborno do agressor.

Relativamente aos fatores que podem levar à interrupção do abuso sexual do QCSA-FMR, é atribuída maior importância a “*Tornar os procedimentos nos Tribunais mais rápidos e menos dolorosos*” e a “*Estimular a denúncia das situações de abuso sexual*”. A literatura sugere que os procedimentos legais e forenses de averiguação dos crimes de abuso sexual podem suscitar a recriação de condições de mal-estar que relembram à criança da situação abusiva e de revitimização (Furniss, 1993; Lipovsky et al., 1998), o que é congruente com a ideia dos profissionais de que os procedimentos nos Tribunais podem contribuir para a não resolução do abuso. De novo, a atribuição de importância à estimulação da denúncia pode relacionar-se com a informação a que os profissionais têm acesso, estando cientes do Síndrome de Segredo (Furniss, 1992) que caracteriza este tipo de crime. No entanto, estes dados também podem indicar que os profissionais confiam nos órgãos de justiça para a resolução deste crime, em detrimento da escolha de fatores relacionados com os próprios (e.g. “*Dar mais formação aos profissionais sobre as dinâmicas e características do abuso sexual de crianças*”), embora também considerem que a resposta da Justiça não é suficientemente adequada às particularidades do abuso sexual e ao bem-estar da criança/vítima. O fator considerado menos importante é “*Mudar o comportamento da vítima, para ser menos provocadora e sedutora*”, o qual, à semelhança dos resultados obtidos ao nível dos fatores facilitadores, traduz a insenção de causalidade atribuída à criança pelo abuso de que é vítima, o que é promordial na abordagem ao abuso sexual.

A análise global dos fatores aos quais é atribuída maior e menor importância por parte dos profissionais aponta para uma perspetiva sistémica ou ecológica (Alberto, 2002) de integração de fatores de cariz individual (como o abusador ter sido vítima de abuso sexual quando criança ou adolescente ou os antecedentes de violência da família do abusador), interacional (como as ameaças por parte do abusador) e social (como a estimulação de denúncia e a melhoria dos procedimentos dos tribunais). Assim, será mais indicado adoptar um tipo de intervenção terapêutica primária (Furniss, 1993), envolvendo todos os intervenientes (vítima, agressor, família, instituições, contextos social e cultural) e abrangendo a comunidade, no sentido da prevenção primária, com o objetivo de alterar

pré-concepções acerca da infância, família, poder/autoridade e sexualidade (Alberto, 2000; Fazenda, 2010).

A discordância que os participantes manifestam com as afirmações da ECAS “*Se não tiver havido penetração, então o abuso é pouco grave*” e “*Só se pode falar de abuso se a criança/adolescente resistir fisicamente*” indicam que os profissionais têm, por um lado, conhecimento dos diferentes tipos de experiência sexual que compõem este crime, desde a exposição a material pornográfico ou a masturbação do adulto à relação sexual (American Human Fact Sheet, 2009) com ou sem ameaças físicas e verbais (Carmo et al, 2006). Por outro lado, indicam que os profissionais estão cientes de que a gravidade do abuso sexual não pode ser medida através do carácter mais ativo ou mais passivo da experiência sexual de que a criança foi vítima. “*É muito raro uma criança/adolescente ser abusada sexualmente*” é a afirmação que reúne maior concordância entre os profissionais, o que sugere que estes continuam a julgar que o abuso sexual de crianças se trata de um crime que afeta apenas um pequeno número de crianças, quando vários estudos sugerem que a percentagem de pessoas abusadas sexualmente enquanto crianças pode chegar aos 62% para as mulheres e aos 31% para os homens (Peter e colaboradores, 1986, como citado em Machado, 2002). Apesar da crescente divulgação deste crime, através de notícias, informação ou campanhas de sensibilização, parece que os profissionais continuam a ter alguma dificuldade em conceber o abuso sexual como um crime relativamente frequente.

A avaliação da desejabilidade social revela valores normativos, o que indica que os participantes não manifestaram tendência para responder às provas de acordo com aquilo que o que consideram ser socialmente desejável. Estes dados permitem depositar confiança nos resultados obtidos nos questionários aplicados.

Relativamente à análise da influência de algumas variáveis sociodemográfica nos resultados obtidos ao nível do QRASC-HIS, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais do sexo masculino e do sexo feminino (à semelhança de Querido (2009), mas diferentemente de Fazenda (2010), que encontrou diferenças significativas entre os sexos). Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o QRASC-HIS em função da profissão.

No QCSA-FMR, foram encontradas diferenças significativas tanto em função do sexo como da profissão dos respondentes, embora apenas em quatro itens. Fazenda (2010) efetuou esta análise relativamente ao sexo dos respondentes e não encontrou diferenças estatisticamente significativas.

Os dados obtidos neste estudo parecem revelar que os profissionais de saúde e de serviço social têm consciência das crenças habitualmente associadas com o abuso sexual, assim como dos fatores que o promovem, mantêm e resolvem. Mostram ainda saber a quem denunciar este crime (referindo a CPCJ, as autoridades policiais e judiciais) e a generalidade dos participantes afirma que, caso suspeitasse de uma situação de abuso sexual no âmbito da sua profissão, a denunciaria. Ainda assim, alguns dos dados transparecem a necessidade de lhes ser fornecida mais informação de qualidade (já que, por um lado, a internet é o recurso mais referido pelos profissionais enquanto fonte de informação, e a comunicação social é mais referida do que os livros científicos; e por outro lado, de todos os inquiridos, apenas cerca de 60% possuem formação específica na área), designadamente sobre a representação social da mulher enquanto abusadora sexual, sobre a importância da denúncia por parte dos profissionais mesmo que só exista suspeita do crime e sobre o facto de o abuso sexual de crianças ser um crime comum e transversal às várias classes sociais e contextos. Embora pareça existir algum conhecimento acerca da sintomatologia apresentada pela criança vítima de abuso sexual, os profissionais ainda não possuem todas as ferramentas necessárias para identificar eficazmente o abuso nem para lidar com eles, reflexão já elaborada por Caminha, em 1999.

Os objetivos do estudo foram cumpridos, assumindo que este possuía cariz exploratório. Contudo, existem algumas limitações a mencionar, nomeadamente o facto de a amostra ser de conveniência. Seria adequado, num estudo futuro, recolher uma amostra mais ampla em número e em termos de distribuição geográfica (já que esta é constituída maioritariamente por profissionais da zona centro, com um número mais pequeno de participantes localizados no Alentejo e no Minho) e mais equilibrada ao nível do sexo dos participantes (já que mais de 70% dos profissionais desta amostra são do sexo feminino). Ao amplificar o tamanho da amostra, seria interessante efetuar análises de comparação dos níveis de legitimação do abuso sexual em função dos grupos profissionais dos participantes (como

psicologia, medicina/enfermagem e serviço social, por exemplo). Outra possibilidade de investigação futura seria selecionar alguns dos participantes que já tiveram contacto com vítimas de abuso sexual e realizar entrevistas para explorar a situação e os procedimentos tomados. Uma última sugestão seria um estudo longitudinal, avaliando as representações sociais dos profissionais na fase inicial da sua atividade profissional, repetindo a avaliação após um período de tempo de 5 anos. Isto possibilitaria a avaliação de possíveis mudanças nas representações sociais e níveis de legitimação dos profissionais em função da atividade profissional que exercem (e possivelmente, do contacto com vítimas de abuso sexual, provavelmente inexistente aquando da primeira avaliação). Ainda assim, foi um estudo que cumpriu com os seus objetivos e permitiu a obtenção de informação interessante acerca das representações sociais de um grupo de profissionais de saúde e serviço social.

## **VI - Conclusões**

O abuso sexual de crianças é um crime cada vez mais visível para os especialistas e para a comunidade. Com esta crescente notoriedade, tem vindo a surgir mais investigação em torno do tema, maior difusão por parte da comunicação social e mais preocupação por parte da sociedade. No entanto, são várias as crenças e mitos que persistem, contribuindo para que seja um crime envolto em segredo e de difícil revelação.

Os profissionais da área da saúde e serviço social usufruem de uma posição privilegiada no que concerne à proteção das crianças vítimas deste crime, tornando-se então fundamental compreender quais os discursos, perceções e representações que possuem acerca deste fenómeno. Com o objetivo de averiguar as representações sociais dos profissionais acerca do abuso sexual de crianças, o presente estudo procurou identificar as dimensões do abuso mais suscetíveis de gerar legitimação, assim como os fatores facilitadores, de manutenção e de resolução do abuso aos quais é atribuída maior e menor importância. Foi analisada a influência de variáveis sociodemográficas (nomeadamente o sexo e a profissão) nessas representações, e foram comparados os níveis de legitimação dos profissionais com uma amostra da comunidade geral. Foi ainda apurada a

existência de contacto com situações de abuso, a decisão tomada relativamente à denúncia da situação, as fontes de informação às quais recorrem, a formação específica que possuem acerca do tema, a que entidades deve ser feita a denúncia e quais as referências no código ético (que rege o exercício da profissão de cada sujeito) e no Código Processual Penal acerca do abuso sexual de crianças.

Os instrumentos utilizados para a avaliação das representações sociais em torno do abuso sexual de crianças, nomeadamente o Questionário de representações sobre abuso sexual de crianças – Histórias (QRASC-HIS), o Questionário sobre abuso sexual de crianças – Fatores Facilitadores, de Manutenção e de Resolução (QCSA-FMR) e a ECAS, apresentam qualidades psicométricas ao nível da consistência interna e da validade concorrente que fazem deles bons instrumentos de investigação desta temática.

Os resultados obtidos indicam que os profissionais de saúde e de serviço social apresentam valores pouco legitimadores do abuso sexual de crianças, não existindo diferenças significativas no nível de legitimação em função do sexo ou da profissão do respondente. Ao nível dos fatores que causam, mantêm e interrompem o abuso, os participantes identificam fatores de cariz individual (relativos ao agressor), relacional e social, o que indica que adotam uma perspetiva ecológica, sistémica, compreensiva e integradora do abuso.

As representações sociais de uma pessoa acerca de determinada temática têm influência na sua conduta face à mesma (Valentim, 2003). Como tal, e considerando os baixos valores de legitimação observados neste estudo, é provável que os profissionais, ao se depararem com uma situação de abuso, a denunciem e forneçam apoio à vítima. Ainda assim, persistem alguns discursos estereotipados e crenças erróneas, que podem provocar dificuldades na deteção do abuso. Perante uma problemática que assume contornos cada vez mais complexos, urge a necessidade de continuar a amplificar a visibilidade deste fenómeno, investigando-o, intervindo nele e obtendo cada vez mais informação útil para uma resolução eficaz das situações de abuso sexual de crianças.

### Bibliografia

- American Humane Association (2009). *American Humane Fact Sheet: Child Sexual Abuse*. Retrieved from: [www.americanhumane.org](http://www.americanhumane.org).
- American Psychological Association (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Retrieved from: <http://apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Alberto, I. (2000). As consequências do abuso sexual infantil: contributo dos estudos longitudinais. *Psychologica*, 24, 119-127.
- Alberto, I. (2002). “Feios, porcos e maus”: Do “erro fundamental” à abordagem sistémica/ecológica na avaliação das situações de abuso sexual. *Psychologica*, 30, 69-77.
- Alberto, I. (2006). Abuso sexual de crianças: O psicólogo na encruzilhada da ciência com a justiça. In Fonseca, A., Simões, M. R., Simões, M., & Pinho, M., *Psicologia Forense*, (pp. 437-469). Coimbra: Almedina.
- Almeida, A. (2003). *Abuso sexual de crianças: Crenças sociais e discursos da Psicologia*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade do Minho. Braga.
- Almiro, P. (2013). *Adaptação, validação e aferição do EPQ-R para a população portuguesa: Estudos nos contextos clínico, forense e na comunidade*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2013). *Estatísticas APAV: Relatório Anual 2013*. Retrieved from: <http://apav.pt>
- Ariès, P., & Béjin, A. (1983): *Sexualidades Ocidentais*. Lisboa: Contexto Editora, Lda.
- Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*, (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Ariès, P. (1988). *A Criança e a Vida Familiar no Antigo Regime*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114 (3), 413-434.
- Breakwell, G. (1992). Social representations and social identity. *Papers on Social Representations* 2 (3), 1-217.
- Caminha, R. (1999). Violência e seus danos à criança e ao adolescente. In AMENCAR (Org.), *Violência Doméstica* (p. 43-60). Brasília: UNICEF.
- Carmo, R., Alberto, I., & Guerra, P. (2006). *O abuso sexual de menores: uma*



- conversa sobre justiça entre o direito e a psicologia* (2ª Ed.). Coimbra: Almedina.
- Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco(2014). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade nas CPCJ no ano de 2013*. Lisboa: CNPCJR.
- Fávero, M. (2003). *Sexualidade Infantil e Abusos Sexuais de Menores*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fazenda, I. (2010). *Representações sociais em torno do abuso sexual de crianças numa amostra de médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse – New theory and research*. New York: The Free Press.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I., & Smith, C. (1990). Sexual Abuse in a National Survey of Adult Men and Women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14 (1), 19-28.
- Furniss, T. (1992). *The Multi-Professional Handbook of Child Sexual Abuse: integrated management, therapy, and legal intervention*. London: Routledge.
- Habizang, L.F., Koller, S.H., Azevedo, G.A., & Machado, P.X. (2005). Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (3), 341-348.
- Horton, C. B., & Cruise, T. K. (2001). *Child Abuse and Neglect: The School's Response*. New York: The Guilford Press.
- Howe, D. (2005). *Child Abuse and Neglect: Attachment, Development and Interaction*. New York: Palgrave Macmillan.
- Kahr, B. (1991). The Sexual Molestation of Children: Historical perspectives. *The Journal of Psychohistory*, 19 (2), 191-214.
- Labbé, J. (2005). Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse & Neglect*, 29 (4), 311-324.
- Machado, C. (2002). Abuso Sexual de Crianças. Em C. Machado, & R. Gonçalves, *Violência e Vítimas de Crimes* Vol. 2 (pp. 39-94). Coimbra: Quarteto.
- Magalhães, T. (2005). *Maus tratos em crianças e jovens*. Coimbra: Quarteto.
- McCoy, M., & Keen, S. (2014). *Child abuse and neglect* (2<sup>nd</sup> Ed.). New York: Psychology Press.
- Moffat, G. (2003). *Wounded innocents and fallen angels: Child abuse and child*

- aggression*. London: Praeger.
- Olive, M. (2007). *Child abuse and stress disorders*. New York: Chelsea House.
- Oliveira, R., & Pais, L. (2014). A Origem dos Maus-Tratos: Revisão Sobre a Evolução Histórica das Perceções de Criança e Maus-Tratos. *Psychology, Community & Health*, 3 (1), 36-49.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Lisboa: OPP.
- Pechorro, P., Vieira, R., Poiares, C., & Marôco, J. (2012). Contributos para a Validação duma Versão Curta da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne com Adolescentes Portugueses. *Arquivos de Medicina*, 26 (3), 103-108.
- Pfeiffer, L., & Salvagni, E. (2005). Abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81 (5supl.), 197-204.
- Porto, M. (2004). Crenças, valores e representações sociais da violência. *Sociologias*, 8 (16), 250-273.
- Querido, A. (2009). *Representações dos Educadores de Infância sobre o Abuso Sexual de Crianças*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra: Coimbra.
- Smallbone, S. W., & Dadds, M. R. (2000). Attachment and coercive sexual behavior. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12 (1).
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse and Neglect*, 7, 177-193.
- Valentim, J. P. (2003). *Identidade e lusofonia nas representações sociais de portuguesas e de africanas*. Tese de Doutoramento. Coimbra: Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Wolfe, V. & Birt, J. (1997). *Child Sexual Abuse. Assessment of childhood disorders*. New York: The Guilford Press.

**Anexos**

Tabela 1.

*Distribuição dos profissionais por sexo*

	Frequência	Percentagem
Feminino	75	71,4
Masculino	30	28,6
Total	105	100,0

Tabela 2.

*Distribuição dos profissionais por idades*

	Frequência	Percentagem
22	1	1,0
23	1	1,0
24	3	2,9
25	2	1,9
26	5	4,8
27	3	2,9
28	3	2,9
29	6	5,7
30	3	2,9
31	2	1,9
32	5	4,8
33	5	4,8
34	3	2,9
35	3	2,9
36	1	1,0
37	1	1,0
38	1	1,0
39	2	1,9
40	2	1,9
41	4	3,8
42	4	3,8
43	1	1,0
44	1	1,0
45	3	2,9

46	4	3,8
47	1	1,0
49	4	3,8
50	8	7,6
51	2	1,9
52	3	2,9
53	2	1,9
54	2	1,9
55	1	1,0
56	3	2,9
57	1	1,0
58	1	1,0
59	2	1,9
60	1	1,0
62	1	1,0
64	1	1,0
65	1	1,0
70	1	1,0
72	1	1,0
Total	105	100,0

Tabela 3.

*Distribuição dos profissionais por estado civil*

	Frequência	Percentagem
Solteiro	39	37,1
Casado/União de Facto	57	54,3
Divorciado/Separado	9	8,6
Total	105	100,0

Tabela 4.

*Distribuição dos profissionais pela existência de filhos*

	Frequência	Porcentagem
Não	47	44,8
Sim	58	55,2
Total	105	100,0

Tabela 5.

*Distribuição dos profissionais por habilitação literária*

	Frequência	Porcentagem
Licenciatura	49	46,7
Mestrado	39	37,1
Doutoramento	17	16,2
Total	105	100,0

Tabela 6.

*Distribuição dos profissionais por profissão*

	Frequência	Porcentagem
Psicologia	37	35,2
Investigação	8	7,6
TSRS	20	19,0
Medicina	8	7,6
Enfermagem	8	7,6
Professor	16	15,2
Outros	8	7,6
Total	105	100,0

\*TSRS: Técnico Superior de Reinserção Social (pode ser psicólogo ou técnico do serviço social)

Tabela 7.

*Distribuição dos profissionais por enquadramento profissional*

	Frequência	Percentagem
Função pública	74	70,5
Conta própria	11	10,5
Ambos	8	7,6
Outro	12	11,4
Total	105	100,0

Tabela 8.

*Distribuição dos profissionais por tempo de serviço*

	Frequência	Percentagem
1	15	14,3
2	6	5,7
3	4	3,8
4	2	1,9
5	5	4,8
6	6	5,7
7	1	1,0
8	2	1,9
9	1	1,0
10	3	2,9
11	1	1,0
12	3	2,9
13	1	1,0
14	4	3,8
15	1	1,0
16	1	1,0
17	4	3,8
18	2	1,9
19	1	1,0
20	6	5,7
21	1	1,0
22	1	1,0
23	5	4,8
24	2	1,9

25	4	3,8
27	2	1,9
28	1	1,0
29	3	2,9
30	3	2,9
31	1	1,0
32	1	1,0
33	2	1,9
35	3	2,9
37	1	1,0
38	1	1,0
39	1	1,0
40	2	1,9
Total de respostas	103	98,1
Não responde	2	1,9
Total	105	100,0

Tabela 9.

*Distribuição dos profissionais pelo contacto com vítimas de abuso sexual de crianças*

	Frequência	Percentagem
Não	67	63,8
Sim	38	36,2
Total	105	100,0

Tabela 10.

*Distribuição dos profissionais pela suspeita de abuso sexual de crianças no exercício da profissão*

	Frequência	Percentagem
Não	65	61,9
Sim	26	24,8
Total de respostas	91	86,7
Não responde	14	13,3
Total	105	100,0

Tabela 11.

*Distribuição dos profissionais pela decisão perante a suspeita de abuso sexual de crianças*

	Frequência	Percentagem
Não denunciar	1	1,0
Denunciar	25	23,8
Total de respostas	26	24,7
Não responde	77	75,3
Total	105	100,0

Tabela 12.

*Distribuição dos profissionais pelo fundamento da decisão*

	Frequência	Percentagem
Não responde por não ter respondido à questão anterior ou por ter respondido que não denunciaria	78	73,3
A anamnese do candidato sobre o qual intervenho; colaborar com a CPCJ	1	1,0
Avaliação do impacto na criança	1	1,0
Considerar que a criança estava em risco	1	1,0
Conversei com a criança para averiguar o sucedido	1	1,0
CPCJ por ser crime sexual, envolve crianças, proteção, MP	2	1,9
Dados clínicos obtidos e procura da proteção da criança	1	1,0
Denunciei ao médico de família, que denunciou à CPCJ por a situação de risco ser elevada	1	1,0
Encaminhei para uma colega por não estar por dentro do assunto, juntas denunciámos pois a criança estava em perigo	1	1,0
Evidências	1	1,0
Evitar que fale com muitas pessoas para que não seja revitimizada e denunciar às entidades competentes	1	1,0
Existia violência doméstica na família, assim como relatos de coação sexual e de verbalizações de cariz sexual	1	1,0



Gravidade da situação	1	1,0
Gravidade do caso	1	1,0
História e comportamento da criança	1	1,0
Não compactuar com a situação	1	1,0
No caso, a denúncia imediata teria impacto na relação entre progenitores, motivo pelo qual pedi ajuda	1	1,0
Perigo a que a criança estava suscetível	1	1,0
Proteção da criança	1	1,0
Proteção da criança	2	1,9
Proteção da criança encaminhando para o serviço adequado (contactei a assistente social)	1	1,0
Proteção do menor	2	1,9
Risco de o abuso continuar	1	1,0
Salvaguarda do interesse da criança	1	1,0
Vontade de ajudar	1	1,0
Total de respostas	104	99,0
Não responde, apesar de ter respondido que denunciaria na questão anterior	1	1,0
Total	105	100,0

Tabela 13.

*Distribuição dos profissionais pela decisão que tomariam perante a hipótese de suspeita de abuso sexual de crianças*

	Frequência	Percentagem
Não	1	1,0
Sim	63	60,0
555*	26	24,5
Total de respostas	90	85,5
500*	15	14,5
Total	105	100,0

\*555: Profissionais que não responderam a esta questão por já terem respondido às questões anteriores;

\*500: Profissionais que optaram por não responder a esta questão.

Tabela 14.

*Distribuição dos profissionais pela fundamentação da decisão tomada perante a hipótese de suspeita de abuso sexual de crianças*

	Frequência	Percentagem
A criança deverá ser observada na medicina legal para fundamentação da queixa.	1	1,0
A denúncia é obrigatória e inevitável para salvaguardar o jovem.	1	1,0
Alertaria a CPCJ pois considero que é o órgão mais adequado para lidar com a situação.	1	1,0
As autoridades existem para isto mesmo, assegurar a proteção da criança em risco.	1	1,0
Carácter de crime	2	2,0
Com base no que já li sobre o tema sei que é o que se deve fazer.	1	1,0
Condenação do culpado.	1	1,0
Considero não existir outra hipótese se não denunciar.	1	1,0
Crime público.	1	1,0
Dano provocado à criança.	1	1,0
Dar à criança o melhor cuidado possível tendo por base um conhecimento holístico das suas necessidades de proteção.	1	1,0
Defesa do superior interesse da criança.	1	1,0
Denunciaria e pediria ajuda ao meu superior para encaminhar a situação.	1	1,0
Dever de denunciar todos os casos mesmo que só suspeite.	1	1,0
É a única hipótese viável.	1	1,0
É crime.	1	1,0
É um crime hediondo.	1	1,0
É fundamental denunciar para acabar com o abuso.	1	1,0
É o mais correto.	1	1,0

É um crime.	2	1,9
Entendo que a denúncia seja a única opção possível.	1	1,0
Escassa formação na área e poder de decisão, daí referenciar e contactar CPCJ e SS.	1	1,0
Este tipo de casos necessita de ser denunciado.	1	1,0
Falaria com um psicólogo infantil para saber como proceder.	1	1,0
Impedir a continuidade do abuso.	1	1,0
Imperativo ético, obrigação legal.	1	1,0
Não é óbvio?	1	1,0
Não seria capaz de conviver com uma situação assim sem fazer nada.	1	1,0
Necessidade de proteger a vítima.	1	1,0
O abuso é um crime.	1	1,0
O TFM procede à intervenção pelos meios que achar mais conveniente, removendo o perigo.	1	1,0
Obrigatoriedade da denúncia, mesmo que apenas exista suspeita.	1	1,0
Para que a situação não continue.	1	1,0
Para que haja processo-crime.	1	1,0
Para que o elemento da CPCJ me pudesse elucidar acerca dos procedimentos ético-legais mais indicados.	1	1,0
Para que seja examinada na medicina legal e sejam tomadas as medidas necessárias para a sua proteção.	1	1,0
Para ter a certeza da resolução da situação.	2	1,9
Pedir auxílio a alguém com mais experiência.	1	1,0
Pediria conselho a colegas por não saber exatamente o que fazer para proteger a criança, mas denunciaria em conjunto com eles.	1	1,0
Princípios éticos.	1	1,0

Procurar alguém mais qualificado para gerir a situação.	1	1,0
Proteção da criança.	1	1,0
Proteção das crianças.	1	1,0
Proteger.	1	1,0
Proteger a criança.	7	6,7
Proteger a criança do abusador após averiguada veracidade da situação, denunciando à CPCJ.	1	1,0
Proteger a criança.	1	1,0
Sinalizar às entidades competentes.	1	1,0
Superior interesse da criança.	1	1,0
Temos de proteger a criança.	1	1,0
Temos de sinalizar para que a situação termine e a criança seja protegida.	1	1,0
Tentaria conversar com o agressor numa primeira fase, depois averiguaria o que fazer.	1	1,0
Ter provas do sucedido.	1	1,0
Ter provas suficientes de que o abuso aconteceu.	1	1,0
Todas as suspeitas devem ser valorizadas.	1	1,0
Total	63	60,0
Não respondeu	42	40,0
Total	105	100,0

Tabela 15.

*Distribuição dos profissionais pela escolha dos órgãos a quem denunciar uma suspeita de abuso sexual de crianças*

	Frequência	Percentagem
APAV, CPCJ	2	1,9
Assistente social responsável pela criança	1	1,0
Associações de apoio a crianças vítimas	1	1,0
Autoridades	3	2,9
Autoridades competentes	1	1,0

Autoridades competentes policiais e judiciais	1	1,0
Autoridades e órgãos policiais	1	1,0
Autoridades ou técnicos de saúde	1	1,0
Autoridades policiais	1	1,0
CPCJ	22	21,0
CPCJ da região	1	1,0
CPCJ e DIAP	1	1,0
CPCJ e instâncias especiais para este tipo de questões	1	1,0
CPCJ e MP	2	1,9
CPCJ e Polícia	1	1,0
CPCJ e TFM	2	1,9
CPCJ ou instituição	1	1,0
CPCJ, PSP, APAV	1	1,0
CPCJ, TFM e INML	1	1,0
CPCJ, Tribunal ou PSP	1	1,0
CPCJ; MP	2	1,9
Entidades competentes	2	2,0
Forças de segurança	1	1,0
Gabinete de Apoio Familiar	1	1,0
Médico de família ou tribunal	1	1,0
Médico de família, CPCJ ou TFM	1	1,0
Meios de justiça (polícia, tribunal)	1	1,0
MP	6	5,7
MP e CPCJ	1	1,0
MP e PJ	1	1,0
MP e TFM	1	1,0
MP ou CPCJ	1	1,0
Não sabe	2	2,0
Órgão de polícia criminal	1	1,0
PJ	4	3,8
Polícia ou GNR	1	1,0
Psicólogo da escola	1	1,0
Psicólogo infantil	1	1,0
PSP	7	6,7

PSP e CPCJ	1	1,0
PSP e GNR	1	1,0
PSP PJ	1	1,0
PSP, GNR, associações	1	1,0
Serviços Sociais e PJ	1	1,0
SS e outras associações	1	1,0
TFM	1	1,0
Total de respostas	89	84,8
Não respondeu	16	15,2
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>

Tabela 16.

*Distribuição dos profissionais por formação específica na área do abuso sexual de crianças*

	Frequência	Percentagem
Não	61	58,1
Sim	44	41,9
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>

Tabela 17.

*Frequência da escolha do tipo de formação específica na área do abuso sexual de crianças*

	Frequência
Disciplinas do curso	22
Seminários	18
Conferências	15
Workshops	14
Cursos breves	12
Estágios	6
Supervisão	6
Não responderam	4
Responderam “Não” à questão anterior	61

Tabela 18.

*Frequência da escolha das fontes de informação às quais recorrem*

	Frequência
Internet	46
Artigos de revistas científicas	43
Comunicação social	37
Livros ou capítulos de livros científicos	26
Não responderam	30

Tabela 19.

*Distribuição dos profissionais pelo código de ética que rege o exercício da sua profissão*

	Frequência	Percentagem
APAV; OPP	2	1,9
C. D. Administração Pública	2	1,9
C. D. Profissão Médica	1	1,0
C. D. Serviço Social e da Administração Pública	1	1,0
C. D. Serviços Públicos	1	1,0
C. D. Função Pública	1	1,0
C. Ordem dos Médicos	1	1,0
C.D. Enfermeiros	1	1,0
C.D. da Função Pública e da DGRSP	1	1,0
C.D. da Função Pública e Lei Orgânica da DGRSP	1	1,0
Código de Conduta da DGRSP	1	1,0
Código de Ética da Função Pública	1	1,0
Código de ética da universidade do Minho	1	1,0
Código Deontológico de Serviço Social e C. D.. Função	1	1,0
Código Deontológico dos Enfermeiros	2	1,9

Código Deontológico dos médicos dentistas	1	1,0
Código dos enfermeiros	1	1,0
CTOC	1	1,0
Código do exercício da profissão	1	1,0
Enfermagem	2	1,9
Ética própria	1	1,0
Juramento de Hipócrates	2	1,9
Não se aplica	30	28,6
Não tem	3	2,8
OPP	36	34,3
OPP e funcionários públicos	1	1,0
Ordem dos enfermeiros	1	1,0
Ordem dos médicos	2	1,9
Ordem dos Médicos	1	1,0
Pessoal e OPP	1	1,0
Princípios da função pública	1	1,0
Princípios éticos da administração pública	1	1,0
Regulamento nº 258/2011	1	1,0
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>

Tabela 20.

*Distribuição dos profissionais pela existência de referência acerca de abuso sexual de crianças no código de ética*

	Frequência	Percentagem
Não	52	49,5
Sim	33	31,4
Não respondem	20	19,1
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>



Tabela 21.

*Distribuição dos profissionais pela existência de referência acerca de abuso sexual de crianças no Código Processual Penal*

	Frequência	Porcentagem
Não	64	61,0
Sim	40	38,1
Não responde	1	1,0
Total	105	100,0

Tabela 22.

*Distribuição dos profissionais pela indicação acerca de abuso sexual de crianças fornecida no Código Processual Penal*

	Frequência	Porcentagem
Não responde	1	1,0
555	64	61,0
Alertar autoridades, polícia e ML	1	1,0
Atuar, intervir e denunciar	1	1,0
Comunicar a situação aos órgãos competentes	1	1,0
Comunicar às autoridades	1	1,0
Crime público deve ser denunciado	1	1,0
Denúncia ao MP	2	1,9
Denúncia para investigação/averiguação	1	1,0
Denunciar	5	4,8
Denunciar	3	2,9
Denunciar a suspeita	1	1,0
Denunciar ao MP	2	1,9
Denunciar as autoridades	1	1,0
Denunciar as autoridades legais	1	1,0

Denunciar às autoridades policiais e ao MP	1	1,0
Denunciar por ser crime público	1	1,0
Denunciar, é crime público	1	1,0
Denunciar	1	1,0
Desconheço	1	1,0
Dever de denúncia	1	1,0
Informar superiormente e encaminhar para quem de direito	1	1,0
LPCJ em risco	1	1,0
Não sei	1	1,0
O psicólogo tem autonomia de decisão	1	1,0
Provavelmente contactar autoridades	1	1,0
Queixa	1	1,0
Quem, no âmbito do exercício da sua profissão, suspeitar de abuso, é obrigado a denunciar	1	1,0
Relatar às entidades competentes	1	1,0
Reportar o caso as autoridades	1	1,0
Salvaguardar e proteger o superior interesse da criança e denunciar	1	1,0
Se surgir em sessão, denunciar	1	1,0
Suponho que seja para denunciar	1	1,0
Temos obrigação de agir	1	1,0
Total	105	100,0

Tabela 23.

*Consistência interna da QRASC-HIS*

Alpha de Cronbach	N de itens
,937	30

Tabela 24.

*Valores de correlação item-escala total QRASC-HIS e de alfa de o item for eliminado*

	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach se item eliminado
Item 1 (História 1)	,529	,936
Item 2 (História 1)	,225	,941
Item 3 (História 1)	,338	,938
Item 4 (História 1)	,495	,936
Item 5 (História 1)	,565	,936
Item 6 (História 1)	,642	,934
Item 7 (História 1)	,568	,936
Item 8 (História 1)	,502	,936
Item 9 (História 1)	,605	,935
Item 10 (História 1)	,506	,936
Item 1 (História 2)	,657	,935
Item 2 (História 2)	,698	,934
Item 3 (História 2)	,411	,939
Item 4 (História 2)	,731	,934
Item 5 (História 2)	,639	,935
Item 6 (História 2)	,679	,934
Item 7 (História 2)	,679	,934
Item 8 (História 2)	,513	,936
Item 9 (História 2)	,642	,935
Item 10 (História 2)	,569	,936
Item 1 (História 3)	,673	,934
Item 2 (História 3)	,570	,936
Item 3 (História 3)	,644	,934
Item 4 (História 3)	,670	,934
Item 5 (História 3)	,766	,934
Item 6 (História 3)	,773	,933
Item 7 (História 3)	,570	,935
Item 8 (História 3)	,561	,936
Item 9 (História 3)	,663	,934
Item 10 (História 3)	,499	,936

Tabela 25.

*Consistência interna da História 1*

Alpha de Cronbach	N de itens
,802	10

Tabela 26.

*Consistência interna da História 2*

Alpha de Cronbach	N de itens
,851	10

Tabela 27.

*Consistência interna da História 3*

Alpha de Cronbach	N de itens
,904	10

Tabela 28.

Valores de correlação entre as três histórias do QRASC-HIS, a pontuação total da QRASC-HIS e a ECAS (N=105)

	História 2	História 3	ECAS	QRASC-HIS (total)
História 1	,806**	,558**	,336**	,840**
História 2		,768**	,432**	,946**
História 3			,439**	,900**
ECAS				,455**

Tabela 29.

*Consistência interna dos  
Fatores Facilitadores*

Alpha de Cronbach	N de itens
,895	16

Tabela 30.

*Consistência interna dos  
Fatores de Manutenção*

Alpha de Cronbach	N de itens
,909	16

Tabela 31.

*Consistência interna dos  
Fatores de Resolução*

Alpha de Cronbach	N de itens
,833	16

Tabela 32.

*Valores de correlação item-subescala Fatores Facilitadores e de alfa se o item for eliminado*

	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach se item eliminado
Item 1	,535	,889
Item 2	,458	,892
Item 3	,641	,886
Item 4	,593	,887
Item 5	,629	,886
Item 6	,497	,891
Item 7	,501	,891
Item 8	,721	,882
Item 9	,643	,886
Item 10	,460	,892
Item 11	,609	,887
Item 12	,486	,891
Item 13	,589	,887
Item 14	,513	,890
Item 15	,497	,891
Item 16	,535	,889

Tabela 33.

*Valores de correlação item-subescala Fatores de Manutenção e de alfa se o item for eliminado*

	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach se item eliminado
Item 1	,598	,903
Item 2	,514	,906

Item 3	,679	,900
Item 4	,646	,902
Item 5	,558	,904
Item 6	,706	,900
Item 7	,723	,899
Item 8	,556	,904
Item 9	,608	,903
Item 10	,662	,901
Item 11	,548	,905
Item 12	,404	,911
Item 13	,652	,901
Item 14	,586	,903
Item 15	,578	,904
Item 16	,517	,906

Tabela 34.

*Valores de correlação item-subescala Fatores de Resolução e de alfa se o item for eliminado*

	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach se item eliminado
Item 1	,490	,821
Item 2	,520	,821
Item 3	,507	,822
Item 4	,531	,820
Item 5	,162	,841
Item 6	,468	,822
Item 7	,611	,814
Item 8	,572	,816
Item 9	,614	,816
Item 10	,465	,822
Item 11	,384	,828
Item 12	,454	,824
Item 13	,427	,825
Item 14	,282	,839
Item 15	,391	,826
Item 16	,571	,819

Tabela 35.

*Consistência interna da ECAS*

Alpha de Cronbach	N de itens
,906	17

Tabela 36.

*Valores de correlação item-escala total ECAS*

	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach se item eliminado
Item 1	,395	,907
Item 2	,688	,897
Item 3	,598	,900
Item 4	,637	,898
Item 5	,633	,898
Item 6	,457	,904
Item 7	,468	,903
Item 8	,664	,897
Item 9	,430	,909
Item 10	,537	,901
Item 11	,697	,897
Item 12	,722	,896
Item 13	,707	,897
Item 14	,741	,897
Item 15	,640	,900
Item 16	,557	,901
Item 17	,626	,900

Tabela 37.

*Consistência interna da MCSDS*

Alpha de Cronbach	N de itens
,798	33

Tabela 38.

*Valores de correlação item-escala total MCSDS*

	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach se item eliminado
Item 1	,240	,795
Item 2	,299	,793
Item 3	,401	,788
Item 4	,132	,799
Item 5	,336	,791
Item 6	,445	,787
Item 7	,096	,801
Item 8	,467	,785
Item 9	,307	,792
Item 10	,409	,788
Item 11	,108	,800
Item 12	,356	,790
Item 13	,364	,790
Item 14	,175	,797
Item 15	,487	,785
Item 16	,355	,791
Item 17	,204	,796
Item 18	,230	,795
Item 19	,263	,794
Item 20	,327	,792
Item 21	,174	,798
Item 22	,283	,793
Item 23	,378	,789
Item 24	,271	,794
Item 25	,277	,793
Item 26	,433	,786
Item 27	,200	,797
Item 28	,295	,793
Item 29	,116	,800
Item 30	,471	,785
Item 31	,104	,800
Item 32	,217	,795
Item 33	,432	,787



Tabela 39.

*Estatísticas descritivas do QRASC-HIS*

Média	Variância	Desvio-padrão	N
37,71	17,074	8,537	30

Tabela 40.

*Estatísticas descritivas da História 1 (QRASC-HIS)*

Média	Variância	Desvio-padrão	N de itens
11,68	6,702	2,589	10

Tabela 41.

*Estatísticas descritivas da História 2 (QRASC-HIS)*

Média	Variância	Desvio-padrão	N de itens
12,17	8,509	2,917	10

Tabela 42.

*Estatísticas descritivas da História 3 (QRASC-HIS)*

Média	Variância	Desvio-padrão	N de itens
13,87	16,001	4,000	10

Tabela 43.

*Estatísticas descritivas dos itens que compõem a QRASC-HIS*

	Média	Desvio-padrão	N
Item 1 (História 1)	1,14	,426	105
Item 2 (História 1)	1,30	,634	105
Item 3 (História 1)	1,17	,469	105
Item 4 (História 1)	1,10	,338	105
Item 5 (História 1)	1,10	,338	105
Item 6 (História 1)	1,29	,494	105
Item 7 (História 1)	1,08	,267	105
Item 8 (História 1)	1,08	,267	105
Item 9 (História 1)	1,27	,486	105
Item 10 (História 1)	1,15	,455	105
Item 1 (História 2)	1,16	,370	105
Item 2 (História 2)	1,41	,549	105
Item 3 (História 2)	1,48	,735	105
Item 4 (História 2)	1,25	,434	105
Item 5 (História 2)	1,15	,387	105
Item 6 (História 2)	1,17	,403	105
Item 7 (História 2)	1,19	,418	105
Item 8 (História 2)	1,16	,395	105
Item 9 (História 2)	1,08	,267	105
Item 10 (História 2)	1,12	,331	105
Item 1 (História 3)	1,24	,450	105
Item 2 (História 3)	1,62	,685	105
Item 3 (História 3)	1,43	,569	105
Item 4 (História 3)	1,39	,628	105
Item 5 (História 3)	1,18	,387	105
Item 6 (História 3)	1,28	,509	105
Item 7 (História 3)	1,62	,561	105
Item 8 (História 3)	1,71	,689	105
Item 9 (História 3)	1,23	,444	105
Item 10 (História 3)	1,17	,448	105

Tabela 44.

Correlação de Pearson entre a MCSDS (desejabilidade social), o QRASC-HIS e a ECAS (N=105)

		MCSDS
História 1	Correlação de Pearson	.039
	Sig. (2-tailed)	.689
História 2	Correlação de Pearson	.112
	Sig. (2-tailed)	.255
História 3	Correlação de Pearson	.189
	Sig. (2-tailed)	.053
ECAS	Correlação de Pearson	.007
	Sig. (2-tailed)	.943
QRASC-HIS	Correlação de Pearson	.139
	Sig. (2-tailed)	.158

Tabela 45.

*Estatísticas descritivas dos Fatores Facilitadores (QCSA-FMR)*

Média	Variância	Desvio-Padrão	N de itens
39,24	72,145	8,494	16

Tabela 46.

*Estatísticas descritivas dos Fatores de Manutenção (QCSA-FMR)*

Média	Variância	Desvio-Padrão	N de itens
52,10	43,433	6,590	16

Tabela 47.

*Estatísticas descritivas dos Fatores de Resolução  
(QCSA-FMR)*

Média	Variância	Desvio-Padrão	N de itens
52,10	35,518	5,960	16

Tabela 48.

*Estatísticas descritivas dos itens que compõem os Fatores  
Facilitadores do QCSA-FMR*

	Média	Desvio-Padrão	N
Item 1	2,69	,847	105
Item 2	2,62	,881	105
Item 3	1,92	,851	105
Item 4	2,59	,917	105
Item 5	2,61	,882	105
Item 6	1,74	,866	105
Item 7	2,26	,931	105
Item 8	2,12	,863	105
Item 9	1,96	,831	105
Item 10	2,90	,791	105
Item 11	2,51	,810	105
Item 12	2,94	,782	105
Item 13	2,57	,842	105
Item 14	2,35	,888	105
Item 15	2,80	,825	105
Item 16	2,64	,810	105

Tabela 49.

*Estatísticas descritivas dos itens que compõem os Fatores de Manutenção do QCSA-FMR*

	Média	Desvio-Padrão	N
Item 1	3,66	,534	105
Item 2	3,18	,718	105
Item 3	3,42	,632	105
Item 4	3,25	,568	105
Item 5	3,17	,627	105
Item 6	3,39	,612	105
Item 7	3,49	,606	105
Item 8	3,17	,672	105
Item 9	3,58	,568	105
Item 10	3,18	,662	105
Item 11	2,98	,650	105
Item 12	2,90	,759	105
Item 13	3,11	,625	105
Item 14	3,14	,595	105
Item 15	3,16	,590	105
Item 16	3,31	,684	105

Tabela 50.

*Estatísticas descritivas dos itens que compõem os Fatores de Resolução do QCSA-FMR*

	Média	Desvio-Padrão	N
Item 1	3,15	,744	105
Item 2	3,62	,544	105
Item 3	3,73	,505	105
Item 4	3,66	,569	105
Item 5	1,71	,769	105
Item 6	3,56	,634	105
Item 7	3,52	,695	105
Item 8	3,48	,652	105
Item 9	3,70	,557	105
Item 10	3,39	,672	105
Item 11	2,75	,830	105
Item 12	2,88	,885	105
Item 13	3,24	,779	105
Item 14	2,47	,971	105
Item 15	3,45	,650	105
Item 16	3,80	,508	105

Tabela 51.

*Teste U de Mann-Whitney para comparação de médias do QASC-FMR em função do sexo*

	Item 5 (Fatores de Manutenção)	Item 7 (Fatores de Resolução)
U de Mann-Whitney	853.500	839.500
Z	-2.271	-2.363
Asymp. sig. (2-tailed)	.023	.018

Tabela 52.

*Médias de ordem dos itens do QASC-FMR que apresentam diferenças significativas em função do sexo*

	Sexo	N	Médias de Ordem
Item 5 (Fatores de Manutenção)	Feminino	75	56.62
	Masculino	30	43.95
	Total	105	
Item 7 (Fatores de Resolução)	Feminino	75	56.81
	Masculino	30	43.48
	Total	105	

Tabela 53.

*Teste Kruskal-Wallis para comparação de médias do QASC-FMR em função da profissão*

	Item 1 (Fatores Facilitadores)	Item 1 (Fatores de Manutenção)
Qui-Quadrado	12.881	14.017
Graus de liberdade	6	6
Sig.	.045	.029

Tabela 54.

*Médias de ordem dos itens do QASC-FMR que apresentam diferenças significativas em função da profissão*

	Profissão	N	Médias de Ordem
Item 1 (Fatores Facilitadores)	Psicologia	37	55.05
	Investigação	8	50.63
	TSRS*	20	40.45
	Medicina	8	62.56
	Enfermagem	8	60.06
	Professor	16	65.81
	Outros	8	35.00
	Total	105	
Item 1 (Fatores de Manutenção)	Psicologia	37	55.49
	Investigação	8	63.50
	TSRS*	20	51.80
	Medicina	8	50.50
	Enfermagem	8	63.50
	Professor	16	53.75
	Outros	8	24.50
	Total	105	

\*TSRS: Técnico Superior de Reinscrição Social

Tabela 55.

*Estatísticas descritivas da ECAS*

Média	Variância	Desvio-Padrão	N de itens
24,05	41,911	6,474	17



Tabela 56.

*Estatísticas descritivas dos itens que compõem a ECAS*

	Média	Desvio-Padrão	N
Item 1	1,77	,711	105
Item 2	1,36	,539	105
Item 3	1,38	,544	105
Item 4	1,64	,709	105
Item 5	1,42	,585	105
Item 6	1,45	,693	105
Item 7	1,20	,544	105
Item 8	1,54	,665	105
Item 9	1,67	,906	105
Item 10	1,50	,652	105
Item 11	1,31	,525	105
Item 12	1,31	,525	105
Item 13	1,30	,479	105
Item 14	1,21	,432	105
Item 15	1,20	,425	105
Item 16	1,65	,707	105
Item 17	1,14	,378	105

Tabela 57.

*Estatísticas descritivas da MCSDS*

Média	Variância	Desvio-Padrão	N de itens
18,16	30,310	5,505	33

Tabela 58.

*Teste t para comparação das médias da MCSDS*

	t	gl	Sig. (2-tailed)	Valor do teste = 18.81		
				Diferença entre as médias	Grau de Confiança 95% Inferior	Superior
MCSDS	-1,206	104	,230	-,648	-1,71	,42

Tabela 59.

*Teste t para comparação das médias da MCSDS*

	Sig.	Diferença entre as médias	Teste t		
			Erro-padrão	Grau de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
ECAS	,220	1,297	1,054	-,782	3,376
História 1	,004	1,197	,410	,388	2,006
História 2	,018	1,093	,458	,190	1,996
História 3	,513	,398	,606	,798	1,593

Tabela 60.

*Estatísticas descritivas da ECAS e do QRASC-HIS para as duas amostras (comunidade geral e profissionais)*

	Amostra	N	Média	Desvio-padrão	Média do erro padrão
ECAS	Comunidade	87	25,34	8,128	,871
	Profissionais	105	24,05	6,474	,632
História 1	Comunidade	87	12,87	3,095	,332
	Profissionais	105	11,68	2,589	,253
História 2	Comunidade	87	13,26	3,429	,368
	Profissionais	105	12,17	2,917	,285
História 3	Comunidade	87	14,26	4,389	,471
	Profissionais	105	13,87	4,000	,390

Tabela 61.

*Teste t-Student para comparação de médias do QRASC-HIS em função da variável sexo*

	Teste de Levene		Teste t-Student para comparação de médias		
	F	Sig.	Sig. (2-tailed)	Diferença entre as médias	Erro-padrão
História 1	5,555	,020	,119	-,873	,555
História 2	2,661	,106	,614	-,320	,632
História 3	,159	,691	,668	,373	,868
QRASC-HIS (Total)	1,495	,224	,659	-,820	1,851

Tabela 62.

*ANOVA para comparação das médias do QRASC-HIS em função da profissão*

	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
História 1	39,664	6	6,611	,986	,439
História 2	84,439	6	14,073	1,723	,124
História 3	78,008	6	13,001	,803	,570
QRASC-HIS (Total)	484,752	6	80,792	1,116	,359

Tabela 63.

*Teste t-Student para comparação entre as amostras da comunidade e dos profissionais*

	Teste de Levene		Teste t-Student		
	F	Sig.	Sig. (2-tailed)	Diferença entre as médias	Erro-padrão
ECAS	2,179	,142	,220	1,297	1,054
História 1	6,292	,013	,004	1,197	,410
História 2	5,858	,016	,018	1,093	,458
História 3	1,275	,260	,398	,398	,606