

A QUEBRA DO SILÊNCIO E AS VERTENTES DO ABUSO SEXUAL: MANUAL DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO

Coordenadora: Winthney Paula Souza Oliveira,
Organizadores: Antonio Zilton de Oliveira, Mônica dos Santos de Oliveira,
Francisca Tatiana Dourado Gonçalves

Editora CRV - versão para revisão do autor - Proibida a impressão

Ilustrador: Mauro Freitas



FUNDAÇÃO
MAURIZIO VANINI

Editora CRV
versão para revisão do autor

Editora CRV - versão para revisão do autor - Proibida a impressão

Winthney Paula Souza Oliveira
(Coordenadora)

Antonio Zilton de Oliveira
Mônica dos Santos de Oliveira
Francisca Tatiana Dourado Gonçalves
(Organizadores)

A QUEBRA DO SILÊNCIO E AS
VERTENTES DO ABUSO SEXUAL:
manual de prevenção e intervenção

Editora CRV - versão para revisão do autor - Proibida a impressão

Editora CRV
Curitiba – Brasil
2021

Copyright © da Editora CRV Ltda.
Editor-chefe: Railson Moura
Diagramação e Capa: Designers da Editora CRV
Ilustrador: Mauro Freitas
Revisão: Analista de Escrita e Artes

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Bibliotecária responsável: Luzenira Alves dos Santos CRB9/1506

Q3

A quebra do silêncio e as vertentes do abuso sexual: manual de prevenção e intervenção / Winthney Paula Souza Oliveira (coordenadora), Antônio Zilton de Oliveira, Mônica dos Santos de Oliveira, Francisca Tatiana Dourado Gonçalves (organizadores) – Curitiba : CRV, 2021. 378 p.

Bibliografia

ISBN Digital 978-65-5868-974-4

ISBN Físico 978-65-5868-973-7

1. Psicologia 2. Abuso sexual 3. Abuso sexual – prevenção 4. Abuso sexual – psicologia – intervenção I. Oliveira, Winthney Paula Souza. coord. II. Oliveira, Antônio Zilton de. org. III. Oliveira, Mônica dos Santos de. org. IV. Gonçalves, Francisca Tatiana Dourado. org. V. Título VI. Série.

CDU 159.9.072.42

CDD 362.883

150

Índice para catálogo sistemático

1. Abuso sexual 362.883

ESTA OBRA TAMBÉM ENCONTRA-SE DISPONÍVEL
EM FORMATO DIGITAL.
CONHEÇA E BAIXE NOSSO APLICATIVO!



2021

Foi feito o depósito legal conf. Lei 10.994 de 14/12/2004

Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização da Editora CRV

Todos os direitos desta edição reservados pela: Editora CRV

Tel.: (41) 3039-6418 - E-mail: sac@editoracrv.com.br

Conheça os nossos lançamentos: www.editoracrv.com.br

Editora CRV - versão para revisão do autor - Proibida a impressão

Conselho Editorial: Comitê Científico:

- Aldira Guimarães Duarte Domínguez (UNB)
Andréia da Silva Quintanilha Sousa (UNIR/UFRN)
Anselmo Alencar Colares (UFOPA)
Antônio Pereira Gaio Júnior (UFRRJ)
Carlos Alberto Vilar Estêvão (UMINHO – PT)
Carlos Federico Dominguez Avila (Unieuro)
Carmen Tereza Velanga (UNIR)
Celso Conti (UFSCar)
Cesar Gerónimo Tello (Univer .Nacional
Três de Febrero – Argentina)
Eduardo Fernandes Barbosa (UFMG)
Elíone Maria Nogueira Diogenes (UFAL)
Elizeu Clementino de Souza (UNEB)
Élso José Corá (UFSF)
Fernando Antônio Gonçalves Alcoforado (IPB)
Francisco Carlos Duarte (PUC-PR)
Gloria Fariñas León (Universidade
de La Havana – Cuba)
Guillermo Arias Beatón (Universidade
de La Havana – Cuba)
Helmuth Krüger (UCP)
Jailson Alves dos Santos (UFRJ)
João Adalberto Campato Junior (UNESP)
Josania Portela (UFPI)
Leonel Severo Rocha (UNISINOS)
Lidia de Oliveira Xavier (UNIEURO)
Lourdes Helena da Silva (UFV)
Marcelo Paixão (UFRJ e UTexas – US)
Maria Cristina dos Santos Bezerra (UFSCar)
Maria de Lourdes Pinto de Almeida (UNOESC)
Maria Lília Imbiriba Sousa Colares (UFOPA)
Paulo Romualdo Hernandes (UNIFAL-MG)
Renato Francisco dos Santos Paula (UFG)
Rodrigo Pratte-Santos (UFES)
Sérgio Nunes de Jesus (IFRO)
Simone Rodrigues Pinto (UNB)
Solange Helena Ximenes-Rocha (UFOPA)
Sydione Santos (UEPG)
Tadeu Oliver Gonçalves (UFPA)
Tania Suely Azevedo Brasileiro (UFOPA)
- Andrea Vieira Zanella (UFSC)
Christiane Carrijo Eckhardt Mouammar (UNESP)
Edna Lúcia Tinoco Ponciano (UERJ)
Edson Olivari de Castro (UNESP)
Érico Bruno Viana Campos (UNESP)
Fauston Negreiros (UFPI)
Francisco Nilton Gomes Oliveira (UFSM)
Helmuth Krüger (UCP)
Ilana Mountian (Manchester Metropolitan
University, MMU, Grã-Bretanha)
Jacqueline de Oliveira Moreira (PUC-SP)
Marcelo Porto (UEG)
Marcia Alves Tassinari (USU)
Mária Alves de Toledo Bruns (FFCLRP)
Mariana Lopez Teixeira (UFSC)
Monilly Ramos Araujo Melo (UFCC)
Olga Ceciliato Mattioli (ASSIS/UNESP)
Regina Célia Faria Amaro Giora (MACKENZIE)
Virgínia Kastrup (UFRJ)

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas *ad hoc*.

Editora CRV
versão para revisão do autor

Editora CRV - versão para revisão do autor - Proibida a impressão

Editora CRV
versão para revisão do autor

Criança é o pior ser do Universo

Criança
É a pior coisa do mundo...
Pior que jacaré
com sua bocarra, a berrar!
Pior que pato,
com seu desengonçado caminhar!
Pior que onça
com suas brigas e valentia!
É até pior que fome
com a barriga a roncar, vazia!!!!

Criança é o pior ser do Universo
quando não queremos amar...
Quando não somos felizes...
E quando não temos uma para abraçar!!!!

Porque criança...
Criança é o que há de mais
Divino, fantástico e maravilhoso no mundo!!!!

Editora CRV
versão para revisão do autor

Editora CRV - versão para revisão do autor - Proibida a impressão

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO..... 13
Winthney Paula

INTRODUÇÃO
FUNDAÇÃO MAURÍZIO VANINI: O terceiro setor e o compromisso
social no combate ao abuso sexual infantojuvenil 15
Antonio Zilton de Oliveira

CAPÍTULO 1
VIAGEM NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS E DA
PROTEÇÃO INTEGRAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES..... 29
Antonio Zilton de Oliveira

CAPÍTULO 2
ORIENTAÇÕES PARA FAMÍLIA E REDE DE APOIO SOCIAL DA
CRIANÇA: prevenção, identificação e ação diante do abuso sexual..... 45
Andresa Pinho Soster

CAPÍTULO 3
ABUSO SEXUAL: o que cuidadores e educadores podem aprender
a partir da psicanálise..... 55
Cássio Eduardo Soares Miranda
Sébastien Ponnou

CAPÍTULO 4
VIOLÊNCIA SEXUAL E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL..... 77
Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana
Maria das Dores Sousa Nunes
Aline Rodrigues Berrospi

CAPÍTULO 5
EM BUSCA DO COLO QUE CALA A DOR DO ABUSO: estratégias
para identificação e prevenção da morte por suicídio..... 93
Karina Okajima Fukumitsu

CAPÍTULO 6
HABILIDADE SOCIAIS COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO/
COMBATE AO ABUSO SEXUAL..... 107
Shirley de Souza S. Simeão
Ludmila Xavier Rodrigues

CAPÍTULO 7

DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO: um olhar da Terapia Cognitivo –
Comportamental para casos de violência sexual infantojuvenil 119

Patricia Lorena Quiterio

Jennifer Pires

Rodrigo Limonge Reis Carvalho

Thais de Oliveira Vieira

Daiane Passos Moço

CAPÍTULO 8

VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTOJUVENIL EM MENINAS: intervenções
psicológicas e psicoeducacionais..... 141

Helena Fuchs

Anna Júlia Zanella Machado Carrion

Clarissa De Antoni

CAPÍTULO 9

ABUSO SEXUAL INFANTIL: consequências para o gênero masculino 161

Mery Candido de Oliveira

CAPÍTULO 10

PSICOLOGIA ESCOLAR, DESENVOLVIMENTO SOCIOEMOCIONAL
E A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL 171

Ana Carina Stelko-Pereira

Karla Julianne Negreiros de Mato

CAPÍTULO 11

ABUSO SEXUAL COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES –
PREVENÇÃO E CUIDADO NA ESCOLA..... 185

Tereza Cristina Pereira Carvalho Fagundes

ABUSO SEXUAL COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES –
PREVENÇÃO E CUIDADO NA ESCOLA..... 195

CAPÍTULO 12

O LIVRO INFANTIL COMO FERRAMENTA PARA A PREVENÇÃO
DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS 197

Sheila Maria Prado Soma

Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams

Nahara Rodrigues Laterza Lopes

Alessandra Rocha Santos Silva

Cristina Fukumori Watarai

CAPÍTULO 13	
DERRUBANDO AS BARREIRAS DA DESINFORMAÇÃO: estratégias de prevenção e combate ao abuso sexual em crianças com Transtorno do Espectro Autista.....	217
<i>Mônica dos Santos de Oliveira</i> <i>Érika Said Castelo Branco</i>	
CAPÍTULO 14	
REPERCUSSÕES DO ISOLAMENTO SOCIAL E O IMPACTO NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL.....	243
<i>Raquel Ferreira Coelho</i>	
CAPÍTULO 15	
(RE)CONHECENDO AUTORES(AS)DE OFENSA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTE	251
<i>Carolina Gonçalves de Freitas Fonseca</i> <i>Débora Andrade Camargo da Silva</i>	
CAPÍTULO 16	
“NÃO ERA VERDADE E AGORA?!”: a atuação do psicólogo forense diante das falsas denúncias de abuso sexual.....	271
<i>Juliana de Brito Patricio da Silva</i>	
CAPÍTULO 17	
FLORESCEM NA ADVERSIDADE: as contribuições da Psicologia Positiva para redução do trauma pós violência sexual infantil.....	283
<i>Francisca Tatiana Dourado Gonçalves</i>	
CAPÍTULO 18	
O QUE PODE A EXPERIÊNCIA RELIGIOSA FRENTE AO ABUSO SEXUAL?	295
<i>Cássio Eduardo Soares Miranda</i> <i>Felipe Barbosa de Sousa Costa</i>	
CAPÍTULO 19	
A ARTETERAPIA COMO RECURSO DE ENFRENTAMENTO À SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	309
<i>Winthney Paula Souza Oliveira</i>	
CAPÍTULO 20	
ABUSO SEXUAL CONTRA PESSOAS IDOSAS: orientações básicas para o seu conhecimento, prevenção e avaliação.....	329
<i>José Ferreira-Alves</i> <i>Diana C. Pereira</i>	

CAPÍTULO 21

A PAR DOS BENEFÍCIOS PARA O DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL,
O MEIO ESPORTIVO PODE SER POTENCIALIZADOR DE VIOLÊNCIA
CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTES? 339

Livia Gomes Viana-Meireles

Thamara Samyram's dos Santos Carvalho

CAPÍTULO 22

A VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL E A RESPONSABILIDADE DO
CIRURGIÃO-DENTISTA 347

Daniella Vidigal Fernandes da Silva Guimarães

Maria Vitória dos Santos de Oliveira

SOBRE OS AUTORES 361

SOBRE O ILUSTRADOR 377

Editora CRV
versão para revisão do autor

CAPÍTULO 20

ABUSO SEXUAL CONTRA PESSOAS IDOSAS: orientações básicas para o seu conhecimento, prevenção e avaliação

*José Ferreira-Alves
Diana C. Pereira*

Universidade do Minho
Escola de Psicologia
Braga-Portugal

Este capítulo tem como principal objetivo fazer uma introdução a alguns conhecimentos básicos necessários para compreender, intervir e avaliar o abuso sexual. Depois de se apresentarem definições de maus tratos em geral e de abuso sexual em específico, apresentam-se números de prevalência desses fenômenos em alguns países europeus. Também, apresentam-se algumas orientações para a prevenção e para avaliação do abuso sexual. Conclui-se apontando para a necessidade de emergência de uma consciência complexa do impacto do abuso sexual e, por isso, do envolvimento multi-sistémico e multi-profissional na sua prevenção e avaliação.

Introdução

Um dos traços mais distintivos das sociedades humanas é a sua capacidade de criar e desenvolver estruturas que exercem funções sociais protectoras de indivíduos e de grupos. A civilização humana é, exactamente, o conjunto de processos que distancia os seus membros da barbárie.

No domínio da protecção de grupos sociais, neste caso, grupos de idade, interessa-nos destacar, para o nosso propósito, os movimentos sociais de protecção à infância que começaram ainda no século 18 e prosseguem até hoje. A infância, enquanto momento importante do desenvolvimento individual, visto como tendo características únicas, reconhecido e protegido, é uma marca distintiva de civilização e de desenvolvimento.

Queremos enquadrar os movimentos de protecção à população idosa, dentro deste tipo de movimentação para um estado civilizacional mais avançado. Não porque a infância e a idade avançada tenham o mesmo valor ou características próximas, mas porque o reconhecimento da sua existência

como capítulos únicos do ciclo de vida humano que merecem e precisam de ser apoiados, é importantíssimo para o desenvolvimento expressão da vida. O aumento da longevidade média da população, um pouco por todo o mundo, tem já a ver com o efeito de vários mecanismos protectores ao nível físico e social. Mas esse aumento de longevidade está longe, cremos nós, de ser o único “produto” derivado de uma maior protecção à população idosa. Para sabermos as consequências da protecção da população mais idosa precisamos de esperar mais, agir com a crença de que criando condições de expressão e de realização das pessoas idosas e muito idosas, novos valores e eixos de cultura serão criados e de valor maior para a vida humana.

Definições e Prevalência

Os maus-tratos em idade avançada são definidos pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization [WHO], 2002) como “uma ação única ou repetida ou a falta de resposta apropriada, que ocorre dentro de qualquer relação onde existe uma expectativa de confiança e que produz dano ou sofrimento a uma pessoa idosa” (p. 3). Já o centro nacional de abuso a pessoas idosas -(dos Estados Unidos da América) –define maus tratos a pessoas idosas como uma designação referente “a qualquer acto conhecido, intencional ou negligente por um cuidador ou qualquer outra pessoa e que causa dano ou um sério risco de dano à pessoa idosa (National Centre on Elder Abuse, 2020). A partir desta definição geral desdobram-se definições de vários tipos de mau trato, entre os quais o abuso sexual. Este é definido como “um contacto sexual não consensual de qualquer tipo com uma pessoa idosa, sendo que o contacto sexual com qualquer pessoa incapaz de dar consentimento é igualmente considerado abuso sexual. Inclui, por exemplo, toques indesejados e todo o tipo de agressão sexual (e.g.: violação, sodomia, nudez coagida, visualização de pornografia, fotografias sexualmente explícitas, entre outros)” (National Centre on Elder Abuse, 2020).

Num estudo europeu (“Avow Study”) que incluiu 5 países, e usando um questionário que inquiriu sobre 34 possíveis experiências de abuso ou negligência, encontrou-se uma prevalência de maus tratos de 28,1%. Portugal teve nesse estudo a percentagem mais elevada, fixando-se nos 39,4%, e a Lituânia e Áustria com a percentagem mais baixa (respectivamente com 21,8% e 23,8%) (Luoma e col., 2011). No que respeita ao abuso sexual, a prevalência foi de 3,1% no conjunto dos 5 países e 3,6% em Portugal. Num outro estudo, anos mais tarde em Portugal e usando medidas do abuso cujo número de itens não foi possível identificar, encontrou-se em Portugal uma prevalência de 12.3% de maus-tratos em ambientes familiares, sendo 6.3% referente a maus-tratos psicológicos, 6.3% financeiros, 2.3% físicos, 0.4% negligência e 0.2% sexuais (Gil *et al.*, 2015). Considerando a prevalência de maus-tratos descrita e as

estimativas acerca do envelhecimento atual e futuro da população portuguesa e mundial (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017), torna-se urgente a atuação na prevenção e intervenção nos maus-tratos em idade avançada.

Tal como referido, neste capítulo, focar-nos-emos no abuso sexual e, como tal, é importante começar por enquadrá-lo e defini-lo.

Factores de Risco

Como em qualquer tipo de abuso, o sexual está associado a fatores de risco que devem estar na base das medidas de prevenção e intervenção neste domínio (Tabela 1). Apontar um factor de risco para o abuso é identificar um comportamento ou uma condição que aparece fortemente associada do ponto de vista estatístico com o abuso. Este conhecimento é imprescindível para planear prevenção em larga escala. Contudo, quando visto em cada caso concreto, o mecanismo exacto de ligação de cada factor com o abuso deve fazer sentido e ser devidamente interpretado e articulado em cada caso. A literatura refere que pessoas idosas do sexo feminino, com idade avançada, dependentes (i.e. de cuidados ou financeiramente), debilitadas física e/ou psicologicamente, com estados mentais caracterizados por desorientação (i.e. demência ou défice cognitivo), isoladas ou com poucos recursos sociais e/ou que coabitam com o agressor, possuem maior risco de sofrer de maus-tratos sexuais (Pillemer; Burnes; Riffin; Lachs, 2016).

Quando colocamos o foco nas características dos perpetradores, homens com abuso associado de substâncias (i.e. álcool, drogas), dependentes financeiramente, com problemas mentais e/ou psicológicos, que prestam cuidados à pessoa idosa e/ou que coabitam com ela, têm maior risco de praticar abuso sexual (Pillemer *et al.*, 2016).

Não obstante, quer as suspeitas sob uma mulher agressora, quer as vítimas suspeitas do sexo masculino, devem ser levadas tão a sério como aquelas em que os suspeitos de maus-tratos são do sexo masculino ou em que as vítimas são do sexo feminino, respetivamente. O mesmo se aplica às restantes características enunciadas como fatores de risco para os maus-tratos sexuais em idade avançada.

Tabela 1 – Factores de risco associados aos maus-tratos sexuais em idade avançada

	Fatores de Risco
Vítima	Isolamento social Dependência nas atividades de vida diária e/ou instrumentais Saúde física e/ou mental deteriorada Problemas psicológicos Baixo rendimento ou dependência financeira Género

continua...

	Fatores de Risco
Agressor	Idade
	Relação vítima-agressor
	Dependência financeira
	Gênero
	Abuso de substâncias
	Ser cuidador/prestador de cuidados
	Problemas mentais e/ou psicológicos
	Relação vítima-agressor

Alguns autores sugerem que o abuso sexual na idade avançada não é apenas uma questão de atividade ou motivação sexual. Há muito mais por detrás deste tipo de abuso. É também uma questão de poder exercido sobre uma pessoa mais vulnerável física, psicológica e/ou emocionalmente que funciona como uma ferramenta de controlo sobre esta (Ramsey-Klawnsnik, 1991, 1993, 2004, 2008). Como tal, o isolamento, a vulnerabilidade, a debilitação e a dependência devem ser os principais “sinais de alerta” em momentos de avaliação para a implementação de medidas de prevenção ou intervenção neste domínio (e.g. Jones; Powell, 2006; Pillemer *et al.*, 2016; Ramsey-Klawnsnik, 1991, 1993, 2004, 2008), principalmente quando nos referimos a casos de demência ou debilitação física e cognitiva graves.

É certo que a prevalência de abuso sexual atrás indicada, parece baixa em relação aos restantes tipos de abuso. No entanto, é importante considerar os fatores de risco entretanto descritos. Se considerarmos uma pessoa com demência ou debilitação física e cognitiva grave, que não consegue falar, não se consegue expressar ou até mesmo mexer, torna-se muito difícil perceber que algo está errado.

Ademais, as “marcas” deixadas por este tipo de abuso estão, na maioria das vezes, escondidas. Ou porque não deixam rasto (e.g. uma pessoa obrigar a pessoa idosa a assistir a pornografia, beijos com conotação sexual, conversas sexualmente explícitas), ou porque o rasto que deixam é naturalmente e expectavelmente escondido de todos aqueles que não cuidam da pessoa (e.g. órgãos genitais em casos de agressão sexual). E outras vezes deixa sintomas que embora possam ser vistos por pessoas próximas, só serão corretamente interpretados por profissionais qualificados. Isto acontece quando há sintomas de experiência traumática.

Um profissional também deve esperar dificuldades na detecção, quando existe vergonha e tabu associados o que é, aliás, comum, especialmente em abuso sexual. As vítimas sentem que têm mais a perder do que a ganhar com a revelação devido a sentimentos de insegurança, vergonha, medo e mesmo culpa (e.g. Burgess, Hanrahan, & Baker, 2005; Pillemer *et al.*, 2016). Especificamente, quando nos referimos a pessoas idosas vítimas de abuso sexual, por parte de um(a) cuidador(a) formal ou informal, de um(a) amigo(a) de família,

do(a) marido/esposa, ou de um(a) companheiro(a) de casa/instituição, o tabu instala-se na equação (e.g. Burgess, *et al.*, 2005; Pillemer *et al.*, 2016). Para muitas vítimas, este tipo de abuso interfere com crenças pessoais (muitas vezes, religiosas) que têm como foco a atividade sexual e como, quando ou com quem esta deve ser praticada. É, por isso, muito importante desmistificar, em casos em que a pessoa idosa é capaz cognitivamente de o perceber, a possível ideia de que o abuso sexual é o mesmo que atividade sexual consentida e desejada.

Colocando novamente o foco no campo da prevenção, é de extrema importância que os fatores de risco anteriormente descritos, sejam não só avaliados com frequência, como evitados e/ou combatidos quando se verificam.

Medidas de prevenção

Como medidas de prevenção e atuação no isolamento social e consequente prevenção dos maus-tratos sexuais, o incentivo à participação em atividades sociais (i.e. atividades de grupo) e à participação em respostas que envolvam a comunidade (e.g. centros de dia, centros de convívio, atividades desportivas ou recreativas) parece ser eficaz (e.g. Abreu, 2014; Brozowski; Hall, 2010; Pillemer *et al.*, 2016; Queiroz, 2000), no sentido em que quanto mais uma pessoa idosa se sentir rodeada de pessoas de confiança, menor será a sua vulnerabilidade à ocorrência de maus-tratos e, caso estes se verifiquem, maior será a sua abertura para a denúncia.

Nesse seguimento, também a dependência para as atividades básicas de vida diária e/ou instrumentais pode ser prevenida através da estimulação e reforço da participação nessas mesmas atividades. É igualmente fundamental que as pessoas idosas se mantenham ativas física e cognitivamente para que a sua saúde física e cognitiva lhes permita uma maior independência nos cuidados e uma consequente menor vulnerabilidade (e.g. ABREU, 2014; Pillemer *et al.*, 2016; Queiroz, 2000). Também o baixo rendimento está associado a um maior risco de maus-tratos sexuais, no sentido em que se pode constituir um motivo para a não denúncia do abuso por parte da vítima, por esta ser dependente financeiramente do agressor (Pillemer *et al.*, 2016). É, como tal, necessário acompanhar as pessoas em idade avançada financeiramente desfavorecidas, para que seja possível a ativação de respostas sociais que intervenham de forma adequada nas necessidades das pessoas idosas em questão.

Por outro lado, numa avaliação que pode ser feito no contexto de cuidados primários, secundários ou terciários, é importante conhecer que necessidades de outros próximos consegue a pessoa idosa satisfazer por vontade sua. (i.e. familiares, amigos, colegas de casa/instituição). Adicionalmente, é importante conhecer as necessidades reais ou simbólicas dos que convivem com a

pessoa idosa. Especificamente, no caso dos cuidadores formais e informais, é importante haver alguma supervisão, e o ensino de estratégias para evitar ou intervir em várias problemáticas associadas ao abuso (Choi; Mayer, 2000). Na Tabela 2, encontram-se algumas recomendações gerais adicionais para a prevenção dos maus-tratos sexuais em pessoas idosas (e.g. Choi; Mayer, 2000; Pillemer *et al.*, 2016; Queiroz, 2000).

Tabela 2 – Recomendações gerais para a prevenção dos maus-tratos sexuais a pessoas idosas

Implementar estratégias para a diminuição dos fatores de risco associados aos maus-tratos a pessoas idosas (prevenção primária).
Identificar situações e fatores de risco de forma precoce, para que o abuso não chegue a ocorrer (prevenção secundária).
Se o abuso for confirmado, minimizar os seus efeitos para que os danos sejam contidos
Desenvolver e implementar ações de sensibilização sobre os maus-tratos e os fatores de risco associados junto das pessoas idosas, cuidadores, familiares, instituições (e.g. estruturas residenciais para pessoas idosas) e comunidade em geral.
Implementar programas de apoio para pessoas idosas, cuidadores, familiares e instituições.
Disponibilizar formação a todos os profissionais ligados a esta população (e.g. cuidadores, instituições) e, em específico, à área dos maus-tratos a pessoas idosas.

No atendimento clínico multidisciplinar é da maior importância que, face a alguns sintomas, se considere a suspeita de abuso sexual. Esses sintomas (cf. Ramsey-Klawnsnik, 1991, 1993, 2004, 2008) estão identificados na tabela 3.

Tabela 3 – Sintomas/sinais de um possível caso de maus-tratos sexuais

Lesões genitais.
Infeções urinárias.
Doenças sexualmente transmissíveis.
Alterações comportamentais (e.g. medo intenso, agressividade, desconfiança, autonegligência, comportamentos autodestrutivos).
Alterações do sono (e.g. pesadelos).
Sintomas de ansiedade.
Apatia ou sintomas depressivos.
Ideação suicida.
Perdas urinárias e/ou fecais (quando até ao momento a pessoa era continente).
Reações adversas em momentos de exposição corporal (i.e. banho, vestir/despir, idas à casa de banho ou exame médica).
Problemas relacionais repentinos.
Diminuição da autoestima.
Maior isolamento.
Conversas por parte da pessoa idosa que indiretamente suscitam temas sexuais ou desagrado/medo de determinada pessoa.

Avaliação e Intervenção

Caso haja uma denúncia, um reporte de maus-tratos sexuais ou algum destes sintomas/sinais se verificarem, a possibilidade/suspeita de maus-tratos sexuais deve ser colocada e os procedimentos de avaliação especializados devem ser activados.

Se porventura a suspeita se confirmar e realmente se tratar de uma situação de violência sexual contra a pessoa idosa, é indispensável perceber, inicialmente, qual o nível de perigo em que a pessoa se encontra para fornecer o cuidado imediato necessário. Além disso importa também conhecer no imediato quais as consequências dos abusos para a vítima, para que seja possível adequar a intervenção às características e especificidades da mesma.

A literatura indica que a depressão, a ansiedade, o *stress* pós-traumático e outras alterações ao nível comportamental e emocional (e.g. maior agitação, maior agressividade, apatia, pesadelos, alterações no ritmo sono-vigília, isolamento social, vergonha, culpa...) são comumente verificadas após episódios de maus-tratos sexuais (e.g. Burgess *et al.*, 2005; Ramsey-Klawnsnik, 1991, 1993, 2004, 2008). Como tal, é primordial que não só todos os sintomas que levaram à suspeita e posterior confirmação do abuso sejam avaliados e intervencionados, como também as consequências do abuso a curto e longo prazo.

Durante a intervenção, o apoio prestado deve ser multiprofissional, holístico e multisistémico, envolvendo serviços de saúde e serviços de segurança social (e.g. Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan, & Bolan, 2009; Ramsey-Klawnsnik, 1993). Deve assegurar-se que a pessoa idosa se sinta o mais confortável, respeitada e compreendida possível. Ademais, existem algumas recomendações gerais para a intervenção com pessoas em idade avançada vítimas de maus-tratos sexuais (Ramsey-Klawnsnik, 1993) (Tabela 4), das quais são importantes de destacar: (1) não manifestar perante a vítima emoções negativas em relação ao agressor, pois muitas vezes existem ainda sentimentos de amor, lealdade e vinculação da pessoa idosa para com o perpetrador da violência sexual (e.g. filhos); (2) fornecer o máximo de controlo possível à vítima, de forma a “empoderá-la” depois de um ou mais episódios de abuso onde esta foi humilhada e obrigada a ser submissa (e.g. questionar se a vítima prefere um técnico homem ou mulher; conduzir a sessão de apoio, mas fazer com que a vítima fale sobre o que deseja, responda apenas ao que quer, faça questões, faça intervalos...); (3) utilizar linguagem simples e clara, pois a pessoa idosa pode ter escolaridade baixa (ou até nenhuma) ou alguma vulnerabilidade cognitiva ou até mesmo física; (4) referir prevalências dos maus-tratos sexuais em pessoas de idade avançada para que a vítima compreenda que não está sozinha; (5) ativar redes de suporte social e apoios necessários, para que a pessoa idosa se sinta amparada quer por familiares e

amigos, quer por um conjunto de técnicos que lhe permitirão conhecer todos os seus direitos, quais os passos a seguir e como “seguir em frente”. É de notar que todas as decisões devem idealmente ser tomadas única e exclusivamente pela pessoa idosa e devem ser respeitadas, independentemente da nossa opinião como técnicos. O trabalho dos profissionais não é decidir ou impingir “caminhos”, mas sim informar, fornecer opções, esclarecer e apoiar sem julgamentos; (6) fornecer estratégias de segurança à vítima, de forma a prevenir eventuais abusos futuros; e, por fim, (7) nos casos em que a pessoa idosa vítima de maus-tratos sexuais, por uma condição física ou cognitiva, não consegue verbalizar os seus pensamentos ou sentimentos, é importante não deixar de conversar ou seguir as recomendações anteriormente referidas. Estas devem ser, sempre que possível, cumpridas, através da sua adaptação às características, dificuldades, necessidades e potencialidades de cada pessoa (RAMSEY-KLAWSNIK, 1993).

Tabela 4 – Recomendações gerais para a intervenção com pessoas idosas vítimas de maus-tratos sexuais

Escolher um local com condições que transmitam segurança à vítima [i.e. se não, a revelação (<i>disclosure</i>) não ocorrerá]
Utilizar linguagem simples e clara.
Fazer referência às prevalências de maus-tratos sexuais na idade avançada.
Desmistificar ideias preconcebidas ou crenças relacionadas com o abuso.
Não expressar emoções ou opiniões pessoais negativas sobre o agressor.
Validar as emoções da vítima, quando apropriado.
Dar à vítima o controlo.
“Empoderar” a vítima.
Fornecer estratégias de segurança para proteção presente e futura da vítima.
Ativar rede de suporte social.
Ativar apoios necessários (e.g. sociais, legais, médicos...).
Fornecer contactos de profissionais de áreas específicas (e.g. apoio psicológico).
Explicar à vítima quais os seus direitos e quais os passos possíveis a seguir.
Adaptar toda a intervenção às características da vítima (e.g. utilização de cartões ou de outros sistemas de comunicação em casos onde a verbalização não é possível).

Concluindo, é preponderante que todos os profissionais que atuam nesta área e nesta população em específico considerem o abuso um fenómeno multisistémico que requer conhecimentos e formas de atuação holísticos e multidisciplinares. A adaptação das medidas de prevenção e intervenção às características, necessidades e potencialidades de cada caso é, como tal, fundamental para que tenham maior eficácia.

Esperamos que este capítulo e as orientações nele descritas, contribuam para uma maior consciencialização da comunidade e para a preparação dos profissionais que se dedicam à população desta etapa desenvolvimental, ressaltando que “cada caso é um caso” e que, muitas vezes, a resiliência, a capacidade de adaptação e a criatividade terão de ser colocadas à prova.

REFERÊNCIAS

Abreu, A. M. (2014). *Violência contra idosos: vulnerabilidade (s) e contributos para a prevenção e intervenção* (Dissertação de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz).

Brozowski, K., & Hall, D. R. (2010). Aging and risk: physical and sexual abuse of elders in Canada. *Journal of interpersonal violence*, 25(7), 1183-1199. DOI: 10.1177/0886260509340546

Burgess, A. W., Hanrahan, N. P., & Baker, T. (2005). Forensic markers in elder female sexual abuse cases. *Clinics in geriatric medicine*, 21(2), 399-412. DOI: 10.1016/j.cger.2004.10.005

Choi, N. G., & Mayer, J. (2000). Elder abuse, neglect, and exploitation: Risk factors and prevention strategies. *Journal of gerontological social work*, 33(2), 5-25. DOI: 10.1300/J083v33n02_02

De Donder, L., Luoma, Minna-Liisa, Penhale, B., Lang G., Santos, A., Tamutiene, I., Koivusilta, M., Schopf, A., Ferreira-Alves, J., Reingarde, J., Perttu, S., Savola, T., e Verte. D. (2011) European map of prevalence rates of elder abuse and its impact for future research. *European Journal of Ageing*, 8:129-143. DOI 10.1007/s10433-011-0187-3

Gil, A. P. M., Kislaya, I., Santos, A. J., Nunes, B., Nicolau, R., & Fernandes, A. A. (2015). Elder abuse in Portugal: Findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 27(3), 174-195. DOI: 10.1080/08946566.2014.953659

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2017). *Destaque: Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos*. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Jones, H., & Powell, J. L. (2006). Old age, vulnerability and sexual violence: Implications for knowledge and practice. *International Nursing Review*, 53, 211-216. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2006.00457.x

Luoma, M.-L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., De Donder, L., Verté, D., Reingarde, J., Tamutiene, I., Ferreira-Alves, J., Santos, A. J. & Penhale,

B. (2011). *Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal* (European Report of the AVOW Project). Finland: National Institute for Health and Welfare (THL).

National Centre on Elder Abuse (2020). *Sexual Abuse*. Disponível em <https://ncea.acl.gov/Suspect-Abuse/Abuse-Types.aspx#sexual>

Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(2), 194-205. DOI: 10.1093/geront/gnw004

Ploeg, J., Fear, J., Hutchison, B., MacMillan, H., & Bolan, G. (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(3), 187-210. DOI: 10.1080/08946560902997181

Queiroz, Z. P. V. D. (2000). Ações preventivas à violência contra idosos. *Acta Paul Enferm.*, 13(special issue 1), 176-180.

Ramsey-Klawnsnik, H. (1991). Elder sexual abuse: Preliminary findings. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 3(3), 73-90. DOI: 10.1300/J084v03n03_04

Ramsey-Klawnsnik, H. (1993). Interviewing elders for suspected sexual abuse: Guidelines and techniques. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 5(1), 5-18. DOI: 10.1300/J084v05n01_02

Ramsey-Klawnsnik, H. (2004). Elder sexual abuse within the family. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(1), 43-58. DOI: 10.1300/J084v15n01_04

Ramsey-Klawnsnik, H., Teaster, P. B., Mendiondo, M. S., Marcum, J. L., & Abner, E. L. (2008). Sexual predators who target elders: Findings from the first national study of sexual abuse in care facilities. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(4), 353-376. DOI: 10.1080/08946560802359375

World Health Organization [WHO]. (2002). *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*. Geneva, Switzerland: WHO.