

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



SERVIÇOS DE APOIO NA CRISE PARA A VIOLAÇÃO E ABUSOS SEXUAIS EM  
PORTUGAL

Cláudia T. Pinheiro

Dissertação orientada por Prof. Doutor José H. Ornelas

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia Aplicada**

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor José H. Ornelas, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador de Tese, o Prof. Doutor José Ornelas pelo gratificante apoio.

À Dra. Susana Maria pela sua co-orientação e sustentabilidade deste trabalho desde o surgimento das primeiras ideias.

À Prof. Doutora Rebecca Campbell pelo seu tão precioso apoio e disponibilidade.

À Dra. Ascensão Rebelo do Instituto Nacional de Medicina Legal, pela sua participação na recolha de dados.

Aos profissionais da APAV e da AMCV que aceitaram e se disponibilizaram a colaborar neste estudo.

Ao gabinete de estatística do ISPA nomeadamente à Mestre Tânia Pinto pelas tão proveitosas sugestões.

À minha amiga Carla Sofia Ferreira pelo indispensável apoio jurídico.

À minha mãe por ter cuidado da minha alimentação durante o tempo todo que dediquei à realização deste trabalho.

## RESUMO

Este estudo teve como objectivo responder às seguintes questões: 1. Porque é que os serviços de apoio na crise para violação e abusos sexuais nas instituições portuguesas são necessários e urgentes? 2. Como podem esses serviços ser implementados em Portugal? Desta forma propusemo-nos: Apurar o número de sobreviventes com idade igual ou superior a 14 anos, que nos últimos 2 anos recorreram aos serviços do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), da Associação de Apoio à Vítima (APAV) e da Associação de Mulheres Contra a Violência (AMVC) e; caracterizar os serviços prestados pelas instituições de apoio. Para a estatística participaram nesta investigação três instituições, o INML, a APAV e a AMCV já para a caracterização dos serviços colaboraram dois profissionais, um da APAV e outro da AMCV. Utilizámos metodologias quantitativas e qualitativas. Para a estatística recolhemos informação da base de dados das instituições, para a caracterização dos serviços recorremos à entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas. Por fim fizemos uma análise comparativa aos serviços de apoio proporcionados às sobreviventes. Os resultados estatísticos sugerem que nos anos de 2007 e 2008 mil e oitenta e sete sobreviventes recorreram aos serviços do INML, da APAV e da AMCV. Os resultados da caracterização sugerem que não existe serviços de apoio na crise, programas de intervenção e prevenção, serviços coordenados, equipas e profissionais com formação na crise em Portugal.

**Palavras-chave: Serviços de apoio na crise, violação, abusos sexuais e sobreviventes.**

## ABSTRACT

The aimed of this study was to answer the following questions: 1. Why crisis support services for rape and sexual abuse in Portuguese institutions are necessary and urgent? 2. How can these services be implemented in Portugal? That way we proposed: Investigate the number of survivors, age 14 and older that seek National Institute of Forensic Medicine (INML), Portuguese Association for Victim Support (APAV) and Association of Women Against Violence (AMCV) services and; describe the services provided by support institutions. To the statistic participated in the research three institutions, the INML, the APAV and AMCV. For the characterization of support services collaborated two professionals, one from APAV and other from AMCV. Were employed quantitative and qualitative methodologies. To the statistic were collect data from the database of the institutions, to the characterization of the service were used semi-structured interview with open and closed questions. Finally was made a comparative analysis to survivors support services. The statistical results suggest that in 2007 and 2008 one thousand and eighty-seven survivors sought INML, APAV and AMCV services. The characterization results suggest that there are no crisis support programs, intervention and prevention services, coordinated services, teams and professionals trained in crisis support in Portugal.

**Key-words: Crisis support services, rape, sexual abuse and survivors.**

## Índice

Introdução.....	1
A violação.....	4
As sobreviventes de violação.....	6
O <i>recovery</i> .....	8
Prevenção.....	9
Programas e campanhas	
Em locais privados.....	9
Em locais públicos	
Nas escolas, colégios e universidades.....	10
Nas instituições de saúde.....	12
Nas instituições legais.....	13
Na comunidade.....	15
Apoio na crise.....	16
Centros de crise para a violação e abusos sexuais.....	17
Programas e serviços.....	20
Profissionais das instituições de apoio	
Profissionais de apoio legal	
Oficiais de polícia.....	23
Profissionais da justiça .....	23
Profissionais de apoio médico.....	24
Profissionais de apoio psicológico.....	26
Vitimização secundária.....	26
Intervenção com as sobreviventes de violação e/ou abusos sexuais.....	29
O apoio na crise em Portugal.....	33
Objectivo.....	34
Método .....	35
Participantes.....	36
Procedimento.....	39
Instrumento.....	40
Análise dos resultados.....	40
Análise dos resultados estatísticos.....	41

Análise dos resultados dos questionários.....	46
Discussão dos resultados.....	49
Conclusão.....	52
Referências bibliográficas.....	55
Anexos:.....	68
a. Documento de pedido de autorização para recolha de dados à instituição.....	69
b. Documento de consentimento informado ao profissional.....	70
c. Instrumento.....	72
d. Instrumento original.....	86

## Introdução

O apoio na crise surgiu nos E.U.A. na década de sessenta, hoje em dia é parte integrante dos serviços de saúde e define-se por um serviço de emergência em contexto institucional, vocacionado na resposta imediata a problemas emocionais graves e temporários (Hoff, 2001). Estes serviços de apoio são mais eficazes quando prestados nos diferentes *settings*, como hospitais e outras instituições de saúde, polícia, tribunais e instituições de apoio psicológico e social. Com programas específicos para a intervenção na crise, com formação adequada e trabalho em equipa entre os diversos profissionais as técnicas de apoio na crise podem ser utilizadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, oficiais de polícias e advogados (Hoff & Adamowski, 1998).

Em 1974 surgiram os centros de crise para a violação e abusos sexuais, em 1976 em Inglaterra e depois um pouco por todo o mundo Canadá, Europa e Austrália. Os serviços de apoio na crise para a violação e abusos sexuais visam o apoio médico, legal, psicológico e social durante 24 horas por dia às sobreviventes. Os exames médico-forenses, os procedimentos legais e a entrevista psicológica são constituintes de um mesmo processo (Foley, 1996). Com o objectivo de melhorarem a qualidade de vida das sobreviventes e de responderem eficazmente às suas necessidades os centros de apoio na crise para a violação e abusos sexuais contribuíram também, para reformas legislativas ligadas à defesa das sobreviventes e para a mudança de crenças desadaptadas associadas às mulheres sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais na comunidade (Campbell, Baker & Mazurek, 1998; Hoff, 2001; LeVay & Valente, 2006).

Apesar da eficácia destes centros e serviços de apoio na crise para a violação e abusos sexuais muitos países ainda desconhecem a sua necessidade e quando as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais recorrem às instituições de saúde sem serviços de apoio na crise deparam-se com inúmeras dificuldades (Campbell, 1998; Campbell & Salem, 1999; Campbel, Sefl, Barnes, Ahrens, Wasco & Zaragoza-Diesfeld, 1999; Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl & Barnes, 2001; Logan, Evans, Stevenson & Jordan, 2005; Mycek, 2006; Sturza & Campbell, 2005), de acordo com Ronnberg e Hammarstom (2000) o problema no sistema da saúde situa-se a três níveis: 1º Estrutural, pelo predomínio do poder dos homens na sociedade. 2º Organizacional, os profissionais de saúde não têm

conhecimentos para lidar com estas mulheres e receiam, sobretudo, ofendê-las. 3º Individual, os profissionais de saúde baseiam-se em estereótipos, crenças e atitudes que os impedem de ajudar estas mulheres. Já as dificuldades que se deparam as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais com o sistema de saúde prendem-se com: A interação com os profissionais de saúde e com; a falta de informação (Campbell et al., 2001). O contacto com os profissionais do sistema de saúde e legal são penosos para as sobreviventes, este encontro provoca-lhes um aumento da culpa e do *stress* físico e psicológico. A falta de informação sobre as doenças sexualmente transmissíveis, sobretudo o HIV é sentido pelas sobreviventes como uma segunda vitimização (Campbell et al., 1999; Logan et al., 2005), os exames médico-legais como experiências intrusivas (Neves & Machado, 2005), e a prescrição medicamentosa provoca-lhes um aumento da culpa e do consumo de bebidas alcoólicas e drogas (Sturza & Campbell, 2005).

A culpa (Campbell, Ahrens & Sefl, 2004; Calvete, Estévez & Corral, 2007; Littleton & Bretkopf, 2006; Maria, 2004), o aumento do consumo de álcool e drogas, doenças do foro psicológico e doenças sexualmente transmissíveis são as mais graves consequências da violação a longo prazo (Diamond & Robbins, 1997; Koss, 1993), se pudessemos estimar os custos das intervenções ao nível da saúde para o Estado, rapidamente concluiríamos que é necessário repensar os serviços primários de saúde para que estes não se tornem antagónicos aos objectivos, nem prejudiciais para a saúde das sobreviventes.

As mulheres sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais que procuram apoio na crise em Portugal vêm-se obrigadas a recorrer a vários e complicados circuitos institucionais para obterem esse apoio. Para serviços de emergência médica precisam deslocar-se a um hospital, para realizarem os exames médico-legais ao Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), para apresentarem queixa-crime à polícia, para serviços judiciais à Segurança Social para requererem um advogado público, para apoio emocional e/ou informativo à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) ou à Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV) e para suporte psicológico continuado a um Centro de Saúde.

Depois do trauma e num estado de vulnerabilidade física e psicológica as mulheres violadas têm que percorrer as diversas instituições e contarem repetidamente a sua história aos diferentes profissionais para poderem receber o tão necessário apoio médico, legal e psicológico, porque não há em Portugal serviços de apoio crise. Também não está demonstrado na literatura a necessidade deste tipo de serviços, por estas razões propusemo-

nos: Apurar o número de sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, com idade igual e superior a 14 anos, que nos últimos 2 anos recorreram aos serviços do INML, da APAV e da AMCV e; caracterizar os serviços proporcionados pelas instituições de apoio às sobreviventes. Com o objectivo de responder às seguintes questões: 1. Porque é que os serviços de apoio na crise para a violação e abusos sexuais nas instituições portuguesas são necessários e urgentes? 2. Como podem esses serviços ser implementados em Portugal?

## A violação

A violação é um crime violento (Alexander, 1990), que provoca danos graves para a saúde das sobreviventes (Diamond & Robbins, 1997; Koss, 1993), porém a lei actual atribui aos crimes de coacção sexual e de violação penas que vão de 1 a 10 anos, assim refere o código penal português vigente, artigo 163º para a coacção sexual:

1 - Quem, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tornado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir, constranger outra pessoa a sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, acto sexual de relevo é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos.

2 - Quem, por meio não compreendido no número anterior e abusando de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho, ou aproveitando-se de temor que causou, constranger outra pessoa a sofrer ou a praticar acto sexual de relevo, consigo ou com outrem, é punido com pena de prisão até dois anos.

Para a violação o artigo 164º do código penal português em vigor refere:

1- Quem, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tornado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir, constranger outra pessoa: a) A sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou coito oral, ou; b) a sofrer introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos; é punido com pena de prisão de três a dez anos.

2 - Quem, por meio não compreendido no número anterior e abusando de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho, ou aproveitando-se de temor que causou, constranger outra pessoa: a) A sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou coito oral, ou; b) a sofrer introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos; é punido com pena de prisão até três anos.

As taxas de violação, abuso físico e sexual são muito superiores nas pessoas do sexo feminino (Bailey, Freedenfeld, Kiser & Gatchel, 2003; Tjaden & Thoennes, 1998) e segundo Campbell e Wasco (2005) uma em cada quatro mulheres americanas são violadas em idade adulta, por estas razões sempre que utilizarmos o termo de sobrevivente faremos a sua referência no feminino.

Whyte (2006) realizou um estudo para determinar as variáveis sociais relacionadas com as relações sexuais indesejadas e/ou forçadas nas mulheres afro-americanas e concluiu

que os elevados níveis de sexo indesejado e/ou forçado estão relacionados com o medo que as mulheres sentem de serem alvo de violência física e/ou sexual. Vários estudos Ellis, Atkeson e Calhoun (1981), Heise, Ellsberg e Gottemoller (1999) e Ruback, Ménard, Outlaw e Shaffer (1999) referem a desigualdade de género e o abuso de poder como sendo as atribuições responsáveis pelos crimes de violência, abuso sexual e violação. Num estudo às atribuições de culpa ao crime de violação Gerber e Cherneski (2006) constataram que os homens atribuem menos culpa aos agressores que as mulheres e levantam a seguinte hipótese explicativa: Os homens identificam-se ao poder associado ao agressor. Numa investigação realizada a 435 homens pertencentes a uma comunidade de África de Sul Kalichman, Simbayi, Cain, Cherry, Henda e Cloete (2007) concluíram que mais de um em cada 5 homens revelou usar a força para obter benefícios sexuais das mulheres. Segundo Tjaden e Thoennes (1998) os praticantes do crime de violação são na maioria pessoas do sexo masculino. O crime de violação não é gerido por um impulso, mas por uma acção premeditada (Salter, 2003). O principal objectivo dos agressores é o controlo e o domínio (Alexander, 1990; Garrido, 2002), a acção impiedosa de superioridade sobre as vítimas e esta poderia ser controlável, ou por outras palavras o crime poderia ser evitado pelos seus praticantes.

O crime manifesta-se de várias formas, nas relações afectivas, abuso sexual, incesto, prostituição forçada e nos mais diversos contextos, públicos ou íntimos (Stevens, 2001). Os criminosos são homens comuns (LeVay & Valente, 2006), uma investigação realizada em 2000 pelo Departamento de Justiça dos E.U.A. dá conta que a maioria dos criminosos são homens 46% amigos ou conhecidos das sobreviventes, 30% desconhecidos, 20% companheiros, 3% conhecidos íntimos e 1% desconhecidos com quem as sobreviventes se relacionaram. Chrisler e Ferguson (2006) realizaram um estudo aos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos E.U.A. em 2003 e reforçam este dado, ao apurarem que a maioria dos praticantes dos crimes de violação são conhecidos das mulheres, ou seja 322.230 mulheres são violadas por ano nos E.U.A. pelos seus companheiros. Contudo, apesar destes estudos, ao ler-se a lei nº 59/07 de 4 de Setembro, descrita, logo, no início deste capítulo podemos constatar que a mesma atribui aos agressores conhecidos das sobreviventes penas inferiores às atribuídas aos agressores estranhos às sobreviventes.

Os valores estatísticos acima encontrados no que diz respeito ao crime de violação revelam-se surpreendentes, no entanto, os mesmos estudos referem que estes são uma ínfima parte da realidade, porque a maioria dos crimes de violação e/ou de abusos sexuais não são

denunciados às autoridades, segundo Clay-Warner e Burt (2005) e Grams, Magalhães, Sousa, Costa, Costa e Roesch, (1996) as mulheres não o fazem por medo de represálias ou pelo peso do estigma social levando-as a prejudicar gravemente a sua saúde e a acondicionar a sua liberdade, porque a violação é o crime que elas mais temem (Berta, Ornelas, & Maria, 2007). O estudo de Csoboth, Birkás e Purebl (2005) revela que as mulheres jovens que têm medo de serem abusadas sexualmente no seu contexto familiar e as mulheres com uma vida de experiências de abusos sexuais e/ou de violação sofrem igualmente de graves perturbações depressivas. De acordo com Campbell, Lichty, Sturza e Raja (2006) um bom recurso para o rastreio, saúde e prevenção dos abusos sexuais e da violação por parte dos companheiros e familiares passaria por identificar os abusos quando as mulheres recorrem aos cuidados de saúde por violência doméstica.

### As sobreviventes de violação

Sobrevivente é a palavra que melhor define uma mulher que depois de um acontecimento traumático fez o *healing*. A palavra encerra uma conotação positiva de força, que traduz a superação do acontecimento traumático, ao passo que o termo vítima caiu em desuso porque, e segundo Thompson (2000) era encarado pelas mulheres como um termo negativo, associado a uma mulher fraca, sem poder, vulnerável e ainda afectada pela violação. As sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais em acompanhamento psicológico continuado fazem o *recovery* e de acordo com LeVay e Valente (2006) este passa um pouco por não se verem como vítimas mas como sobreviventes.

As mulheres quando são violadas e/ou abusadas sexualmente não reagem todas da mesma maneira, todavia a grande maioria estas mulheres apresentam reacções emocionais de negação, descrença e desorientação, reacções idênticas à das pessoas que sofreram outro tipo de acontecimento traumático, (Frieze & Greenberg, 1987). As manifestações a seguir a um acontecimento traumático são características de uma perturbação de stress físico e psicológico. As sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais sofrem de elevados níveis de *stress* físico e psicológico, (Bailey et al., 2003; Calvete, Estévez & Corral, 2007; Campbell, Ahrens & Self, 2004; McFarlane, Malecha, Watson, Gist, Hall et al., 2005;

Ullman & Brecklinn, 2003), a perturbação de *stress* físico e psicológico caracteriza-se por a reexperiência ou memórias frequentes do acontecimento traumático acompanhado por activação aumentada e evitamento dos estímulos associados ao trauma (APA, 2006). O medo, a ansiedade, os problemas de auto-estima e as disfunções sexuais são outras das perturbações provocadas pela violação que podem perdurar pelo menos, mais de 18 meses. Com o passar do tempo algumas das sobreviventes podem, ainda, vir a apresentar diagnósticos psiquiátricos de depressão *major*, perturbações obsessivo-compulsivas, ansiedade generalizada e abuso ou dependência de álcool e/ou drogas (Koss, 1993). Vários estudos referem, ainda a auto-culpa (Campbell, Ahrens & Sefl, 2004; Calvete, Estévez & Corral, 2007; Littleton & Bretkopf, 2006; Maria, 2004) as alterações do sono (Escobar-Córdoba, Folino & Schamalbach, 2006), a abstinência sexual (Campbell, Ahrens & Self, 2004) e pensamentos suicidas. Já as consequências físicas da violação prendem-se com as doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e outras como doenças pélvicas, gastrointestinais, enxaquecas e sintomas pré-menstruais (Koss, 1993).

Segundo Ellis, Atkeson e Calhoun (1981) as sobreviventes recorrem mais vezes ao médico depois da violação e só procuram suporte psicológico na circunstância de cronocidade. Para Ullman e Brecklin (2003) as mulheres abusadas sexualmente na infância e em idade adulta procuram frequentemente e durante toda a vida apoio psicológico. Num estudo mais abrangente Chrisler e Ferguson, (2006), apuraram que a percentagem de sobreviventes que procura apoio psicológico é superior às que recorrem a serviços médicos. Os autores focaram-se ainda, nos aspectos económicos de uma violação para o sistema de saúde, e concluíram que não é possível calcular valores das intervenções físicas e psicológicas a longo-prazo, no entanto se pensarmos nas consequências da violação a curto e longo-prazo para a saúde das sobreviventes não será difícil supor que serão elevados.

Outra das consequências derivada da violação mais recentemente investigada é os efeitos negativos que a violação tem na família, amigos e nomeadamente nos companheiros das sobreviventes. A família, os amigos, os companheiros e as reacções sociais negativas estão associadas a um aumento de doenças do foro psicológico. As reacções sociais positivas a um melhor ajustamento social por parte das sobreviventes. Estes resultados sugerem que o impacto da violação nos que são próximos às sobreviventes afecta o *recovery* das sobreviventes (Ahrens & Campbell, 2000; Ullman, 1996). Para Campbell, R., Ahrens C. E., Sefl T., Wasco, S. M., e Barnes, H. E. (2001) quando as sobreviventes de violação e/ou de

abusos sexuais têm experiências sociais positivas, se têm alguém para falar sobre a violação, e quando essas pessoas acreditam na sua história, têm menos problemas físicos e emocionais do que as sobreviventes que têm experiências sociais negativas, ou do que aquelas que não têm experiências sociais positivas nem negativas. Desta forma Campbell (2001; 2005) sugere que os profissionais de apoio médico e psicológico tenham em conta estes novos dados de investigação.

### *O recovery*

A primeira ajuda às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais é médica, procuram-se sinais corporais da violação, doenças sexualmente transmissíveis e a possibilidade de gravidez (Allison & Wrihstman, 1993), ainda que de acordo Frieze, Hymer e Greenberg (1987) as consequências psicológicas da violação nas sobreviventes sejam muito mais duras e penosas do que as que seriam de esperar quando se observam as lesões corporais.

As sobreviventes que procuram serviços de apoio imediatamente a seguir à violação, necessitam de uma intervenção na crise, embora esta contemple um protocolo de avaliação, está directamente vocacionada para a aplicação de estratégias de aumento do auto-controlo, suporte na tomada de decisões e restauro das condições de segurança (Flannery & Everly, 2000). Quando as sobreviventes procuram os serviços de apoio na crise são imediatamente aconselhadas a integrar grupos de ajuda mútua ou a seguir outro tipo de suporte psicológico continuado. No longo e difícil processo de *recovery* das mulheres sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais o suporte psicológico e social é essencial porque funciona como amortecedor do estrago (Littleton & Bretkopf, 2006).

Nos centros de crise para a violação e abusos sexuais a abordagem é, sobretudo educativa e informativa, abordam as sobreviventes com as questões de género como principal responsável pelo problema social que é a violação. Esta abordagem é geralmente administrada em grupo, visa a partilha e a identificação de experiências, evita o isolamento muito frequente nestes casos, promove auto-estima e as relações de suporte conduzindo à

redução do *stress* físico e psicológico e a um bom ajustamento social (Campbell, 2001; 2005; Koss, 1993). Para Buchele (2000) a intervenção em grupo é particularmente adequada para o *recovery* das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais e/ou de violência física, ao promover uma atmosfera íntima ainda que pública, por ouvir as experiências dos outros e partilhar a sua própria, e oferecer oportunidades para diluir com segurança o sentimento de vergonha e sigilo. Hébert e Bergeron (2007) observaram que a intervenção em grupo reduz o *stress* psicológico e os sintomas associados ao abuso sexual na infância e/ou adulto das mulheres. De acordo com os autores existem grandes ganhos no que diz respeito à forma como as mulheres que sofrem de violência por dos companheiros passam a lidar com sentimentos de culpa, estigmatização, ansiedade e assertividade.

## Prevenção

“Prevenir é agir de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de um acontecimento e limitar as suas consequências” (Doron & Parot, 2001, p. 598). A prevenção da violação e dos abusos sexuais é efectuada através de programas e campanhas, em locais públicos e/ou privados e para toda a comunidade. Após o estudo dos diversos programas de prevenção abaixo indicados, apurámos que estes promovem conhecimento, direitos, responsabilidades, respeito e esperança. Os programas de prevenção para a violação e abusos sexuais visam sobretudo alcançar crenças, mudar estereótipos ligados ao género, aumentar a consciência pública sobre a violência física, psicológica e sexual, reduzir comportamentos de risco, levar a sobrevivente e o agressor a procurar ajuda na comunidade, informar sobre os serviços que as sobreviventes de violação dispõem na comunidade e disponibilizar mais recursos de forma a adequar a resposta às necessidades das sobreviventes e por sua vez torná-la mais eficaz.

### I. Programas e campanhas

#### I. 1. Em locais privados

Com o objectivo de investigar o resultado de duas campanhas publicitárias, com posters colocados nos halls de entradas nas residências de 1051 estudantes e, em casas de banho públicas, com o fim de comunicar a necessidade de serviços de exames em caso de violação e/ou de abusos sexuais Konradi e Bruin (2003) demonstraram que houve um aumento no conhecimento e na confiança ao recurso a estes serviços por parte destes estudantes. Desta forma os autores concluíram que estas campanhas publicitárias colocadas em sítios privados são boas vias de transmissão de informação.

## I. 2. Em locais públicos

### I. 2. 1. Nas escolas, colégios e universidades

Nos E.U.A. a prevenção da violação e dos abusos sexuais começa nas escolas com programas de intervenção primária para crianças, pais e professores, o *Child Assault Prevention Project (CAPP)* é um programa que recorre a técnicas de *role-playing* e *workshops* para ensinar as crianças a identificar situações perigosas, oferecer estratégias para as crianças responderem assertivamente a essas situações, encorajá-las a procurar ajuda junto dos adultos em quem elas confiam, fazer questões e providenciar uma oportunidade privada às crianças para divulgarem abusos e/ou negligência, aumentar a consciência comunitária sobre a violência e sobre os abusos sexuais de crianças, aumentar o número de denúncias, encontrar soluções comunitárias e dotar crianças, pais e professores de estratégias de prevenção da violência e abusos sexuais e de conhecimentos sobre a lei que protege as vítimas e, ainda sobre os recursos comunitários onde podem procurar emergência médica e apoio psicológico (Meyn, 1996). De acordo com Steffy (2007) a eficácia dos programas de intervenção primária são medidas efectivas de suporte e um veículo de sucesso para a prevenção primária. Contudo a investigação levada a cabo por Dake, Price e Murnan (2003) ao resultado de um programa de prevenção primária para abusos sexuais em crianças no 3º ano de escolaridade dá conta que houve um aumento de conhecimentos sobre os abusos sexuais em crianças, mas não se registaram alterações quanto à eficácia na resposta das crianças face às situações abusivas, segundo os autores é necessário repensar e melhorar estes programas de prevenção dos abusos sexuais de crianças para que estes se tornem mais eficazes.

Kress, Shepherd, Anderson, Petuch, Nolan e Thiemeke (2006) examinaram o impacto de um programa de prevenção para abusos sexuais em 174 estudantes do primeiro ano de um colégio nos E.U.A. e verificaram um decréscimo dos mitos ligados à violação e ao género. Rothman e Silverman (2007) realizaram um estudo semelhante embora mais alargado, analisaram a eficácia de um programa de prevenção para abusos sexuais em 1982 alunos do primeiro ano e concluíram que os alunos que não foram expostos a este programa de prevenção apresentaram taxas mais elevadas de abusos sexuais durante o primeiro ano no colégio do que os alunos que tiveram acesso ao programa de prevenção, à excepção dos alunos com registo de abusos sexuais anteriores, homossexuais e alunos que ingeriam álcool. Este estudo veio demonstrar que a eficácia do programa de prevenção não se verificou em todos os subgrupos.

Num estudo que visou avaliar os centros de controlo à doença quanto à administração e transmissão de programas de educação e prevenção contra a violação, para profissionais, estudantes e comunidade, através de seminários educativos nas escolas, colégios e universidades Basile, Lang, Bartenfeld e Clinton-Sherrod (2005) constataram que a avaliação destes centros contribuiu para que os objectivos dos programas de educação e prevenção da violação fossem alcançados. Estes consistiram em: 1. Atingir crenças e aumentar a consciência sobre a violência física e sexual. 2. Prevenir a violação.

Foshee, Bauman, Arriaga, Helms, Koch e Linder (1998) avaliaram os efeitos nos adolescentes dos programas de prevenção da violência administrados nas escolas. Os programas visaram a educação, actividades e posters de prevenção para adolescentes, profissionais e para comunidade. Passado 1 mês verificou-se que os programas provocaram mudanças nos comportamentos dos adolescentes. Estes previnem e reduzem a violência psicológica, sexual e física entre os adolescentes e encoraja as sobreviventes e os agressores procurar de ajuda. Passado 1 ano constatou-se que os mesmos programas tiveram um efeito positivo ao nível cognitivo na prevenção de factores de risco mas não ao nível do comportamento dos adolescentes. A compreensão da violência e estereótipos ligados ao género mantiveram-se, mas os comportamentos de risco decaíram, nomeadamente no que diz respeito ao consumo de álcool e drogas (Foshee, Bauman, Greene, Koch, Linder & MacDougall, 2000). Quatro anos depois Foshee, Bauman, Ennett, Linder, Benefield e Suchindran (2004) concluíram que os programas de prevenção da violência aplicados nas escolas provocam mudanças nos comportamentos dos adolescentes, previnem e reduzem a violência física, psicológica e sexual entre os adolescentes, mas não são impulsioneiros desses comportamentos. De acordo com Sharma (2007) a eficácia da intervenção é reduzida

e os programas para os abusos sexuais e violação nas escolas são insuficientes. Entender os factores que contribuem para o problema e analisar o problema localmente é fundamental para o planeamento e implementação de programas de intervenção nas escolas e colégios.

### I. 2. 2. Nas instituições de saúde

Rebecca Campbell é a autora que mais investigou a resposta da comunidade à violação. Observou o percurso de muitas mulheres sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, que recorreram aos centros de crise para a violação e abusos sexuais, às instituições médico-legais e de apoio psicológico. Actualmente trabalha directamente no desenvolvimento de programas de prevenção e no melhoramento de programas como o SANE ou o SART. Os programas de prevenção consistem no desenvolvimento de manuais, *workshops* e aconselhamento individual. Estes programas visam prevenir, reduzir os prejuízos, informar e aumentar a consciência pública no que diz respeito ao crime de violação e abusos sexuais e relativamente aos recursos que as sobreviventes dispõem (Anderson, 2006).

Os programas como o *Sexual Assault Response Team* (SART) ou programas públicos educativos coordenados e integrados em instituições de saúde ajudam a perceber o que é a violação e os abusos sexuais e as consequências destes, apoiam a sobrevivente a providenciar recursos e serviços, e alargam a consciência comunitária. Menos vergonha e estigma quanto à violação e abuso sexual e mais suporte social às sobreviventes (Campbell & Ahrens, 1998). As linhas de prevenção de violação e dos abusos sexuais enfatizam a consciência sobre a violação e os abusos sexuais e que, os criminosos são homens comuns, previnem, também, quanto às alturas mais propícias para a ocorrência do crime e precauções a ter com o consumo de bebidas alcoólicas e drogas (LeVay & Valente, 2006). Já para Meleis (2005) estes programas centram-se mais na resposta imediata à violação do que na prevenção e promoção de saúde. De acordo com o autor a sociedade continua a dar pouca visibilidade à diferença de género e à mudança de crenças associadas à violação. Segundo Lira (2007) os profissionais de saúde, da polícia, da justiça e os políticos dariam um enorme contributo se analisassem a literatura que dá ênfase à diferença de género e de poder como responsável por esta violência contra estas mulheres e agissem em conformidade na eliminação de obstáculos nas instituições e dos profissionais que lidam com esta realidade e criassem programas de prevenção da violência física, psicológica e sexual contra as mulheres no sentido de mudarem crenças e valores individuais e colectivos.

Passando agora à prevenção directa nas instituições de saúde em geral um estudo com o objectivo de avaliar as reacções nas sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais ao contarem a sua história aos profissionais Ahrens, Campbell, Ternier-Thames, Wasco e Sefl (2007) concluíram que só um terço das sobreviventes não contou a sua história por sua iniciativa, 75% contaram informalmente a sua história aos profissionais e que mais de metade das sobreviventes tiveram reacções positivas. Estas reacções reflectem-se positivamente no *recovery* das sobreviventes e na prevenção de outras consequências físicas e psicológicas derivadas da violação. Uma investigação às mulheres jovens suecas durante um exame ginecológico Wendt, Hildingh, Lidell, Westerstalhl, Baigi e Marklund (2007) demonstraram que 92% das mulheres consideraram apropriado serem questionadas sobre a sua sexualidade, problemas sexuais e abusos sexuais pelos seus ginecologistas. Neste sentido os autores sugerem que os profissionais de saúde abordem estas questões porque desta forma estarão a prestar mais saúde sexual a estas mulheres. Durante um ano Diaz, Edwards, Neal, Ludmer, Sondike, Kessler et al. (2004) conduziram uma investigação que visou o acompanhamento médico de adolescentes abusadas sexualmente na infância e/ou na adolescência e concluíram que os diferentes *settings* institucionais e técnicos, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e educadores se providenciarem uma atmosfera de confiança e confidencialidade, permitem que as adolescentes quando questionadas directamente, partilhem informação sensível, como experiências de abuso sexual. Os autores avançam que é de extrema importância que os técnicos obtenham formação adequada e questionários com perguntas directas (e.g., "Alguma vez foi abusada sexualmente?") ou perguntas concretas (e.g., "Alguém alguma vez lhe tocou nas partes privadas do seu corpo sem a sua permissão?") e se a resposta for afirmativa, permitirá aos técnicos providenciar um acompanhamento mais rápido e adequado. Estas acções atempadas agiriam na prevenção dos abusos sexuais e seriam altamente benéficas para o estado, para a comunidade e sobretudo para a saúde psicológica destas mulheres.

### I. 2.3. Nas instituições legais

Com o surgimento dos centros de apoio na crise para a violação e abusos sexuais nos E.U.A., as leis passaram a proteger melhor as sobreviventes, contudo as mulheres continuam a não participar o crime às autoridades de acordo com Clay-Warner e Burt (2005) e Whyte (2006) por vergonha e/ou medo de voltarem a ser alvo do mesma violência física e/ou

psicológica, e/ou sexual. O estudo de Meier e Crotty-Nicholson (2006) dá conta que as queixas-crime e as detenções por abusos sexuais correlacionam-se positivamente com a percentagem de mulheres polícias em exercício mas, medidas destas isoladamente não combatem esta isenção de denúncias por parte das sobreviventes. Se tivermos em conta que o risco de as sobreviventes voltarem a ser vítimas do mesmo crime diminui quando este é participado às instituições de saúde e/ou às instituições legais (McFarlane et al., 2005), seria prudente que a polícia implementasse estratégias de prevenção, contra o crime de violência doméstica, abusos sexuais e violação. Se os objectivos fossem antecipados seriam impulsionadores de saúde pública.

Para Moracco, Runyan e Dull (2003) não existe uma boa comunicação, nem uma relação aberta entre os oficiais de polícia e os restantes intervenientes do caso, por isso não podem reduzir o prejuízo das sobreviventes de violência física e/ou sexual. Neste sentido os autores avançam que os oficiais de polícia deviam de ser questionados e informados sobre as crenças associadas às mulheres violadas e sobre o crime como facilitador de práticas e compreensão de estratégias preventivas e promotores de saúde pública. Depois de décadas de reformas na lei no que diz respeito à violação Campbell e Johnson (1997) investigaram 91 oficiais de polícia e solicitaram-lhes que definissem violação, e os resultados indicaram que: 90% dos oficiais utilizaram palavras para definir a violação que os autores consideram serem termos resultantes dos diversos factores da reforma, mas 51% desses oficiais, ainda, misturaram definições antigas, que sugerem atribuições de culpa à sobrevivente. Numa análise as interacções e as atitudes dos aspirantes a polícia com formação em vitimização, com as mulheres abusadas sexualmente Verde e Tremolosa (2006) confirmaram uma mudança atitudinal e uma melhor percepção da agressão sexual por parte da polícia que teve formação e a importância que a informação e formação teve nessa mudança atitudinal. Desta forma os autores dão ênfase à especialização dos profissionais no melhoramento da qualidade dos serviços prestados pelas instituições públicas às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais.

Nugent-Borakove, Fanflik, Troutman, Johnson, Burgess e O'Connor (2006) testaram a eficácia dos programas de intervenção na crise para as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais o SANE e/ou o SART como uma ferramenta do sistema criminal e judicial na detenção do criminoso e no aumento das prossecuções e constataram que nas comunidades com programas SANE e/ou o SART efectivam-se mais e mais rapidamente as participações de casos à polícia por partes das sobreviventes. São mais, também as

evidências de DNA e há um aumento de detenções do agressor quando comparadas com as comunidades que não têm programas como o SANE ou SART. Por fim, concluíram ainda que a informação insuficiente disponível no processo determina o impacto que os programas têm na penalização da sentença. Numa investigação mais recente à comunidade de Midwestern nos E.U.A. por esta ter registado um aumento de perseguições aos crimes de violação depois da implementação do programa SANE Campbell, Bybee, Ford e Patterson (2008) concluíram que as evidências recolhidas pelas enfermeiras do SANE permite aos perseguidores do crime recolherem outras evidências e assim aumentarem a probabilidade de resolução dos casos. Estes estudos demonstraram que os programas de apoio na crise para as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais são altamente benéficos para as comunidades onde eles se inserem, porque para além do imprescindível apoio médico, legal e emocional que prestam às sobreviventes, actuam também como agentes preventivos no combate à isenção de participações à polícia por parte das sobreviventes, no aumento da informação para os processos, na detenção dos agressores e na consequente resolução dos casos.

### I. 2. 3. Na comunidade

Os factores comunitários influenciam positivamente as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais e quanto mais acções forem tomadas por parte das instituições médicas, legais e de apoio psicológico melhor se encaixam e defendem as necessidades das sobreviventes. Mas o que na realidade se verifica é que as mulheres recusam ajuda comunitária e a ajuda que recebem deixa-as com sentimentos de culpa, cépticas em relação a ela, e esta acaba por ser sentida como uma segunda violação (Campbell, 1998). Em 1999, Campbell e Salem investigaram as instituições que prestam serviços às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais e concluíram que as sobreviventes enfrentam dificuldades quando procuram ajuda nessas instituições. Este estudo levou as autoras a identificarem e a sugerirem alguns factores de intervenção e mudança junto da comunidade, nomeadamente no que diz respeito à culpabilização da sobrevivente, sensibilização dos profissionais de saúde e legais, e educação da própria comunidade.

E, de que forma pode a comunidade contribuir para a prevenção e promoção de saúde pública? Campbell, Howard, Manson, Staggs, Schewe et al. (2004) realizaram um estudo às sobreviventes que recorreram aos de serviços de intervenção com programas para

a violação e abusos sexuais e ao fornecimento por parte das comunidades desses mesmos serviços (linhas de emergência, sistemas médico-legais e serviços de apoio psicológico individual e/ou em grupo) e concluíram que 50,9% a 56,8% dos participantes consideraram que receberam muita informação e 54,6% a 73,4% consideraram que receberam muito suporte. Noutra investigação às mulheres expostas a abusos sexuais repetidos Wasco e Campbell (2002) demonstraram que a defesa e as rotinas de cuidados pessoais, serviços prestados pela comunidade inspiraram à procura de recursos por parte das sobreviventes, são cartáticos e ajudam as sobreviventes a integrar o material traumático. Já os profissionais que prestam esses serviços identificaram duas grandes características de suporte a estas mulheres, as reuniões semanais de grupo e a flexibilidade horária. Este estudo concluiu, ainda que, comunidades com elevados níveis de suporte organizacional apresentam mais estratégias de integração das sobreviventes no meio. O suporte organizacional e comunitário é fundamental no *recovery* e na prevenção da doença física e psicológica das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais.

## Apoio na crise

O apoio caracteriza-se por duas funções: A cooperativa que se define pelo suporte entre as diversas instituições como hospitais, instituições especializadas, esquadras de polícia e tribunais e; a informativa que se caracteriza pelo fornecimento de contactos das diversas instituições de ajuda, esclarecimentos acerca do percurso do processo e clarificação do estado emocional da pessoa (Quina & Carlson, 1989). A crise é um momento agudo de desequilíbrio, uma mudança e/ou ruptura e é pontual (Doron & Parot, 2001). Hoff e Adamowski (1998) definem crise como sendo uma emoção aguda que limita temporariamente a pessoa de lidar com os problemas como habitualmente fazia. O apoio na crise traduz-se numa intervenção primária com os seguintes objectivos: 1. Redução da limitação psicológica, promoção, crescimento e desenvolvimento de estratégias que permitam à pessoa resistir à crise. 2. Educação e informação (Lindemann, 1944).

Depois do trauma as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais necessitam de uma intervenção na crise ou de serviços de apoio na crise (Flannery & Everly, 2000). O

trabalho com as sobreviventes consiste em: Apoiar; recolher a ocorrência; realizar os testes de recolha das evidências físicas e verbais; acompanhá-las no seu percurso pelos serviços comunitários (médico, legal, psicológico e social); cooperar com as diferentes organizações envolvidas no sentido de investigar; procurar o réu; educar e informar sobre o que é a violação e o abuso sexual; treinar os profissionais e a comunidade, e fundamentalmente; prevenir (Martin, 2005). Com programas e formação específica médicos, enfermeiros, polícias advogados, psicólogos e assistentes sociais colaboram cooperativamente na prestação desse apoio durante 24 horas por dia às sobreviventes O apoio na crise para a violação e abusos sexuais é prestado por equipas multidisciplinares nos mais diversos contextos, nas salas de emergência dos hospitais, nos serviços sociais, nos centros de crise, nas instituições de apoio, na polícia e nos tribunais com o objectivo de minimizarem o impacto da violação e/ou dos abusos sexuais e de melhorarem a qualidade de vida das sobreviventes (Hoff & Adamowski, 1998).

## Centros de crise para a violação e abusos sexuais

Muitas reformas legislativas que asseguram os direitos das mulheres sexualmente abusadas surgiram com o movimento de emancipação das mulheres em 1970, mas estas efectivaram-se quatro anos depois com a emergência dos centros de apoio na crise para a violação e abusos sexuais (LeVay & Valente, 2006). De acordo com Campbell, Baker e Mazurek (1998) os centros de crise para a violação e abusos sexuais contribuíram para mudanças políticas, e serviços mais adaptados e compreensivos para as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais. Nas últimas três décadas os centros de apoio na crise foram também os principais responsáveis pela qualidade no tratamento e maior respeito pelas sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais Martim (2007).

Nos E.U.A. os centros de crise para a violação e abusos sexuais desenvolveram-se com o suporte financeiro governamental, comunitário e de Fundações. Incrementaram uma série de serviços e programas para as sobreviventes, como linhas de emergência 24h, apoio na crise, intervenção médico-legal, defesa legal, informação médica e legal, estratégias de prevenção, grupos de suporte psico-educacionais, apoio e acompanhamento individual e/ou

em grupo e programas como o *Sexual Assault Nurse Examiner* (SANE) e *Sexual Assault Response Teams* (SART) (Anderson, 2006). Em hospitais, instituições de saúde, instituições especializadas para o apoio e esquadras da polícia (Hoff & Adamowski, 1998) os centros de crise para a violação e abusos sexuais formam, também, parcerias com outras instituições como organizações de apoio às sobreviventes de violência doméstica, centros de intervenção e prevenção do abuso de álcool ou drogas, e igrejas (Campbell & Ahrens, 1998).

Vários estudos (Campbell, 1998; Campbell & Salem, 1999; Campbell et al., 1999; Campbell et al., 2001; Logan et al., 2005; Mycek, 2006; Sturza & Campbell, 2005) revelam que antes do surgimento dos centros de apoio na crise as mulheres sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais deparavam-se com inúmeras barreiras no sistema de saúde. Ronnberg e Hammarstrom (2000) identificaram essas barreiras e demonstraram que o problema no sector da saúde situa-se a três níveis: 1º Estrutural, pelo predomínio do poder dos homens na sociedade. 2º Organizacional, os profissionais da saúde não têm conhecimentos para lidar com estas mulheres e receiam, sobretudo, ofendê-las. 3º Individual, os profissionais de saúde baseiam-se em estereótipos, crenças e atitudes que os impede de ajudar estas mulheres. Num estudo mais específico, às barreiras que as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais enfrentam nos meios rurais e nos meios urbanos com os serviços médicos e de apoio psicológico Logan et al. (2005) concluíram que as sobreviventes nos meios rurais esperam menos tempo por serviços médicos e de apoio psicológico quando comparadas com as sobreviventes dos meios urbanos, mas têm mais dificuldade em aceder a eles geograficamente porque os transportes e os telefones públicos nos meios rurais são restritos. As sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais nos meios rurais lidam com um maior estigma no que diz respeito à procura destes serviços e revelam sentirem medo, tornando-se esta a maior barreira de todas para elas. E como na maioria os agressores são os companheiros a falta de confidencialidade e o anonimato por parte destes serviços é outro dos obstáculos que se deparam as sobreviventes dos meios rurais. O acesso e a prestação de serviços médicos e de apoio psicológico são limitados e os custos para as sobreviventes recorrerem a serviços privados proibitivos.

Campbell e Bybee (1997) investigaram a prestação de serviços às sobreviventes que recorreram a dois hospitais um com e outro sem equipas de resposta para a violação e abusos sexuais e, apuraram que no hospital sem equipas de resposta para a violação e abusos sexuais as sobreviventes receberam menos e inferiores cuidados médicos, tratamentos,

serviços, assistência e informação que as sobreviventes que recorreram a hospitais com equipas de resposta para a violação e abusos sexuais. Outro estudo realizado por Campbell (2006) às mulheres sobreviventes de violação que recorreram aos serviços médico-legais a dois hospitais diferentes, um hospital com serviços coordenados com o centro de crise para violação e o outro não, mostrou que as sobreviventes que receberam serviços de apoio na crise médico-legal e psicológico, orientados pelo programa SANE apresentaram menos níveis de vitimização secundária por parte das instituições legais e médicas. Receberam, também contracepção de emergência e mais informação no que diz respeito a doenças sexualmente transmissíveis. Os resultados sugerem que são inúmeros os benefícios dos centros de apoio na crise e programas adequados para a intervenção em casos de violação porque estes incidem também, na redução do risco de vitimização secundária.

Um estudo comparativo entre os centros de crise para a violação e abusos sexuais independentes e os serviços de apoio à violação e abusos sexuais combinados com outros serviços, como: Serviços de violência doméstica; linhas de serviço de emergência comunitária; serviços de apoio à família e à criança e por fim um; serviço de apoio ao abuso de drogas, demonstrou que, entre os anos de 1994 e 1999, os centros de crise para a violação e abusos sexuais independentes serviram em média 210 a 280 sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, os serviços para a violação e abusos sexuais autónomos serviram em média 337 a 363 sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, e os serviços para violação e abusos sexuais integrados com outros serviços serviram, apenas, em média 63 a 72 sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais. O'Sullivan e Carlton (2001) constataram, também, que a definição de violação e abuso sexual, e os objectivos comunitários e educativos eram mais extensivos às comunidades que possuíam centros de crise independentes. Este estudo veio mostrar que os centros de crise para a violação e abusos sexuais independentes trazem mais benefícios para a comunidade que os integrados com outros serviços. De acordo com Plicht, Vandecar-Burdin, Odor e Reams (2006) seria ideal que todas as comunidades tivessem fornecidas com centros de crise para a violação e abusos sexuais, com equipas e profissionais treinados para providenciarem serviços mais compreensivos, melhores colheitas de evidências, apoio legal e psicológico continuado e informação às sobreviventes.

## Programas e serviços

Antes do surgimento do programa *Sexual Assault Nurse Examination* (SANE) nos hospitais as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais eram obrigadas a esperar longas horas nas salas de emergência dos hospitais, era-lhes solicitado que não fossem à casa-de-banho para não destruírem as provas e as mulheres temiam relatar o incidente aos profissionais de saúde e da polícia.

O programa SANE foi implementado no Hospital Hillcrest nos E.U.A. e começou com duas enfermeiras especializadas em testes forenses. Caracteriza-se por um trabalho compreensivo e cooperativo entre profissionais de saúde, polícia e advogados. Rapidamente este programa estendeu-se a outros hospitais, houve um aumento das especializações, das técnicas forenses nas enfermeiras e uma resposta mais rápida (no máximo em 72 horas) ao crime de violação e/ou de abusos sexuais e às necessidades imediatas das sobreviventes (Mycek, 2006). Os programas SANE reflectem um substancial melhoramento dos serviços de apoio às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais nos tradicionais hospitais (Campbell, Patterson & Lichty, 2005).

Patterson, Campbell e Townsend (2006) investigaram os objectivos do programa SANE e a sua orientação filosófica e como elas influenciam as práticas e o *recovery* das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais. Com este estudo os autores identificaram três tipos de objectivos nos programas SANE: 1. A prossecução do caso como principal objectivo. 2. O apoio emocional, o *recovery*, valores feministas e a mudança comunitária face à violação e aos abusos sexuais. 3. Menos importância à persecução do caso e importância média aos outros objectivos. E concluíram que os programas que se focam na prossecução do caso como principal objectivo providenciam serviços menos compreensivos, especialmente no que diz respeito à educação da sobrevivente. A informação e a educação são essenciais para as sobreviventes, porque como é de esperar elas estão preocupadas com a sua saúde a curto-termo mas fundamentalmente com as implicações da violação na sua integridade física e psicológica a longo-termo.

Depois do SANE as comunidades começaram a criar equipas de intervenção primária e secundária, chamadas *Sexual Assault Response Team* (SARTs). O SARTs uniu em equipa os profissionais da lei, oficiais de polícia, detectives e advogados com os profissionais de apoio médico, psicológico e social com dois objectivos fundamentais: 1º Aumentar as

ferramentas de prossecução e as colheitas de provas, e facilitar a comunicação entre as diversas partes envolvidas no caso. 2º Apoiar as sobreviventes no *recovery* através do aconselhamento e suporte (Girardin, 2005).

O programa SARTs visa serviços mais compreensivos e um aumento da qualidade dos cuidados prestados às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais. É um programa de serviços coordenados e foi desenvolvido a partir da premissa de que as sobreviventes que procuram apoio não o tenham que fazer recorrendo aos diferentes serviços mas que esses serviços sejam providenciados e venham até elas. O SARTs é administrado numa sala de emergência dos hospitais, pois é aos hospitais que a maior parte das vezes as sobreviventes recorrem primeiro. É nesta sala de emergência e nos centros de crise para a violação e abusos sexuais que os médicos, enfermeiros, oficiais de polícia, advogados, psicólogos e assistentes sociais providenciam os serviços de apoio na crise às sobreviventes. Estes consistem em exames e serviços médicos, aconselhamento quanto ao procedimento da polícia e processo legal, apoio psicológico, social e informativo. Ao trabalharem em equipa os diferentes profissionais compreendem melhor as necessidades dos diferentes sistemas, por exemplo os médicos e enfermeiros são mais cuidadosos e rigorosos na recolha de evidências quando colaboram em equipa com os oficiais de polícia e advogados. Os psicólogos e assistentes sociais ao trabalharem em equipa sentem-se mais seguros no contacto com as sobreviventes e oferecem-lhes serviços mais adaptados e compreensivos. No apoio às sobreviventes, também é vital uma abordagem cooperativa versus competitiva entre os profissionais do primeiro nível de apoio médicos, enfermeiros e oficiais de polícia e os profissionais do nível seguinte advogados, psicólogos e assistentes sociais (Hoff, 2009). O SARTs ou a coordenação dos diferentes serviços e as equipas de profissionais dos hospitais, da polícia e dos centros de crise para a violação e abusos sexuais proporcionam às sobreviventes melhores e mais adaptados serviços.

Com o objectivo de estudar as comunidades que utilizam os programas coordenados e perceber que programas são estes, e de que forma é que os programas coordenados ajudam as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, Campbell e Ahrens (1998) investigaram vinte e duas comunidades com programas coordenados e integrados em instituições de saúde como por exemplo o *Sexual Assault Response Team* (SARTs), que providenciam e coordenam diferentes tipos serviços da polícia, advogados, médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que se unem para trabalhar com as sobreviventes de violação e com as suas famílias, num local próprio para o efeito. Com este

estudo foi possível observar que as comunidades com níveis mais elevados de coordenação utilizam os seguintes programas: O *coordinated service programs, interagency training programs* e o *community-level reform*, embora não sejam programas directamente direccionados para dar resposta às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, respondem às suas necessidades uma vez que ajudam na procura de recursos e serviços e desenvolvem uma cultura comunitária de interajuda. Estes programas coordenados reflectem o contexto onde se inserem e isso é muito importante para elas. Os profissionais sabem o que elas estão a sentir, respeitam o seu tempo e as suas capacidades e no mesmo espaço, passo a passo, fazem-lhes chegar o apoio que elas precisam.

Campbell, Dorey, Maegeli, Grubstein, Bennett, Bonter et al. (2004) realizaram um estudo com a finalidade de avaliar o resultado do *Sexual Assault and Rape Prevention Evaluation Project* (SARP) um programa de prevenção e avaliação dos programas de intervenção na violação e abusos sexuais. O SARP tem como objectivo garantir a evolução, desenvolvimento e crescimento dos programas e serviços de apoio na crise para as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais. Visa o empowerment da metodologia auto-avaliativa dos programas e esta auto-avaliação conduz a uma maior compreensão por parte dos profissionais das metodologias dos programas e a uma maior adaptação dos programas e serviços às necessidades das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, e à realidade da comunidade.

O SARP foca-se em 5 processos: 1. Treino, o avaliador ensina como os programas devem ser avaliados. 2. Facilitação, o avaliador conduz o treino. 3. Defesa, os profissionais utilizam ferramentas de defesa, auto-avaliação e mudança institucional. 4. Inovação, desenvolvimento de novas regras, estruturas e programas, por fim 5. Liberdade, os programas são livres.

Durante 6 anos a equipa do SARP conduziu entrevistas com os profissionais para aprender tudo acerca dos programas. Desenvolveu um projecto comunitário específico de evolução e treino com 8 fases. Providenciou oportunidades de treino para aprendizagem do método e de como conduzir o projecto pelas 8 fases, por fim deu assistência técnica ao projecto.

Os resultados demonstraram que a equipa do SARP promoveu o *empowerment* da metodologia de avaliação. Noventa por cento dos programas de prevenção da violação fizeram substanciais progressos no planeamento e implementação da avaliação. Aumentaram os participantes comunitários e a consciência sobre a violação e abusos

sexuais. Os serviços de apoio tomaram conhecimento da importância dos serviços de defesa integrados nestes programas de apoio às sobreviventes e houve uma maior percepção dos efeitos dos programas de aconselhamento na recuperação das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais.

## Profissionais das instituições de apoio

### I. Profissionais de apoio legal

#### I. 1. Oficiais de Polícia

Segundo o estudo mais recente de Campbell et al. (2008) a desistência das queixas-crime estão relacionadas com as experiências negativas sentidas por parte das sobreviventes com o sistema legal. De acordo com Koss (1993) as instituições legais deviam ter conhecimento dos estudos sobre a violação e abusos sexuais para desenvolverem atitudes mais sensíveis para com as sobreviventes. Os oficiais de polícia e os médicos são os primeiros a contactarem com as sobreviventes, por isso deviam de ser os primeiros a providenciarem apoio psicológico mas, para isso era necessário que tivessem alguma formação para desenvolverem uma relação empática, reduzirem o *stress* e facultarem informação. Desta forma Cole, Baldwin e Thomas (2003) advertem para que os inquéritos policiais realizados às sobreviventes contemplem questões sobre a intervenção dos profissionais de apoio médico com as sobreviventes e vice-versa. Já para Cling (2004) é importante que os profissionais do sistema legal tenham conhecimentos de psicologia e os profissionais de apoio psicológico conhecimentos sobre as leis porque, embora tenham desígnios diferentes ambos seguem e defendem, igualmente as sobreviventes, e segundo Hoff e Adamowski (1998) o trabalho cooperativo entre os diversos profissionais é o que se mostra mais eficaz na compreensão e resposta adequada às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais.

## I. 2. Profissionais da justiça

Campbell et al. (1999; 2001; 2008) investigaram como o contacto com as instituições legais podem exacerbar o *stress* físico e psicológico das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais e os resultados demonstraram que o contacto com os serviços legais foram os mais penosos para as sobreviventes na medida em que se verificou um aumento da culpa e do *stress*. As sobreviventes denunciam falta de sensibilidade por parte dos profissionais dos serviços de justiça criminal, e consideram que o crime de violação é pouco prioritário para eles. Uma investigação às barreiras legais no trabalho com as sobreviventes nos centros de crise para a violação e abusos sexuais Ullman e Townsend (2007) encontraram barreiras organizacionais observadas por advogados em matéria de recursos, factores contextuais, profissionalização e racismo. O *burnout* dos profissionais foi um dos principais obstáculos encontrados por afectar a capacidade dos advogados para ajudar os sobreviventes. Por fim, a barreira mais saliente e directa é a vitimização secundária pela justiça criminal e sistema médico. Logan et al. (2005) acrescenta que as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais nos meios rurais entendem o organismo legal como constituinte de uma rede comunitária política que decide o resultado dos casos.

Nos centros de apoio na crise para a violação e abusos sexuais os advogados trabalham directamente com as sobreviventes, explicando-lhes os seus direitos e o que elas podem esperar do sistema médico e legal, garantindo-lhes sempre a confidencialidade, e a ligação aos outros serviços de suporte psicológico, social e comunitário. Cabe às sobreviventes decidir se dão ou não continuidade ao processo legal, e se as sobreviventes decidirem levar o caso a tribunal o advogado dos centros de apoio na crise providencia toda a informação legal, facilita e coopera na relação das sobreviventes com o advogado de acusação e acompanha o processo das sobreviventes até ao julgamento final. Colabora, ainda com a polícia para a detenção do autor do crime e desenvolvem medidas no sentido de garantirem segurança e de responderam às necessidades das sobreviventes (Minnesota Advocates for Human Rights, 2003) e se as sobreviventes decidirem não participar o crime à polícia ou se resolverem não levar o caso a julgamento elas têm à mesma o direito de receber toda a atenção médica e psicológica (LeVay & Valente, 2006).

## II. Profissionais de apoio médico

Alguns estudos Wasco e Campbell (2002), Campbell e Wasco (2005) revelam que a maioria dos profissionais de apoio médico, legal, psicológico e investigadores que trabalham com sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais experienciam muitas das reacções da sobreviventes, tais como: ansiedade, medo, depressão, dificuldade de adormecer, pesadelos e problemas de saúde física. São efeitos espelhos que se podem justificar pela relação empática e tão necessária à eficácia da intervenção com as sobreviventes. Campbell (2001; 2005) defende que é fundamental que tanto as sobreviventes como os profissionais que lidam com elas tomem consciência do seu estado físico e psicológico, rompam o silêncio, e comuniquem o seu sofrimento e as suas necessidades para que, em relação com os outros, se deixem ajudar. No caso particular dos profissionais de apoio médico e psicológico é essencial que tomem consciência dos seus limites e descansam para que possam cumprir eficazmente o seu trabalho, pois é um trabalho duro e penoso (Anderson, 2006). Os profissionais de apoio médico têm o poder de fazer a diferença não só na diminuição das consequências físicas como também na busca de recursos e esforços de apoio às famílias e comunidade (Hoff, 2009).

Um estudo levado a cabo por Christofides e Silo (2005) apurou que as enfermeiras com experiências de violência doméstica e/ou violação pessoal, familiar e/ou com amigos apresentam maior qualidade nos serviços que prestam às sobreviventes de violência doméstica, e/ou de abusos sexuais e/ou de violação do que as enfermeiras que não têm essa experiência. Os autores levantam a seguinte hipótese explicativa: A identificação ao problema leva a uma maior empatia. Numa investigação aos melhores serviços de saúde pública para sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais na África de Sul, Christofides, Jewkes, Webster, Penn-Kekana, Abrahams e Martin (2005) demonstraram que 30,3% dos profissionais receberam formação para trabalharem com sobreviventes, 76,9% dos hospitais regionais têm salas privadas para exames e acompanhamento das sobreviventes e os profissionais com mais de 40 anos de idade prestam melhores cuidados às sobreviventes. Estes profissionais trataram um maior número de sobreviventes, têm facilidade em pôr em prática os programas de intervenção e percebem que a violação é um problema médico sério. Para os autores o *recovery* das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais que recorrem às instituições de saúde pública começa lá, por essa razão é urgente formar os profissionais destas instituições e criar programas de intervenção para estes casos específicos. Hellman e House (2006) observaram a satisfação dos voluntários nos hospitais, linhas e centros de crise com a intenção de permanecerem neles e

demonstraram que existe uma correlação positiva entre a satisfação na prática do voluntariado, eficácia e suporte social às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais e a vontade dos profissionais em permanecer nestes serviços.

Os estudos acima reflectem o sistema, as instituições de apoio, os profissionais de apoio médico e legal, e o seu trabalho com as sobreviventes, quanto ao ponto de vista das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais em relação aos mesmos será tratado mais à frente no capítulo dedicado à vitimização secundária.

### III. Profissionais de apoio psicológico

Os profissionais de apoio psicológico com formação na crise são os mais habilitados para reduzirem o impacto emocional e os efeitos da violação e/ou dos abusos sexuais nas sobreviventes, e são sobretudo os principais promotores de projectos que visam um trabalho transdisciplinar no sentido de proporcionarem uma resposta mais eficaz às necessidades das sobreviventes (Koss, 1993). O contacto com serviços de apoio psicológico, centros de crise e igrejas são percebidos pelas sobreviventes como benéficos, pela prestação de serviços de aconselhamento, suporte psicológico na crise e continuado, e direito legal (Campbell et al. 1999; 2001), mas e segundo Campbell (1998) a taxa de procura de serviços do foro psicológico por parte das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais nos E.U.A. está, apenas entre os 25% a 40% .

*“Up huge gaps nationally in the provision of skilled multicultural counselling exposing the hypocrisy in offering physical protection without the means to deliver emotional support”* (Peel, 2004, p. 143).

### Vitimização secundária

Através de um estudo realizado aos cuidados de saúde prestados às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais em contexto militar Hall, Sedlacek, Berenbach e Dieckmann (2007) concluíram que existe uma correlação entre a prática desses cuidados de saúde e os níveis de percepção dessas práticas e serviços militares. Um outro estudo

realizado por Campbell e Raja (2005) às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais que recorreram às instituições médicas, legais, militares e civis dá conta que: 1. As veteranas sentiram elevados níveis de *stress* físico e psicológico, sentimentos de culpa, depressão e ansiedade na interacção com os profissionais. 2. Mostraram relutância em procurar ajuda de novo. 3. Existe uma correlação positiva entre esta interacção e o *stress* físico e psicológico. Segundo Campbell (1998) muitas mulheres sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais recusam ajuda comunitária e a ajuda que recebem deixa-as com sentimentos de culpa, cépticas em relação a ela, e esta acaba por ser sentida como uma segunda violação.

A esta segunda violação, Campbell e Martin (2001) chamaram vitimização secundária. A vitimização secundária traduz-se na exacerbação do trauma da violação, pelo efeito espelho de atitudes e comportamentos negativos que as sobreviventes experienciam por parte dos profissionais que lhes prestam serviços ou regras e práticas institucionais (Campbell & Raja, 1999). De acordo com Campbell et al. (2001) há um aumento dos comportamentos de culpa por parte das sobreviventes associados aos serviços prestados, ou não prestados pela comunidade. As dificuldades na interacção entre as sobreviventes e os profissionais e a falta de informação acerca dos efeitos nocivos da violação para a saúde das sobreviventes, como esclarecimentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis e os recursos que dispõem, e a pílula do dia a seguir, parecem ser os factores que mais contribuem para esta vitimização secundária.

Swahberg, Wijma, Schei, Hilden, Irminger e Wingren, (2004) estimaram que 16.8% a 21.4% mulheres revelam que vivem em sofrimento emocional, 32.1% a 37.5% sofrem de violência física, 15.9% a 17% de abusos sexuais e 14% a 19.7% de abuso por parte das instituições de saúde suecas, e que a maioria das mulheres não revela a sua experiência de abuso aos profissionais de saúde. Campbell et al. (1999; 2001) examinaram como o contacto com as instituições médicas e legais podem exacerbar o *stress* físico e psicológico das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, e os resultados demonstraram que o contacto com os serviços legais foram os mais penosos e logo a seguir o contacto com os serviços médicos. Este encontro aumentou-lhes a culpa e o *stress* físico e psicológico. O acesso aos serviços médicos não foi difícil, fizeram-lhe exames e colheita de provas, foi-lhes dado anti-depressivos, mas não receberam a pílula do dia seguinte nem informação sobre doenças sexualmente transmissíveis, como o HIV. Segundo os estudos já referenciados acima esta falta revela-se bastante penosa para as sobreviventes e é a principal causa de vitimização secundária.

Apesar dos investimentos e melhoramentos nos serviços de apoio na crise, existem estudos que continuam a confirmar factores propiciadores de vitimização secundária nas instituições que prestam serviços de apoio na crise às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, de acordo com uma investigação levada a cabo por Sturza e Campbell (2005) sobre a prescrição medicamentosa às sobreviventes logo após a violação e/ou abusos sexuais, revelou que as sobreviventes sentiam que os médicos eram frios e/ou silenciosos, e as que se auto-medicavam faziam-no para evitar a interacção com o médico. A prescrição medicamentosa provoca-lhes mais culpa e um aumento do consumo de bebidas alcoólicas e drogas. Num estudo realizado em 2006 à consistência de 110 programas SANE Campbell, Townsend, Long, Kinnison, Pulley, Adames et al. concluíram que os programas SANE proporcionam às sobreviventes a colheita de evidências forenses, rastreio de doenças sexualmente transmissíveis, informação sobre o HIV, risco de gravidez e referem os recursos comunitários disponíveis, mas por dificuldades financeiras nem sempre fazem o teste de HIV e o despiste de outras infecções sexualmente transmissíveis, como também não facultam contracepção de emergência e têm dificuldades em balancear os cuidados médicos com a colaboração com o sistema legal na persecução do réu. Um outro estudo às experiências com o sistema legal, médico e psicológico e o impacto físico e psicológico nas sobreviventes Campbell (2008) concluiu que a maioria dos crimes não são perseguidos, muitos hospitais continuam a não proporcionar às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais serviços de saúde compreensivos e o suporte psicológico continuado é inacessível às sobreviventes, estes resultados reflectem um impacto negativo no *recovery* das sobreviventes e um agravamento do trauma. De acordo com os diversos autores acima referenciados é necessário melhorar a qualidade dos serviços de apoio na crise no sentido de providenciar às sobreviventes um *recovery* mais adequado, rápido e eficaz.

Até aqui demos a conhecer o contacto das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais com os serviços e profissionais de apoio médico e legal, dedicaremos agora o resto do capítulo ao descortino do outro lado da história.

Em 2005 Campbell realizou uma investigação aos médicos, enfermeiros, oficiais de polícia e às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais ainda em emergência médica, e os resultados mostraram que os serviços proporcionados ou não às sobreviventes e a interacção com os médicos e oficiais de polícia foram subestimados, mas o contacto com o sistema médico e legal revelou-se angustiante. Num inquérito realizado aos profissionais de

apoio psicológico que prestam serviços às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais Campbell e Raja (1999) concluíram que, apenas 48% dos inquiridos consideram que os serviços de apoio (médico, legal, psicológico e social) são benéficos para as sobreviventes. A maioria, i.e. 84% concorda que o contacto com os profissionais destes serviços re-traumatiza as sobreviventes. Para 89% dos participantes neste estudo, o contacto das sobreviventes com o sistema legal é penoso e os exames médico-legais traumatizantes. Por estas razões as autoras dão ênfase à importância do treino e formação dos profissionais na prevenção da vitimização secundária, e sugerem que os profissionais de apoio psicológico com formação na crise podem desempenhar um papel fundamental nessa prevenção e na mudança do sistema que serve as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais.

Em jeito de conclusão, Campbell, Patterson e Lichty (2005) referem que as taxas de vitimização secundária são mais baixas nas comunidades com serviços de apoio na crise e onde se inserem os programas como o SANE. Como prevenção de vitimização secundária Campbell et al. (2001) propõem: 1. Um aumento de centros de crise. 2. Formação e treino para todos os profissionais envolvidos na prestação de serviços às sobreviventes. 3. Desenvolvimento de serviços e programas coordenados com colaboração dos diversos profissionais. 4. Aumento da consciência pública sobre o crime de violação e dos serviços disponíveis com o objectivo de prevenir nas escolas, faculdades de medicina e escolas de polícia.

## Intervenção com as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais

Dedicámos o nosso trabalho ao apoio na crise proporcionado pelas instituições às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, revista a bibliografia concluímos que o apoio na crise é essencial e indispensável para o *recovery* das sobreviventes. Mas o apoio na crise é como o próprio nome sugere um apoio de curta duração, no entanto há manifestações do trauma da violação que permanecem com as sobreviventes durante meses e em alguns casos durante anos, por esta razão neste capítulo trataremos a intervenção que compreende o período que vai da prevenção, ao *recovery* passando pelo apoio na crise. Sendo que estes temas já foram abordados ao longo do nosso trabalho este servirá uma síntese conclusiva,

dando ênfase aos estudos que considerámos que mais contribuíram para uma melhor e mais eficaz intervenção junto das sobreviventes.

A prevenção dos abusos sexuais e da violação visa programas específicos, administrados nas escolas, colégios e universidades, direccionados para crianças, pais, estudantes, profissionais e para toda a comunidade, e assentam em dois objectivos fundamentais: 1. Prevenir aumentando o conhecimento sobre o que é o abuso sexual e a violação; 2. Mudar crenças e comportamentos. Todavia os estudos à eficácia destes programas nas escolas dão conta que há um aumento do conhecimento e da compreensão dos abusos sexuais e da violação, contudo não se verificam alterações significativas no comportamento das crianças (Dake, Prince & Murnan, 2003), jovens adolescentes e adultos (Foshee et al., 2000; 2004; Rothman & Silverman, 2007). Estes estudos sugerem que os programas de prevenção dos abusos sexuais e da violação têm uma eficácia reduzida e por esta razão Sharmman (2007) adverte para a necessidade de investigar e adaptar os programas à realidade de cada comunidade.

Segundo Anderson, 2006, Campbell & Ahrens, 1998 e Campbell et al. (2004) a prevenção nas instituições de saúde desenvolve-se através de programas de intervenção na crise para sobreviventes como o SANE, SART e o SARP, estes programas motorizam acções promotoras de saúde pública e visam o aumento da consciência comunitária para a violação e abusos sexuais. Um estudo no âmbito da prevenção directa junto das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais nas instituições de saúde Diaz et al. (2004) e Lidell et al. (2007) concluíram que as mulheres ao dirigirem-se ao médico a clínicas privadas, aos centros de saúde ou aos hospitais para consultas de ginecologia ou para obterem outros cuidados como tratamentos por violência e, se os diversos profissionais proporcionarem um ambiente de confiança e confidencialidade, as mulheres não só consentem como acham oportuno serem questionadas directamente sobre a sua experiência sexual. E, de acordo com Campbell et al. (2006) este seria um bom recurso para identificação de abusos sexuais e violação, promoção de saúde pública e prevenção.

Quanto à prevenção da vitimização secundária e no que diz respeito à prestação de serviços às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais Christofides e Silo (2005) apuraram que os profissionais de saúde com experiência directa ou indirecta de violência física e/ou sexual e os profissionais com mais de 40 anos prestam melhores serviços às

sobreviventes e têm mais facilidade em pôr em prática os programas de intervenção (Christofides et al., 2005). A formação e treino dos demais profissionais, professores, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, oficiais de polícia e advogados é outra medida de grande peso na prevenção da vitimização secundária (Campbell & Rajá, 1999; Campbell et al., 2001; Cling, 2004; Koss, 1993; Verde & Tremolosa, 2006). Os estudos de Ahrens e Campbell (2000), Ullman (1996), Campbell (2001; 2005), Campbell et al. (2001) e Ullman (1996) dão ênfase a outras medidas como o impacto da violação nos familiares e amigos e, ainda às experiências sociais positivas fundamentais no *recovery* e prevenção da vitimização secundária das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais.

Na esfera legal Meier e Crotty-Nicholson (2006) concluíram que há um aumento das denúncias à polícia por abuso sexual e violação e um aumento das detenções quando estão mulheres polícias em exercício. As investigações de Nugent-Borakove et al. (2006) e Campbell (2008) dão conta, também, de um maior número de participações à polícia do crime de abuso sexual e de violação, mais evidências do crime no processo e maior número de detenções nas comunidades com programas de apoio na crise para a violação e abusos sexuais como o SANE e/ou SART. Os resultados destes estudos visam, sobretudo, a prevenção da isenção de queixas-crime por parte das sobreviventes e o aumento de resolução dos crimes de violação.

Passando agora ao apoio na crise ou à intervenção na crise esta é a ajuda que depois da violação e acordo com Flannery e Everly (2000) as sobreviventes mais precisam. Os serviços e programas coordenados como o *Sexual Assault Nurse Examination* (SANE), o *Sexual Assault Response Team* (SARTs) e o *Sexual Assault and Rape Prevention Evaluation Project* (SARP) são segundo Campbell, Patterson e Lichty (2005) os que melhor se adequam na resposta às necessidades das sobreviventes. O SANE visa a especialização dos enfermeiros em técnicas forenses e uma resposta mais célere às necessidades das sobreviventes. O SARTs surgiu da evolução do SANE e é um programa que providência e coordena vários tipos de serviços como: Emergência e exames médicos; aconselhamento legal, procedimentos com a polícia e advogado de defesa; apoio e suporte psicológico, social e informativo. Numa sala de emergência dos hospitais e nos centros de crise para a violação e abusos sexuais, os diferentes profissionais, em equipa fazem chegar às sobreviventes o tão necessário apoio. O trabalho em equipa dos diferentes profissionais é imprescindível na

compreensão das necessidades de cada sistema e na conseqüente adaptação às necessidades das sobreviventes (Campbell & Ahrens, 1998). O SARP é um programa desenvolvido para garantir a evolução, desenvolvimento e crescimento dos programas e serviços de apoio na crise para as sobreviventes de violação e abusos sexuais. O SARP visa o *empowerment* da metodologia avaliativa dos programas e esta avaliação conduz a: 1. Maior compreensão por parte dos profissionais das metodologias dos programas e a; 2. Maior adaptação dos programas e serviços às necessidades das sobreviventes e à realidade da comunidade (Campbell et al., 2004).

Segundo O'Sullivan e Carlton, (2001) estes programas e serviços de apoio são mais eficazes quando prestados em centros de crise para a violação e abusos sexuais independentes, e segundo os autores os centros de crise independentes trazem mais benefícios para a comunidade do que os integrados noutros serviços dos diferentes *settings* onde se inserem como hospitais e outras instituições de saúde, polícia e instituições de apoio psicológico e social, porque o foco dos centros de crise para a violação e abusos sexuais é prestar apoio na crise, serviços de apoio médico, legal, psicológico e social, 24 horas (Foley, 1996).

O *recovery* é o passo seguinte ao apoio na crise, reduzir o medo, a ansiedade, a culpa, os problemas de auto-estima, evitar a depressão, o abuso e a dependência do álcool e/ou drogas e outros distúrbios derivados do trauma. Nos centros de crise para a violação e abusos sexuais é sugerido que as sobreviventes integrem grupos de ajuda mútua. De acordo com vários estudos Buchele (2000), Campbell (2001; 2005), Campbell et al. (1999; 2001; 2004), Hébert e Bergeron (2007), Koss (1993), Littleton e Breikopf (2006) a intervenção em grupo é o que se mostra mais eficaz no *recovery* das mulheres sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais e/ou de violência física. Os grupos de ajuda mútua trazem grandes benefícios para as sobreviventes na medida em que a partilha de experiências e a identificação ao problema, levam a uma redução da culpa, estigmatização, ansiedade e da assertividade. Promovem a auto-estima, o suporte social e evitam o isolamento. Para LeVay e Valente (2006) este suporte psicológico continuado permite que as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais façam o *recovery*.

## O apoio na crise em Portugal

Na Europa o *Rape Crisis Network Europe* coordena os serviços de apoio para as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais (Campbell & Martin, 2001), em Portugal estes serviços são assegurados pela Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV). A AMCV presta apoio às mulheres e crianças sobreviventes de violência. Com base nos Direitos Humanos a AMCV rege-se por determinados princípios de intervenção que defendem os direitos das mulheres. Para a AMVC os direitos das mulheres são direitos humanos universais, indivisíveis e inalienáveis. A violência contra as mulheres é um problema de toda a sociedade e não um problema pessoal (Ornelas, 2008). Numa conferência para os direitos humanos das mulheres Ferreira (2005), refere que a abstenção de responsabilidade e intervenção do Estado na esfera do privado faz com que os crimes de violência física, psicológica e sexual continuem impunes.

No que diz respeito à saúde,

...o direito humano essencial à saúde não é usufruído por muitas mulheres. A falta de meios, de assistência, de informação, de formação das/os profissionais de saúde, a falta de vontade política, a ignorância e desconhecimento generalizados do ciclo de vida das mulheres (...) a falta de respeito generalizada pelo corpo e saúde das mulheres, tudo constituem graves atentados à saúde das mulheres e constantes violações aos princípios (...) relativos ao direito à saúde, sem discriminação (Lopes, 2005, p.170).

A auto-culpabilização, a responsabilização pelo sucedido, a vergonha, o receio da exposição pública e a conseqüente rotulagem social são factores que contribuem para a catastrofização da experiência de violação. Destigmatizar e desconstruir o pêndulo pejorativo que pesa sobre estas mulheres é um passo gigantesco para a nossa sociedade. É urgente sensibilizar, informar, educar toda a comunidade para o crime de violação (Neves & Machado, 2005), criar serviços de apoio na crise, programas coordenados e técnicas especializadas no apoio às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais que recorrem aos hospitais, instituto de medicina legal, polícia e instituições de apoio. O apoio na crise têm um impacto muito positivo na recuperação das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, mas as instituições de apoio portuguesas apresentam dificuldades em prestar esses serviços; Apoio psicológico; Acompanhamento aos hospitais ou a outros serviços de apoio; Campanhas de informação, sensibilização e prevenção (Maria, 2004). Segundo Costa e

Duarte (2000), não há acções de apoio nem de segurança institucional em Portugal, a nossa sociedade não tem consciência da necessidade deste tipo de intervenção. Todavia, o código penal actual, Lei nº 107/99, de 3 de Agosto de 2007, estabeleceu uma rede pública de casas de apoio para as sobreviventes de violência. Sendo as casas de apoio constituídas por uma casa de abrigo e um ou mais centros de atendimento, com vista ao abrigo, atendimento, *recovery* e reencaminhamento das sobreviventes. E mais refere, os serviços prestados através da rede pública e dos centros de atendimento são gratuitos e compete ao Governo, assegurar a respectiva criação, instalação, funcionamento e manutenção (PCM, 2007). Porém, os poucos estudos realizados nesta área, acima referenciados demonstram que tudo está por fazer no que diz respeito à violência sexual e, talvez por essa razão os números reais dos crimes, das vítimas e dos agressores continuem na penumbra, não será a violação e os abusos sexuais um problema mais sério que um murro na cara? (Henderson, 2007). No seguimento deste raciocínio, encerramos este capítulo evocando uma mulher notável da nossa terra, que fez história e que exemplarmente lutou e defendeu os direitos das mulheres Lamas (1952):

(...) há países onde a situação da mulher é na realidade inferior e a sua mentalidade se mantém estacionária, senão retrógrada (...) as causas (...) requerem um estudo atento e sincero, (...) para se anularem as distinções (...) só assim se tornaram iguais perante a lei e perante os seus direitos humanos – não apenas teoricamente, mas na realidade da vida quotidiana e na construção consciente do seu destino e da sua felicidade (p. 646).

## Objectivo

Este estudo teve como objectivo dar resposta às seguintes questões: 1. Porque é que os serviços de apoio na crise para a violação e abusos sexuais nas instituições portuguesas são necessários e urgentes? 2. Como podem esses serviços ser implementados em Portugal?

Neste sentido propusemo-nos alcançar os seguintes objectivos: Apurar o número de sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, com idade igual e superior a 14 anos, que em 2007 e 2008 recorreram aos serviços do INML, da APAV e da AMCV e; caracterizar os serviços proporcionados pelas instituições de apoio às sobreviventes.

As mulheres sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais que procuram apoio na crise em Portugal vêm-se obrigadas a recorrer a vários e complicados circuitos institucionais para obterem esse apoio. Para serviços de emergência médica precisam deslocar-se a um hospital, para realizarem os exames médico-legais ao Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), para apresentarem queixa-crime à polícia, para serviços judiciais à Segurança Social para requererem um advogado público, para apoio emocional e/ou informativo à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) ou à Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV) e para suporte psicológico continuado a um Centro de Saúde. A necessidade deste tipo de serviços de apoio na crise às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, também não está demonstrado na literatura, desta forma este estudo espera também, contribuir para documentação, compreensão e alargamento da consciência social para a necessidade deste tipo de serviços nas instituições portuguesas.

## Método

O método de investigação que utilizámos foi o estudo em contexto múltiplo. O estudo em contexto múltiplo contribui de forma inigualável para a compreensão dos fenómenos individuais, institucionais, sociais e políticos. É o mais indicado para responder a questões do tipo “porquê” e “como”. Investiga o(s) fenómeno(s) no seu contexto actual da vida real onde investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos. O modelo é descritivo e explanatório, centra-se na análise comparativa da vida das mulheres e das instituições, e, as técnicas utilizadas para a recolha de dados são variadas como: análise de literatura; pesquisa de arquivos; questionários; entrevistas e; observações. (Yin, 2001). O estudo em contexto múltiplo é uma compreensiva estratégia de investigação que oferece uma série de benefícios no campo da psicologia comunitária (Campbell & Ahrens, 1998).

O objectivo do nosso estudo centrou-se na resposta às seguintes questões: 1. Porque é que os serviços de apoio na crise para a violação e abusos sexuais nas instituições portuguesas são necessários e urgentes? 2. Como podem esses serviços ser implementados em Portugal?

Desta forma, propusemo-nos investigar o número de sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, que nos últimos dois anos recorreram aos serviços de apoio e ao mesmo tempo descrever os serviços proporcionados pelas instituições de apoio portuguesas às sobreviventes, por estas razões pensámos que o estudo em contexto múltiplo é o que melhor se adequa à nossa investigação.

Campbell e Wasco (2000) referem quatro dimensões da investigação em psicologia: 1º Estender metodologias que incluam métodos quantitativos e qualitativos, 2º Reunir um grupo para a compilação de dados. 3º Reduzir a relação hierárquica entre investigadores e participantes para facilitar a confiança e a revelação dos dados. 4º Reorganizar e reflectir sobre a vida das mulheres, instituições e comunidades.

Tendo em vista a objectividade, o rigor e a imparcialidade do estudo recolhemos os dados para a nossa investigação junto das instituições estudadas. Para apurarmos o número de sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, com idade igual e superior a 14 anos, que nos últimos 2 anos recorreram aos serviços do INML, da APAV e da AMCV utilizámos metodologias quantitativas, e assim trabalhámos a informação que recebemos dos arquivos da base dados das respectivas instituições. Para a caracterização dos serviços proporcionados às sobreviventes, utilizámos metodologias qualitativas, recorremos a uma amostra por conveniência, um profissional da APAV e um profissional da AMCV que prestasse serviços às sobreviventes e, através de uma entrevista semi-estruturada solicitámos o preenchimento de um questionário, com respostas abertas e fechadas. Por fim, fizemos a análise comparativa dos serviços de apoio prestados pelas duas instituições às sobreviventes.

## Participantes

Para fazermos a selecção das instituições que prestam apoio na crise às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais pesquisamos várias fontes de informação, como a internet, revistas e jornais científicos. Concluimos que não existe em Portugal serviços de apoio na crise especializados para a violação e abusos sexuais, contudo identificámos cinco instituições de âmbito nacional que isoladamente prestam serviços diferenciados às sobreviventes: a polícia; os hospitais, o Instituto Nacional de Medicina

Legal (INML), a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) e a Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV). Excluimos a polícia e os hospitais que pelas suas características específicas não serviriam para este estudo e centrámo-nos no contacto com as restantes instituições.

Interessou-nos contactar o INML, a APAV e a AMCV porque são instituições que servem de forma singular e diferenciada as sobreviventes de violência física e sexual. Os serviços prestados às sobreviventes diferem de acordo com os objectivos estatutários de cada instituição por essa razão, passamos a descrevê-los sintetizadamente: O INML presta serviços no âmbito da realização de exames e perícias em pessoas, para descrição e avaliação dos danos provocados na integridade psico-física, nos diversos domínios do direito, designadamente no âmbito do direito penal, civil e do trabalho, e da realização de perícias e exames psiquiátricos e psicológicos quando solicitados ao INML. Estes exames e serviços podem ser requeridos pelos mais diversos serviços públicos e privados; A APAV apoia de forma individualizada, qualificada e humanizada as vítimas de crimes, através da prestação de serviços gratuitos e confidenciais. Os objectivos da APAV são promover a protecção e o apoio às vítimas de infracções penais, em particular às mais carenciadas, designadamente através da informação, do atendimento personalizado e encaminhamento, do apoio moral, social, jurídico, psicológico e económico. Colaborar com as entidades competentes da administração da justiça, polícias, de segurança social, da saúde, bem como as autarquias locais, regiões autónomas e outras entidades públicas ou particulares de infracções penais e respectivas famílias. Incentivar e promover a solidariedade social, designadamente através da formação e gestão de redes de cooperadores voluntários e do mecenato social, bem como da mediação vítima-infractor e outras práticas de justiça restaurativa. Fomentar e patrocinar a realização de investigação e estudos sobre os problemas da vítima, para a mais adequada satisfação dos seus interesses. Promover e participar em programas, projectos e acções de informação e sensibilização da opinião pública. Contribuir para a adopção de medidas legislativas, regulamentares e administrativas, facilitadoras da defesa, protecção e apoio à vítima de infracções penais, com vista à prevenção dos riscos de vitimização e atenuação dos seus efeitos. Estabelecer contactos com organismos internacionais e colaborar com entidades que em outros países prosseguem fins análogos; Por fim, a AMCV centra-se no apoio especializado a mulheres, crianças e jovens sobreviventes de violência, e disponibiliza gratuitamente serviços de atendimento telefónico especializado. Atendimento e acompanhamento individual.

Aconselhamento jurídico. Emprego apoiado. Apoio psicológico para mulheres e crianças. Grupos de ajuda mútua. Fórum para jovens. Documentação e refúgios.

Para a estatística recebemos dados das três instituições: INML; APAV e; AMCV. Às três instituições solicitámos via telefone e e-mail o número de sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, com idade igual e superior a 14 anos, que nos últimos 2 anos recorreram à prestação dos serviços das respectivas instituições.

Posteriormente o INML enviou-nos os dados informatizados, via e-mail das três delegações: Centro (Coimbra); Sul (Lisboa) e; Norte (Porto) onde se incluem os 31 gabinetes, nomeadamente Almada, Angra do Heroísmo, Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Cascais, Castelo Branco, Chaves, Covilhã, Évora, Faro, Figueira da Foz, Funchal, Guarda, Guimarães, Leiria, Penafiel, Ponta Delgada, Portalegre, Portimão, Santa Maria da Feira, Santarém, Santiago do Cacém, Setúbal, Tomar, Torres Vedras, Viana do Castelo, Vila Franca de Xira, Vila Real e Viseu.

O departamento de estatística da APAV facultou-nos os dados tratados informaticamente por e-mail dos 15 gabinetes de apoio à vítima, situados em Albufeira, Braga, Cascais, Coimbra, Faro, Lisboa, Loulé, Odivelas, Ponta Delgada, Portimão, Porto, Santarém, Setúbal, Tavira e Vila Real.

A Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV) com sede em Lisboa enviou-nos, também por e-mail os dados informatizados referente às sobreviventes que no âmbito nacional contactaram a sua instituição.

Para a caracterização dos serviços proporcionados às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais colaboraram neste estudo dois profissionais: Um profissional da APAV e; um profissional da AMCV.

Requeremos por e-mail a participação de um profissional de cada instituição que prestasse serviços às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais e solicitámos uma entrevista para o preenchimento de um questionário remetido antecipadamente com os objectivos do estudo.

Depois fomos contactados pela APAV e pela AMCV para a realização da entrevista. Os profissionais entrevistados são ambos do sexo feminino, um dos profissionais tem entre 20 a 30 anos e o outro entre 40 a 50 anos. Possuem ambos habilitações superiores e pós-superiores, um dos profissionais presta apoio social às sobreviventes e o outro profissional atendimento, acompanhamento individual, segurança e avaliação do risco. Os dois

profissionais têm um horário fixo de trabalho na instituição onde colaboram respectivamente.

## Procedimento

O nosso primeiro contacto com as instituições, a sede do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), situada em Coimbra, a Associação de Apoio à Vítima (APAV) e por fim a Associação de Mulheres Contra a Violência foi telefónico, solicitámos às instituições e aos profissionais colaboração no nosso estudo e na sequência desse contacto foi-nos sugerido que formalizássemos o pedido aos responsáveis das instituições por e-mail e que juntamente enviássemos os objectivos e o respectivo questionário. Mais tarde o INML respondeu-nos que por carência de profissionais de medicina-legal e que, por consequente falta de disponibilidade, o INML aceitaria, apenas, colaborar na estatística deste trabalho, já a APAV e a AMCV aceitaram participar na estatística e no preenchimento do questionário para a caracterização dos serviços proporcionados às sobreviventes. Algum tempo depois o INML, a APAV e a AMCV enviaram-nos por e-mail os dados informatizados com o número de sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, maiores de 14 anos, que em 2007 e 2008 requereram os seus serviços.

Posteriormente fomos novamente contactados pela APAV e pela AMCV para agendarmos a entrevista e à data e hora propostos pelas mesmas realizámos as entrevistas.

O local da entrevista foi as instalações das respectivas instituições, num gabinete escolhido para o efeito. O procedimento seguinte foi, uma vez mais, informar os profissionais quanto aos objectivos do estudo e solicitar-lhes formalmente a sua autorização para a realização da entrevista, de seguida passámos, então, à recolha dos dados. Pedimos aos profissionais que respondessem às questões do questionário. Todas as questões abordadas foram colocadas aos dois profissionais pela mesma ordem do questionário. As duas entrevistas tiveram a duração média de 40 a 50 minutos. No final de cada entrevista perguntamos aos dois profissionais se existiam questões que considerassem pertinentes para o estudo que não tivessem sido abordadas durante o questionário e no caso de existirem que as referissem. Por fim agradecemos aos profissionais o tempo, disponibilidade dispensada e a colaboração no estudo.

As entrevistas com os profissionais foram muito enriquecedoras e permitiu-nos após o tratamento e análise de dados cumprir com o objectivo ao qual nos tínhamos proposto: a caracterização dos serviços de apoio prestados às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais.

## Instrumento

O instrumento utilizado para a caracterização dos serviços que a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), e a Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV), (ver anexo 3) proporcionam às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, foi produzido a partir do questionário aplicado por Campbell et al. (2008) e adaptado às questões da nossa investigação (ver anexo 4). A adaptação foi necessária visto que os objectivos dos dois estudos são um pouco diferentes. A nossa investigação visou a caracterização dos serviços, já a dos autores referidos, acima, a análise à eficácia dos serviços.

O questionário foi aplicado a um profissional da APAV e a outro da AMCV. Teve como objectivo principal a caracterização dos serviços prestados pelas instituições de apoio às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais e para melhor compreensão, tratamento e análise de dados foi ordenado em cinco itens: 1. Informação sobre os serviços de apoio prestados pela comunidade. 2. Informação sobre os serviços de apoio prestados. 3. Informação sobre os dados recolhidos. 4. Informação sobre os serviços prestados por outras instituições de apoio. 5. Informação pessoal (do profissional).

## Análise dos resultados

A parte empírica do nosso trabalho incluiu duas tarefas. A primeira apurar o número de sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, com idade igual e superior a 14 anos, que nos últimos 2 anos recorreram aos serviços do Instituto Nacional de Medicina Legal

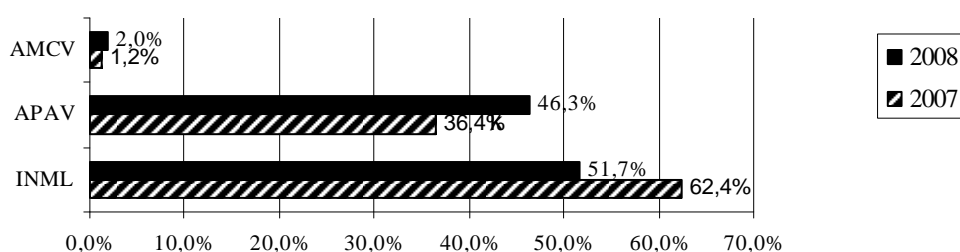
(INML), da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) e da Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV). A segunda passar um questionário aos profissionais das instituições de apoio com a finalidade de caracterizar os serviços proporcionados às sobreviventes.

## I. Análise dos resultados estatísticos

Nos últimos dois anos recorreram aos serviços de apoio do INML, APAV e AMCV 1087 sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais com idade igual e superior a 14 anos, 58,7% no ano de 2007 e 41,3% no ano de 2008, os resultados revelam que a procura destes serviços desceu 17,4% de 2007 para 2008.

Aos serviços do INML recorreram 62,4% sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais em 2007 e 51,7% em 2008. Aos serviços da APAV recorreram 36,4% em 2007 e 46,3% em 2008. Aos serviços da AMCV recorreram 1,2% em 2007 e 2% em 2008 – ver gráfico 1.

Gráfico 1: Procura de serviços do INML, APAV e AMCV



Em 2007 e 2008 os serviços do INML foram os mais procurados pelas sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais (58%), a seguir os serviços da APAV (40,5%) e por fim os serviços da AMCV (1,5%). As sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais recorreram mais aos serviços do INML quando se compara com a procura de serviços da APAV e da AMCV todavia os resultados indicam uma descida de 10,7% na procura dos serviços do INML do ano de 2007 para 2008, já a procura de serviços da APAV e da AMCV subiram (9,9%) e (0,8%) respectivamente – ver gráfico 1.

Para analisarmos os resultados estatísticos das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais, com idade igual e superior a 14 anos, que nos últimos dois anos, recorreram

aos serviços de apoio das três instituições estudadas, segundo a localização onde receberam esse apoio dividimos as localizações das delegações e gabinetes do INML e da APAV em três regiões do país de acordo com a organização do INML: norte; centro e; sul.

A AMCV presta serviços de apoio somente em Lisboa mas tendo em conta que aos seus serviços recorrem sobreviventes de todo o país, solicitámos aos colaboradores da instituição que aceitaram participar neste estudo que nos revelassem as localidades das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais para que as pudessemos incluir e distribuir igualmente pelas três regiões do país.

Tabela 1. Percentagem de sobreviventes com idade igual e superior a 14 anos que no ano de 2007 e 2008 recorreram a serviços de apoio no norte do país.

	2007			2008		
	INML	APAV	AMCV	INML	APAV	AMCV
Norte						
Braga	5,4	14,0	0,0	6,5	34,1	0,0
Bragança*	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0
Chaves*	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0
Guimarães*	0,0	0,0	0,0	6,5	0,0	0,0
Mirandela*	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Penafial*	9,0	0,0	100,0	7,9	0,0	0,0
Porto	57,7	69,8	0,0	52,5	56,1	0,0
Sta. M. Feira*	14,4	0,0	0,0	9,4	0,0	0,0
Viana Castelo*	12,6	0,0	0,0	8,6	0,0	0,0
Vila Real	0,0	16,2	0,0	2,1	9,8	0,0

Nota. \* - Localização de gabinetes exclusivamente do INML.

Na região norte do país, ver tabela 1, o Porto foi a localidade que nos últimos 2 anos registou uma maior procura de serviços de apoio. Ao INML do Porto recorreram 57,7% sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais em 2007 e 52,5% em 2008. Aos serviços da APAV do Porto 69,8% no ano de 2007 e 56,1% no ano de 2008.

A seguir as localidades no norte do país mais procuradas pelas sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais para obterem serviços do INML nos últimos 2 anos foram Santa Maria da Feira com 14,4% e 9,4%, depois Viana do Castelo com 12,6% e 8,6%, Penafiel com 9% e 7,9% e Braga com 5,4% e 6,5%.

As localidades a seguir ao Porto que registaram a taxa mais elevada de procura de serviços da APAV foram Vila Real com 16,2% em 2007 e Braga com 34,1% em 2008.

Aos serviços de apoio da AMCV recorreram em 2007, 100% de sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais da localidade de Penafiel.

O resultado total da procura de serviços de apoio às três instituições investigadas em toda a região norte nos dois últimos anos mostra que a maior percentagem, 56,7% de sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais recorreu à zona do Porto, 10,4% à zona de Braga e 8,7% à zona de Santa Maria da Feira.

Tabela 2. Percentagem de sobreviventes com idade igual e superior a 14 anos que no ano de 2007 e 2008 recorreram a serviços de apoio no centro do país.

Centro	2007			2008		
	INML	APAV	AMCV	INML	APAV	AMCV
Abrantes*	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A. Heroísmo*	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0
Aveiro*	10,6	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0
Cast. Branco*	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Coimbra	23,4	88,2	100,0	80,0	57,1	0,0
Covilhã*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Figueira Foz*	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Funchal*	13,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Guarda*	8,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Leiria*	11,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ponta Delgada	8,5	11,8	0,0	4,0	42,9	0,0
Tomar*	6,4	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0
Viseu*	3,3	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0

Nota. \* - Localização de gabinetes exclusivamente do INML.

Coimbra foi a localidade na região centro do país que apresentou maior procura de serviços de apoio por parte das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais em 2007 e 2008, ver tabela 2, aos serviços do INML recorreram 23,4% e 80%, aos serviços da APAV 88,2% e 57,1% e aos serviços da AMCV 100% em 2007.

A seguir procuraram os serviços do INML do Funchal 13,8%, Leiria 11,7% e Aveiro 10,6% em 2007. No ano de 2008, 4% das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais recorreram aos serviços do INML nas localidades de Angra do Heroísmo, Aveiro, Ponta Delgada, Tomar e Funchal.

No centro do país a APAV possui gabinetes unicamente em Coimbra e Ponta Delgada desta forma Ponta Delgada registou uma procura de 11,8% em 2007 e 42,9% em 2008.

Os resultados da procura de serviços de apoio às três instituições estudadas, nos anos de 2007 e 2008 revelaram que a taxa mais alta, 44,1% de sobreviventes de violação e/ou abusos sexuais recorreu aos serviços de apoio de Coimbra, 11,2% a Ponta Delgada e 8,6% ao Funchal.

Tabela 3. Percentagem de sobreviventes com idade igual e superior a 14 anos que no ano de 2007 e 2008 recorreram a serviços de apoio no sul do país.

Sul	2007			2008		
	INML	APAV	AMCV	INML	APAV	AMCV
Albufeira#	0,0	0,5	0,0	0,0	2,1	0,0
Beja*	1,0	0,0	20,0	5,9	0,0	11,1
Cascais#	0,0	27,3	0,0	0,0	27,5	0,0
Évora*	1,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0
Faro	0,0	4,1	0,0	10,3	5,2	0,0
Lisboa	94,3	43,0	80,0	66,2	44,4	77,8
Loulé#	0,0	4,7	0,0	0,0	1,3	0,0
Odivelas#	0,0	3,5	0,0	0,0	1,3	0,0
Portalegre*	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Portimão	2,7	4,7	0,0	4,4	5,2	0,0
Santarém#	0,0	4,1	0,0	0,0	5,2	11,1
Sant. Cacém*	0,0	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0
Setúbal#	0,0	7,6	0,0	0,0	7,8	0,0
Tavira#	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
T. Vedras*	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0
Vila F. Xira*	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0

Nota. \* - Localização de gabinetes exclusivamente do INML; # Localização de gabinetes exclusivamente da APAV.

No sul do país, ver tabela 3, Lisboa foi a localidade que em 2007 e 2008 apresentou maior procura de serviços de apoio. Aos serviços de apoio do INML de Lisboa recorreram 94,3% e 66,2%, aos serviços da APAV 43,0% e 44,4% e por fim aos serviços da AMCV 80% e 77,8%.

Em 2007, Portimão foi a segunda localidade da região sul do país a apresentar a percentagem mais elevada de procura de serviços do INML (2,7%). Em 2008 a segunda

localidade a apresentar a taxa mais elevada de procura de serviços do INML foi Faro com 10,3%.

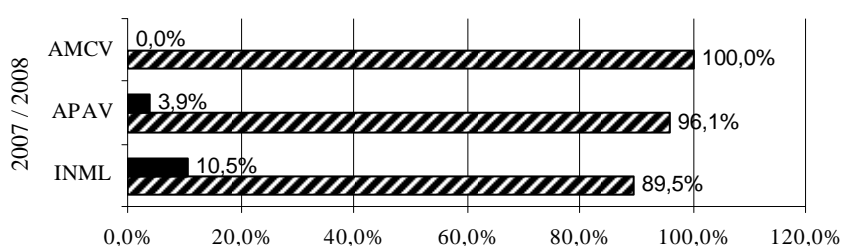
No que diz respeito à procura de serviços da APAV Cascais é a localidade que em 2007 e 2008 apresentou a segunda taxa mais elevada 27,3% e 27,5%, depois Setúbal com 7,6% e 7,8%.

A segunda localidade a registar uma maior procura de serviços da AMCV em 2007 e 2008 foi Beja com 20% e 11,1%.

Os resultados da procura de serviços de apoio às três instituições investigadas de toda a região sul mostram que a maior taxa, 63,3% de sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais recorreu a Lisboa, 14,8% a Cascais e 4,2% a Setúbal.

A nível nacional observámos que Lisboa foi a localidade que em 2007 e 2008 registou a taxa mais elevada de procura de serviços de apoio 40,7% e 26,7%, a seguir o Porto com 14,7% e 21,3%, depois Cascais com 7,3% e 9,3%, e Coimbra com 6,1% e 6,2%. À excepção de Lisboa que de 2007 para 2008 registou uma descida de 14% as restantes localidades que apresentaram taxas mais significativas a nível nacional (Porto, Cascais e Coimbra) apresentaram um aumento da procura de serviços de apoio.

Gráfico 2: Procura de serviços de apoio segundo o sexo



Na análise que fizemos à procura de serviços segundo o sexo não excluimos os resultados da AMCV porque foi-nos comunicado pela responsável que nos forneceu os dados que a instituição dá apoio a sobreviventes do sexo masculino quando acompanhados por familiares do sexo feminino também elas vítimas de violência física, psicológica e sexual, desta forma nestes dois últimos anos procuraram os serviços de apoio do INML, da APAV e da AMCV 92,4% sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais do sexo feminino e 7,6% do sexo masculino, 93,4% mulheres e 6,6% homens em 2007 e 90,9% mulheres e 9,1% homens em 2008.

Aos serviços do INML nos anos de 2007 e 2008 recorreram 89,5% mulheres e 10,5% homens. Aos serviços da APAV 96,1% mulheres e 3,9% de homens e aos serviços da AMCV 100% mulheres.

Os resultados revelam que a percentagem feminina que recorreu nos últimos dois anos aos serviços de apoio das três instituições investigadas foi muito superior à masculina (84,8%) – ver gráfico 2.

## I.I. Análise dos resultados dos questionários

Para melhor compreensão, tratamento e análise dos dados o questionário aplicado a um profissional da APAV e a outro da AMCV foi ordenado em cinco itens: 1. Informação sobre os serviços de apoio prestados pela comunidade. 2. Informação sobre os serviços de apoio prestados. 3. Informação sobre os dados recolhidos. 4. Informação sobre os serviços prestados por outras instituições de apoio. 5. Informação pessoal (do profissional).

Ao analisarmos os resultados do inquérito quanto à informação sobre os serviços de apoio prestados pela comunidade verificamos que os dois profissionais referem que existe na comunidade serviços de saúde, exames forenses, linha telefónica de emergência e apoio jurídico.

Só um dos profissionais admite existir na comunidade apoio informativo, social, psicológico e comunitário.

Os dois profissionais referem que não existe na comunidade suporte psicológico continuado nem grupos de ajuda mútua. O suporte psicológico continuado existente em Portugal é inacessível às sobreviventes por razões económicas e por desconhecimento por parte da sobrevivente, já os grupos de ajuda mútua para as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais não existem e há um desconhecimento funcional dos grupos por parte das sobreviventes e de um dos profissionais.

A análise dos resultados do item 2, informação sobre os serviços de apoio prestados pela instituição o profissional da APAV revela-nos que a associação tem protocolos com a polícia, GNR, ministérios da justiça, saúde e da segurança social, rede contra o terrorismo,

fórum de apoio à vítima e câmaras municipais, mas não tem protocolos de parceria com hospitais públicos ou privados, centros de saúde ou clínicas privadas de saúde, com o Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), com a Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV), tribunais e escritórios de advogados, já a AMCV não tem protocolos com nenhuma das instituições, porém coordena os serviços de apoio às sobreviventes de violência doméstica com os serviços de saúde pública, tribunais e com os serviços da Maternidade Alfredo da Costa.

Quanto aos serviços proporcionados às sobreviventes de violação verificamos que nenhuma das instituições dispõe de uma linha de emergência 24h por dia, sete dias por semana. Nenhuma das instituições faculta informação sobre os riscos de contrair o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, informação sobre o risco de gravidez e sobre o aborto. Nenhuma das instituições proporciona roupas de emergência e nenhuma das duas instituições têm grupos de ajuda mútua para sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais. A APAV presta apoio psicológico, na crise, antes e depois dos testes ao HIV e gravidez mas, apenas, quando este é requisitado pela sobrevivente. Por fim oferece protocolo de tratamento (encaminhamento) para a violação. A AMCV presta apoio psicológico na crise, apenas e, quando a violação ocorre no contexto da violência doméstica.

Ambas as instituições dispõem de sala privada, mas só a APAV proporciona luz ténue. As duas instituições facultam informação sobre a violação.

Ao analisarmos os dados do item 3, informação sobre os dados recolhidos pela instituição constatamos que ambas as instituições recolhem os seguintes dados da sobrevivente: nome; idade; género; raça/etnia; contactos e; relação com o agressor e registo das agressões físicas. A APAV regista, ainda, o estado emocional da sobrevivente na altura e depois do incidente. Mas nenhum dos profissionais regista o tipo de violação (penetração vaginal, oral ou anal).

Sobre o agressor as duas instituições garantem perguntar à sobrevivente a idade aproximada do agressor, o género, raça/etnia, arma utilizada, se foi preso, se já foi preso antes e se já existiam incidentes antes entre a sobrevivente e o agressor. A APAV questiona ainda se o agressor solicitou sexo consensual, se declarou a razão, se utilizou preservativo e se ejaculou.

Sobre o incidente ambas as instituições declararam registrar a data do incidente e a localização onde ocorreu o mesmo, mas só a APAV registra a hora, as testemunhas presentes e o tempo entre o incidente e os exames.

Os resultados do item 4, informação sobre os serviços prestados por outras instituições de apoio verificamos que as duas instituições perguntam à sobrevivente se ela fez os exames forenses e se ela não fez perguntam se está capaz de o fazer e solicitam consentimento para contactar o INML, contactam o INML e informam-na sobre o procedimentos forenses, mas nenhuma das duas instituições proporciona transporte entre a sua instituição e o INML. A APAV regista ainda a data da realização dos exames e o tempo entre o incidente e os exames forenses. Nenhuma das instituições pergunta à sobrevivente se o INML recolheu a história, as evidências e provas do crime e se guardam sigilo das mesmas. As duas instituições não perguntam, também, sobre as evidências e provas que o INML não recolheu, ou se fez o despiste de gravidez, HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, ou se recebeu a pílula do dia seguinte.

Quanto à informação que as duas instituições recolhem sobre os serviços prestados pela polícia ambas referem que perguntam à sobrevivente se ela fez participação à polícia, e se a sobrevivente não o fez, questionam se está disposta a fazê-lo, solicitam consentimento para o fazer, contactam a polícia, facultam informação e aconselhamento sobre a legislação, mas não facultam transporte entre a sua instituição e a polícia. Se a sobrevivente de violação fez a participação à polícia registam a data da participação e o tempo entre o incidente e a participação. A APAV ainda pergunta à sobrevivente quem fez a participação à polícia, mas nenhuma das instituições questiona a sobrevivente sobre serviço prestado pela polícia. As duas instituições não perguntam à sobrevivente se a polícia registou as agressões, ou o que é que a polícia não registou sobre a sobrevivente, agressor e incidente.

Quanto ao último item, o item 5 dedicado à informação pessoal do profissional, ambos os profissionais responderam que têm um horário fixo de trabalho de segunda a sexta-feira, bem com a instituição de apoio onde trabalham. Na prestação de serviços às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais os dois profissionais cooperam com outros profissionais psicólogos, assistentes sociais, polícia, advogados, a profissional da APAV colabora ainda com profissionais do INML, e a profissional da AMCV com profissionais do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Mas nenhum dos dois profissionais colabora com

médicos ou enfermeiros. As duas instituições têm outros profissionais habilitados a prestar apoio às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais.

Os profissionais questionados guardam sigilo da história e consideram a violação um problema sério e garantem que os outros profissionais com quem colaboram também. Ambos admitiram que o estado emocional das sobreviventes é tido em conta na interação e sugerem suporte psicológico continuado às sobreviventes, quando perguntámos que tipo de suporte sugerem e o local onde as sobreviventes o poderiam requerer, os dois profissionais limitaram a sua resposta ao local e apesar de reconhecerem as fragilidades dos serviços indicaram a sua instituição e os serviços dos centros de saúde como recurso.

Os dois profissionais confessam estar preparados para lidar com as sobreviventes e quando perguntámos o que é que a sua instituição podia proporcionar às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais para dar uma resposta mais rápida e eficaz às suas necessidades a profissional da APAV dá ênfase ao apoio aos familiares e amigos das sobreviventes. Serviços coordenados entre as instituições, trabalho em equipa e formação dos técnicos. A profissional da AMCV refere a necessidade de centros de crise para a violação e abusos sexuais, com uma equipa técnica especializada, 24 horas por dia para trabalhar com as sobreviventes. Por fim perguntámos como profissional o que consideravam ser importante para melhorar a qualidade de vida das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais e os dois profissionais referem um aumento dos serviços públicos, nomeadamente ligados ao suporte psicológico continuado e grupos de ajuda mútua. No âmbito jurídico referem a necessidade de alteração das leis no sentido de protegerem mais eficazmente os interesses das sobreviventes. A profissional da AMCV refere ainda processos jurídicos mais céleres e perícias mais eficazes.

## Discussão dos resultados

Num universo em que a grande maioria dos crimes de violação e abusos sexuais são mantidos em segredo (Clay-Warner & Burt, 2005; Chrisler & Fergusson, 2006; Grams et al., 1996), apurámos que nos anos de 2007 e 2008 mil e oitenta e sete sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais com idade igual e superior a 14 anos recorreram aos serviços de apoio do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), da Associação de

Mulheres Contra a Violência (APAV) e da Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV), mais 17,4% em 2007 que em 2008.

Os serviços de apoio do INML foram os mais procurados pelas sobreviventes. Recorreram aos serviços do INML mais 17,5% sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais que aos serviços da APAV, e mais 56,4% que aos serviços da AMCV, no entanto a procura de serviços do INML desceu de 2007 e 2008. São da responsabilidade do INML os exames médico-legais e de acordo com Campbell e Raja (1999) estes são sentidos pelas sobreviventes como mais uma experiência traumatizante. Neves e Machado (2005) avançam que pela complexidade do prejuízo da colheita de provas, e dos processos de avaliação psicológica, estes só deveriam ser executados por profissionais com formação técnico-científica específica na área da vitimação, domínio das técnicas, dos recursos e dos instrumentos indispensáveis para intervenção na crise.

Na análise que fizemos quanto à procura de serviços pelas três regiões do país observamos que em 2007 e 2008, as taxas mais elevadas na região norte do país couberam ao Porto 56,7% e a Braga 10,4%, na região centro a Coimbra 44,1% e a Ponta Delgada 11,2%, na região sul a Lisboa 63,3% e a Cascais 14,8%.

A nível nacional Lisboa foi a localidade que em 2007 e 2008 registou a taxa mais elevada de procura de serviços de apoio 40,7% e 26,7%, depois o Porto com 14,7% e 21,3%, a seguir Cascais com 7,3% e 9,3%, e Coimbra com 6,1% e 6,2%. Os resultados sugerem que há uma maior procura de serviços de apoio nas grandes cidades.

No que diz respeito ao sexo, em 2007 e 2008 procuraram os serviços de apoio do INML, APAV, e AMCV 92,4% sobreviventes do sexo feminino e 7,6% do sexo masculino, sendo a taxa feminina 84,8% superior à dos homens, os resultados encontrados corroboram com os estudos de Bailey et al. (2003) e Tjaden e Thoennes (1998).

Passando agora aos resultados da caracterização dos serviços de apoio constatámos que a comunidade proporciona às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais serviços de saúde, exames forenses e apoio jurídico. Contudo, não existe na comunidade apoio psicológico continuado e grupos de ajuda mútua, e ainda que condicionado das 9 às 18 horas, de segunda a sexta-feira só a APAV proporciona apoio informativo, social, psicológico e comunitário.

As instituições de apoio não têm protocolos com hospitais, centros de saúde, Instituto Nacional de Medicina Legal, nem com outras instituições de apoio e somente a APAV tem protocolo com a polícia. Os resultados sugerem que não existe na comunidade coordenação de serviços nem trabalho em equipa entre os diversos profissionais que prestam serviços de apoio às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais e segundo os vários estudos mencionados logo na introdução deste trabalho as sobreviventes quando recorrerem a instituições de apoio sem apoio na crise enfrentam inúmeros entraves, que depois da violação esses obstáculos podem traduzir-se num exacerbamento do trauma. Como prevenção da vitimização secundária os estudos de Campbell, Patterson e Lichty (2005) e Campbell (2006) dão conta de que ela é significativamente inferior nas comunidades com serviços de apoio na crise e programas coordenados como o SANE e/ou o SART.

Apurámos também que não existe uma linha de emergência 24 horas, sete dias por semana para as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais em Portugal e que as instituições de apoio e os profissionais que prestam serviços às sobreviventes têm um horário fixo de trabalho, das 9 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, todavia o resultado de um estudo de Barroso (2007) realizado em Portugal constatou que os crimes contra a integridade física, psicológica e sexual ocorrem sobretudo à noite (62,5%) e durante o dia ao fim-de-semana, os resultados voltam a sugerir que as instituições de apoio em Portugal não dão resposta na crise à maioria das sobreviventes. De acordo com LeVay e Valente (2006) são inúmeros os benefícios da linha de emergência 24 horas, porque para além de ser um serviço que responde às necessidades imediatas das sobreviventes é também uma medida de prevenção da violação e dos abusos sexuais.

Os resultados demonstraram, ainda que as instituições de apoio às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais não facultam informação sobre o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, risco de gravidez e sobre o aborto, de acordo com Campbell et al. (1999; 2001) e Logan et al. (2005) esta falta é o factor que mais contribui para a vitimização secundária. A APAV presta apoio psicológico na crise (das 9 às 18 horas de segunda a sexta-feira), mas antes e depois dos testes só quando este é solicitado pelas sobreviventes. As duas instituições facultam informação sobre a violação, recolhem os dados da sobrevivente, do agressor e do incidente, questionam e informam sobre os exames forenses. Contudo, não proporcionam roupas de emergência e transporte entre a sua e outras

instituições, também não perguntam sobre os serviços prestados por outras instituições de apoio nomeadamente o INML e a polícia.

À exceção de médicos e enfermeiros os dois profissionais admitem colaborar com outros profissionais no apoio às sobreviventes e confessam existir mais profissionais na instituição habilitados a prestar esse apoio. Asseguram que todos os profissionais da sua instituição guardam sigilo da história e consideram a violação um problema sério.

Os profissionais questionados sugerem apoio psicológico continuado às sobreviventes e apesar de reconhecerem as fragilidades do apoio indicaram a sua instituição e os serviços dos centros de saúde como recurso. As fragilidades do apoio psicológico continuado reconhecido pelos dois profissionais leva-nos a lembrar que as consequências psicológicas da violação são mais dolorosas quando comparadas com as lesões físicas (Frieze, Hymer & Greenberg, 1997), por esta razão as sobreviventes que recorrem aos centros de crise para a violação e abusos sexuais são imediatamente aconselhadas a integrar grupos de ajuda mútua (Campbell, 2001; 2005; Koss, 1993).

Para uma resposta mais rápida e eficaz às necessidades das sobreviventes os profissionais das duas instituições consideram fundamental a alteração das leis para que estas protejam melhor e mais eficazmente os interesses das mulheres sobreviventes do crime de violação e/ou de abusos sexuais, processos jurídicos mais céleres, perícias mais eficazes, a formação dos técnicos, o trabalho em equipa, serviços coordenados entre as diversas instituições envolvidas, suporte psicológico continuado e a fundação de centros de crise para a violação e abusos sexuais.

## Conclusão

Apurámos que 1087 sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais recorreram nos últimos 2 anos aos serviços de apoio do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), da Associação de Mulheres Contra a Violência (APAV) e da Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV).

Os serviços de apoio do INML foram os mais procurados pelas sobreviventes, no entanto de 2007 para 2008 esta procura desceu 10,7%.

Lisboa foi a localidade que registou a taxa mais elevada de procura de serviços de apoio, a seguir o Porto, Cascais e Coimbra.

Os resultados da estatística mostraram também, que a taxa de procura de serviços de apoio foi muito superior nas sobreviventes do sexo feminino.

A caracterização dos serviços de apoio na crise permitiu mostrar que a comunidade proporciona às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais serviços de saúde, exames forenses e apoio jurídico, e ainda que limitado só uma das instituições de apoio em Portugal oferece apoio informativo, social, psicológico e comunitário às sobreviventes.

Não há na comunidade protocolos entre as diversas instituições que prestam apoio às sobreviventes, linha de emergência 24 horas, suporte psicológico continuado e grupos de ajuda mútua.

Os nossos resultados demonstraram, também, que as instituições de apoio em Portugal não facultam informação sobre o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, risco de gravidez e aborto.

Os resultados à caracterização dos serviços sugerem que não existe em Portugal serviços de apoio na crise com programas coordenados de intervenção na crise e prevenção da violação e dos abusos sexuais, equipas treinadas e profissionais com formação no apoio na crise para as sobreviventes de violação e de abusos sexuais.

As implicações teóricas deste estudo visam: 1. Tornar visível o número de sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais que procuraram apoio nas instituições portuguesas. 2. Documentar os serviços de apoio na crise disponíveis nas instituições e na comunidade para elas. As implicações práticas prendem-se com a compreensão e com o aumento da consciência social para a necessidade de serviços mais compreensivos e adaptados às necessidades das sobreviventes.

As limitações do nosso estudo situaram-se ao nível da identificação das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais que recorreram a mais que uma instituição e ao nível da caracterização dos serviços de apoio fora de Lisboa.

Para investigações futuras sugerimos o estudo às barreiras que as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais encontram no longo percurso institucional e no contacto com o sistema, serviços e profissionais.

Como intervenção prática seria indispensável que quarenta anos depois do surgimento dos centros de crise para a violação e abusos sexuais nos E.U.A. as entidades governamentais assegurassem o mesmo direito à saúde às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais em Portugal, para que as sobreviventes não tenham que esperar 12 horas por um médico de medicina legal nos hospitais portugueses, sem irem à casa de banho, sem se poderem lavar, comer ou beber (para não destruírem as provas do crime) e sem apoio psicológico como aconteceu com uma sobrevivente de violação, com 17 anos de idade quando recorreu ao hospital de Santa Maria em Lisboa no passado dia 18 de Agosto de 2009 e tornado público através dos principais canais televisivos portugueses.

Porque sempre que uma sobrevivente de violação e/ou de abusos sexuais procura ajuda nas instituições publicas portuguesas um direito humano é violado, julgamos que seria necessário e urgente que os decisores governamentais garantissem a estas mulheres o direito básico à saúde pública e implementassem em Portugal: 1. Programas de intervenção na crise e de prevenção da violação e dos abusos sexuais como o SANE e o SART no sistema de saúde, polícia e instituições de apoio; 2. Abertura dos cursos de formação em técnicas forenses às enfermeiras, para apoio 24h por dia nos hospitais; 3. Salas de emergência em todos os hospitais públicos para realização dos exames médico-legais; 4. Formação em intervenção na crise dos profissionais de saúde, advogados, oficiais de polícia, psicólogos e assistentes sociais; 5. Serviços coordenados entre os diversos sistemas envolvidos no apoio às sobreviventes, familiares e amigos; 6. Equipas de profissionais especializados na intervenção na crise; 7. Linha de emergência 24 horas por dia, sete dias por semana; 8. Fundação de centros de apoio na crise para a violação e abusos sexuais; 9. Grupos de ajuda mútua; 10. Formação e prevenção da violação e dos abusos sexuais nas escolas, academias de polícia, universidades de medicina e psicologia para profissionais, alunos, pais e para toda a comunidade.

## Referências bibliográficas

- Ahrens, C. E. & Campbell, R. (2000). Assisting rape victims as they recovery from rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 15 (9), 959-986.
- Ahrens, C. E., Campbell, R., Ternier-Thames, N. K., Wasco, S. M. & Sefl, T. (2007). Deciding whom to tell: Expectations and outcomes of rape survivors' first disclosures. *Psychology of Women Quarterly*, 31 (1), 38-49.
- Alexander, K. O. (1990). Profile of the rapist. In E. Crespo & C. Waldron (eds.). *Reclaiming our lives* (pp. 33-44). Massachusetts: Department of Public Health.
- Allison, J. A., & Wrihstman, L. S. (1993). *Rape: The misunderstood crime*. Newbury Park: Sage.
- American Psychological Association (2006). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4th ed.). Washington, D.C.: Author.
- Anderson, J. (2006). Sexual assault service provision: An examination of successes and barriers. *Research & advocacy digest*, 9 (1), 1-15.
- Bailey, B. E., Freeddenfeld, R. N., Kiser, R. S., & Gatchel, R. J. (2003). Lifetime physical and sexual abuse in chronic pain patients: psychosocial correlates and treatment outcomes. *Disability and Rehabilitation*, 25 (7), 331-342.
- Barroso, Z. (2007). *Violência nas relações amorosas*. Lisboa: Colibri.
- Basile, K. C., Lang, K. S., Bartenfeld, T. A. & Clinton-Sherrod M. (2005). Evaluability assessment of the rape prevention and education program: Summary of findings and recommendations. *Journal of Women's Health*, 14 (3), 201-207.
- Berta, M., Ornelas, J. H., & Maria, S. G. (2007). *Sobreviver ao medo da violação*:

Constrangimentos enfrentados pelas mulheres. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), 135-147.

Buchele, B. J. (2000). Group psychotherapy for survivors of sexual and physical abuse. R. H. Klein, & V. L. Schermer (Eds.), *Group psychotherapy for psychological trauma* (Vol. 20, pp. 170-187). New York: Guilford Press.

Calvete, E., Estévez, A., & Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19 (3), 446-451.

Campbell, R. (1998). The community response to rape: Victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. *American Journal of Community Psychology*, 26 (3), 355-380.

Campbell, R. (2001). *Mental health services for rape survivors* (Report N° 98-WT-VX—K001), U.S. Department of Justice. Retrieved October 13, 2008 from <http://www.mincava.umn.edu/documents/commissioned/campbell/campbell.html>

Campbell, R. (2005). *Violence against women: Synthesis of research for public health policymakers* (Report N° 98-WT-VX—K001), U.S. Department of Justice. Retrieved January 23, 2008 from <http://www.mincava.umn.edu/documents/commissioned/campbell/campbell.html>

Campbell, R. (2005). What really happened? A validation study of rape survivors' help-seeking experiences with the legal and medical systems. *Violence and Victims*, 20 (1), 55-68.

Campbell, R. (2006). Rape survivors' experience with legal and medical systems: Do victim advocates make a difference? *Violence Against Women*, 12 (1), 1-16.

Campbell, R. (2008). The psychological impact of rape victims. *American Psychologist*, 63 (8), 702-717.

- Campbell, R., & Ahrens, C. E. (1998). Innovative community services for rape victims: An application of multiple case study methodology. *American Journal of Community Psychology*, 26 (4), 537-571.
- Campbell, R., Ahrens C. E., & Sefl T. (2004). The impact of rape on Women's sexual health risk behaviors. *Health Psychology*, 23, 67-74.
- Campbell, R., Ahrens C. E., Sefl T., Wasco, S. M., & Barnes, H. E. (2001). Social reactions to rape victims: Healing and hurtful effects on psychological and physical health outcomes. *Violence and Victims*, 16 (3), 287-302.
- Campbell, R., Baker, C. K., & Mazurek, T. L. (1998). Remaining radical? Organizational predictors of rape crisis centers' social change initiatives. *American Journal of Community Psychology*, 26 (3), 457-483.
- Campbell, R., Bybee, D. (1997). Emergency medical services for rape victims: detecting the cracks in service delivery. *Women's Health*, 3 (2), 75-101.
- Campbell, R., Bybee, D., Ford, J. K., & Patterson, D. (2008). A systems change analysis of SANE programs: Identifying the mediating mechanisms of criminal justice system impact. Manuscript in preparation.
- Campbell, R., Dorey, H., Maegeli, M., Grubstein, L., Bennett, K., Bonter, F. et al. (2004). An empowerment evaluation model for sexual assault programs: Empirical evidence of effectiveness. *Journal of community psychology*, 34 (3), 251-262.
- Campbell, R., & Johnson, C. R. (1997). Police officers' perceptions of rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 12 (2), 255-274.
- Campbell, R., Lichty, L. F., Sturza M., & Raja, S. (2006). Gynecological health impact of sexual assault. *Research in Nursing & Health*, 29 (5), 399-413.
- Campbell, R., & Martin, P. Y. (2001). "Services for sexual assault survivors: The role of

rape crisis centers.” In R. Bergen, C. Renzetti, & J. Edelson (Eds.), *Sourcebook on Violence Against Women*. Newburg Park CA: Sage.

Campbel, R., Patterson, D., & Lichty, L. (2005). The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma, Violence an Abuse*, 6 (4), 313-329.

Campbell, R., & Raja, S. (1999). Secondary victimization of rape victims: Insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence and Victims*, 14 (3), 261-275.

Campbell, R., & Raja, S. (2005). The sexual assault and secondary victimization of female veterans: Help-seeking experiences in military and civilian social system. *Psychology of women Quarterly*, 29, 97-106.

Campbell, R., & Salem, D. A. (1999). Concept mapping as a feminist research method: Examining the community response to rape. *Psychological of Women Quarterly*, 23, 67-91.

Campbell, R., Sefl, T., Barnes, H. E., Ahrens, C. E., Wasco, S. M., & Zaragoza-Diesfeld (1999). Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being or increasing trauma? *American Psychological Association*, 6 (67), 847-858.

Campbell, R., Townsend, S. M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Adames, S. B., & Wasco, S. M. (2006). Responding to sexual assault victims’ medical and emotional needs: A national study of the services provided by SANE programs. *Research in Nursing & Health*, 29 (5), 384-389.

Campbell, R., & Wasco, S. M. (2000). Feminist a approaches to social science: Epistemological and methodological tenets. *American Journal of Community Psychology*, 28 (6), 773-792.

Campbell, R., & Wasco, S. M. (2005). Understanding rape and sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (1), 127-131.

- Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T., & Barnes H. E. (2001). Preventing the “second rape”: Rape survivors’ experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal violence*, 16 (2), 1239-1259.
- Chrisler, J. C., & Ferguson, S. (2006). Violence against women as a public health issue. *Annals New York Academy of Sciences*, 1087, 235-249.
- Christofides, N. J., Jewkes, R. K., Webster, N., Penn-Kekana, L., Abrahams, N., & Martin, L. J. (2005). “Other patients are really in need of medical attention” – the quality of health services for rape survivors in South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (7), 495-502.
- Christofides, N. J., & Silo, Z. (2005). How nurses’ experiences of domestic violence influence service provision: Study conducted in North-west province, South Africa. *Nursing and Health Sciences*, 7, 9-14.
- Clay-Warner, J. & Burt, C. H. (2005). Rape reporting after reforms: Have times really changed? *Violence Against Women*, 11, 150-176.
- Cling, B. J. (2004). *Sexualized violence against women and children: A psychology and law perspective* (Ed.). New York: Guilford.
- Código Penal Português, (2007). Actualizado pela Lei nº 59/07 de 4 de Setembro.
- Cole, M., Baldwin, D., & Thomas, P. (2003). Sexual assault on wards: Staff actions and reactions. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 7, 239-242.
- Costa, M. E., & Duarte, C. (2000). *Violência familiar*. Porto: Ambar.
- Csoboth, C. T., Birkás, E. & Purebl, G. (2005). Living in fear of experiencing physical and sexual abuse is associated with severe depressive symptomatology among young women. *Journal of Women’s Health*, 14 (5), 441-448.

- Dake, J. A., Price, J. H., & Murnan, J. (2003). Evaluation of child abuse prevention curriculum for third-grade students: Assessment of knowledge and efficacy expectations. *Journal of School Health*, 73 (2), 76-82.
- Diamond, M., & Robbins, C. (1997). *Manual de apoio a sobreviventes de violação*. Departamento de Saúde Pública de Massachusetts – Coligação de Massachusetts contra a violência sexual (Tradução e adaptação para Português – AMCV e DGS).
- Diaz, A, Edwards, S., Neal, W. P., Ludmer, P., Sondike, S. B., Kessler, C. et al. (2004). Obtaining a history of sexual victimization from adolescent females seeking routine health care. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 71 (3), 170-173.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climepsi.
- Ellis, E. M., Atkeson, B. M., & Calhoun, K. S. (1981). An assessment of long-term reaction to rape. *Journal of abnormal Psychology*, 105, 3, 421-432.
- Escobar-Córdoba, F., Folino, J. O., & Schmalbach, J. E. (2006). Alteraciones del sueño y estrés postraumático en mujeres víctimas de asalto sexual. *MedUNAB*, 9, 28-33.
- Ferreira, V. (2005). Para uma redefinição da cidadania: A sexualização dos direitos humanos. In Rodrigues, A. M., Lopes C. B., Barreto, I. C., Roseira, M. B., Escarameia, P., Raposo, V. L. et al. , *Direitos humanos das mulheres* (pp. 11-25). Coimbra: Coimbra.
- Flannery, R. B., & Everly, G. S. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 119-125.
- Foley, M. (1996). Who is in control?: Changing responses to women who have been raped and sexually abused. In Hester, M., Kelly, L., & Radford, J. (Eds.), *Women, violence, and male power: Feminist activism, research, and practice*. (pp. 166-175). Buckingham: Open University.
- Foshee, V. A., Bauman, K. E., Arriaga, X. B., Helms, R. W., Koch, G. G., & Linder, G. F.

- (1998). An evaluation of safe dates, an adolescent dating: Violence prevention program. *American Journal of Public Health*. 88 (1), 45-50.
- Foshee, V. A., Bauman, K. E., Ennett, S. T., Linder, G. F., Benefield, T., Suchindran, C. (2004). Assessing the long-term effects of the safe dates program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. *American Journal of Public Health*. 94 (4), 619-624.
- Foshee, V. A., Bauman, K. E., Greene, W. F., Koch, G. G., Linder, G. F., & MacDougall, J. E. (2000). The safe dates program: 1 year follow-up results. *American Journal of Public Health*. 90 (10), 1619-1622.
- Frieze, I. H., Hymer, S., & Greenberg, M. S. (1987). Describing the crime victim: Psychological reactions to victimization. *Professional Psychology: Research and Practice*. 18, 299-315.
- Garrido, V. (2002). *Amores que matam: Assédio e violência contra as mulheres*. Cascais: Principia.
- Gerber, G., & Cherneski, L. (2006). Sexual aggression toward women: Reducing the prevalence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, 35-46.
- Girardin, B. (2005). The Sexual Assault Nurse Examiner: A Win-Win Solution. *Topics in Emergency Medicine*, 27 (2), 124-131.
- Grams, A. C., Magalhães, T., Sousa, M. C., Costa, D. P., Costa, J. P., & Roesch, R. (1996). Crimes contra a liberdade sexual na relação conjugal. *Boletim de Medicina Legal e Toxicologia Forense*, 10 (1), 76-78.
- Hall, M. E., Sedlacek, A. R., Berenbach, J. R., & Dieckmann, N. F. (2007). Military sexual trauma services for women veterans in the Veterans Health Administration: The patient-care practice environment and perceived organizational support. *Psychological Services*, 4 (4), 229-238.

- Hébert, M., & Bergeron, M. (2007). Efficacy of a group intervention for adult women survivors of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16 (4), 37-61.
- Heise, L. Ellsberg, M., & Gottemoller, M. (1999). Ending violence against women. *Population Reports*, 11 (L), 1-43.
- Hellman, C. M., House, D. (2006). Volunteers Serving Victims of Sexual Assault. *The Journal of Social Psychology*. 146 (1), 117-123.
- Henderson, H. (2007). Feminism, Foucault, and rape: A theory and politics of rape prevention. *Berkeley Journal of Gender, Law & Justice*, 22, 225-253.
- Hoff, L. A. (2001). *People in crisis: clinical and public health perspectives* (5th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hoff, L. A. (2009). *Violence and abuse issues: Cross-cultural perspectives for health and social services*. Abingdon: Routledge.
- Hoff, L. A., & Adamowski, K. (1998). *Creating excellence in crisis care: A guide to effective training and program designs*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Cain, D., Cherry, C., Henda, N., & Cloete, A. (2007). Sexual assault, sexual risks and gender attitudes in a community sample of South African men. *AIDS Care*, 19 (1), 20-27.
- Konradi, A., & Bruin, P. L. (2003). Using a social marketing approach to advertise sexual assault nurse examination (SANE) services to college students. *Journal of American College Health*, 52 (1), 33-39.
- Koss, M. P. (1993). Rape: Scope, impact, interventions, and public policy responses. *American Psychologist*. 48 (10), 1062-1069.
- Kress, V. E., Shepherd, J. B., Anderson, R. I., Petuch, A. J., Nolan, J. M., & Thiemeke D.

- (2006). Evaluation of the impact of a coeducational sexual assault prevention program on college students' rape myth attitudes. *Journal of College Counseling*, 9, 148- 157.
- Lamas, M. (1952). *A mulher no mundo: Vol. 2*. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil.
- LeVay, S., & Valente, S. M. (2006). *Human sexuality* (2th ed.). Sunderland: Sinauer Associates.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 101-148.
- Lira, L. R. (2007). La eliminación de la violencia contra la mujer. Una utopia? *Salud Mental*, 30 (1), 83-86.
- Littleton, H., & Breitkopf, C. R. (2006). Coping with the experience of rape. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 106-116.
- Logan, T.K., Evans, L., Stevenson, E., & Jordan, C. (2005). Barriers to services for rural urban survivors of rape. *Journal of interpersonal violence*, 20 (5), 591-616.
- Lopes, C. B. (2005). Direitos humanos das mulheres: Dois passos à frente, um passo atrás. In Rodrigues, A. M., Lopes C. B., Barreto, I. C., Roseira, M. B., Escarameia, P., Raposo, V. L. et al. , *Direitos humanos das mulheres* (pp. 11-25). Coimbra: Coimbra.
- Maria, S. (2004). *Mulheres sobreviventes de violação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Martin, P. Y. (2005). *Rape work: Victims, gender, and Emotions in organizational and community context*. New York: Routledge.
- Martin, P. Y. (2007). Coordinated community services for victims of violence. In L. L. O'Toole, J. R. Schiffman, & M. L. Edwards (Eds), *Gender violence: Interdisciplinary Perspectives* (Vol. 2). New York: New York University Press.

- McFarlane, J., Malecha, A., Watson, K., Gist, J., Batten, E., Hall, I. Et al. (2005). Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *The American College of Obstetricians and Gynecologist*, 105 (1), 99-108.
- Megan, S. (2007, November). *Ventura county public health nursing child abuse prevention program (CAPP)*. Paper presented at the 135th American Public Health Association, Ventura.
- Meier, K. & Crotty-Nicholson, J. (2006). Gender, representative bureaucracy, and law enforcement: The case of sexual assault. *Public Administration Review*, 850-860.
- Meleis, A. I. (2005). Safe Womanhood is not safe motherhood: Policy implications. *Health Care for Women International*, 26, 464-471.
- Meyn, B. (1996, March). Child assault prevention project (CAPP). In Todd, C. M. (Ed.), *School-age connections*, 4 (1), pp. 4-6. Urbana-Champaign, OL: University of Illinois Cooperative Extension Service. Retrieved November 27, 2008 from [http://www.nccc.org/Abuse/sac41\\_child.assault.html](http://www.nccc.org/Abuse/sac41_child.assault.html)
- Minnesota Advocates for Human Rights (2003). *Electronic reference formats recommended by the Minnesota Advocates for Human Rights*. Consultado em 27 de Janeiro de 2008 através [http://www.stopvaw.org/Sexual\\_Assault\\_Advocacy\\_Program.html](http://www.stopvaw.org/Sexual_Assault_Advocacy_Program.html)
- Moracco, K, E., Runyan, C. W., & Dull, L. (2003). *Violence against women: Synthesis of research for public health policymakers* (Report N° 98-WT-VX—K011), U.S. Department of Justice. Retrieved January 17, 2008 from <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/202567.pdf>
- Mycek, S. (2006). The SANE approach to treating rape survivors. *Trustee*, 12-16.
- Neves, S., & Machado, C. (2005). Avaliação de vítimas de violação. In Gonçalves, R. A., & Machado, *Psicologia forense* (pp. 187-206). Coimbra: Quarteto.

- Nugent-Borakove M. E., Fanflik P., Troutman D., Johnson N., Burgess A., O'Connor A. L. (2006). Testing the efficacy of SANE/SART programs: Do they make a difference in sexual assault arrest & prosecution outcomes? (Report N° 2003-WG-BX—1003), U.S. Department of Justice. Retrieved April 23, 2008 from <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/214252.pdf>
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- O'Sullivan, E. & Carlton, A. (2001). Victim services, community outreach, and contemporary rape crisis centers: A comparison of independent and multi-service centers. *Journal of Interpersonal violence*, 16 (4), 343-360.
- Patterson, D., Campbell, R., & Townsend S. M. (2006). Health policy and systems: Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program goals and patient care practices. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (2), 180-186.
- Peel, M. (2004). Rape as Method of torture. *Book Reviews*. 142-143.
- Plicht S. B., Vandecar-Burdin, T., Odor, R., Reams, S. (2007). The emergency department and victims of sexual violence: An assessment of preparedness to help. *Health & Human Services Administration*, 29 (3), 285-308.
- Presidência do Conselho de Ministros (2007). *A Igualdade de género em Portugal* (2ª ed. rev.). Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Quina K., & Carlson, N. L. (1989). *Rape, incest, and sexual harassment: a guide for helping survivors*. New York: Praeger.
- Ronnberg, A. M., & Hammarstrom, A. (2000). Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: A literature review. *Scand J Public Health*, 28, 222-229.
- Rothman, E., & Silverman, J. (2007). The effect of a college sexual assault prevention

- program on first-year students' victimization rates. *Journal of American College Health*, 55 (5), 283-290.
- Ruback, R. B., Ménard, K. S., Outlaw, M. C., & Shaffer, J. N. (1999). Normative advice to campus crime victims: Effects of gender, age, and alcohol. *Violence and Victims*, 14, 381-396.
- Salter, A. C. (2003). *Predators: Paedophiles, rapists, and other sex offenders*. New York: Basic Books.
- Sharma, B. R. (2007). Acquaintance rape among adolescents and the youth: A fast emerging public health problem. *Trends in Medical Research*, 2 (1), 21-26.
- Stevens, D. J. (2001). *Inside the mind of sexual offenders: Predatory rapists, pedophiles, and criminal profiles*. Lincoln: Choice Press.
- Sturza, M. L., & Campbell, R. (2005). An exploratory study of rape survivors' prescription drug use as a means of coping with sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 353-363.
- Swahberg, k., Wijma, B., Schei, B., Hilden, M., Irminger, K., & Wingren, G. B. (2004). Are sociodemographic and regional an sample factors associated with prevalence of abuse?. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 83, 276-288.
- Thompson, M. (2000). Life after rape: A chance to speak? *Sexual and Relationship Therapy*, 15 (4), 325-343.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (1998). *Stalking in America: Findings from the National Violence Against Women Survey* (Report 93-IJ-Cx-0012), U.S. Department of Justice. Retrieved March 31, 2008 from <http://www.ncjrs.gov/pdffiles/172837.pdf>
- Ullman, S. E. (1996). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Woman Quarterly*, 20, 505-526.

- Ullman, S. E., & Brecklin, L. R. (2003). Sexual assault history and health-related outcomes in a national sample of women. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 46-57.
- Ullman S. E., & Townsend, S. M. (2007). Barriers to working with sexual assault survivors. *Violence Against Women*, 13 (4), 412-443.
- Verde, M. Á., & Tremolosa, I. A. (2006). Efectos de la formación policial en el cambio actitudinal hacia la agresión sexual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 16, 25-39.
- Wendt, E., Hildingh, C., Lidell, E., Westerstalhl, A., Baigi, A. & Marklund, B. (2007). Young Women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Informa Healthcare*, 86 (5), 590-595.
- Wasco, S., & Campbell, R. (2002). A multiple case study of rape victim advocates' self-care routines: The influence of organizational context. *American Journal of Community Psychology*, 30 (5), 731-760.
- Wasco, S., & Campbell, R. (2002). Emotional reactions of rape victim advocates: A multiple case study of anger and fear. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 120-130.
- Wasco, S., Campbell, R., Howard, A., Manson, G., Staggs, S., Schewe, P. et al. (2004). A statewide evaluation of services provided to rape services. *Journal of Interpersonal Violence*, 19 (2), 252-263.
- Whyte, J. (2006). Sexual assertiveness in low-income African American women: Unwanted sex, survival, and HIV risk. *Journal of Community Health Nursing*, 23 (4), 235-244.
- Yin, R. K. (2001). Estudio de caso: Planejamento e métodos (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

# ANEXOS

**Anexo I - Documento de pedido de autorização para recolha de dados à  
instituição**

Cláudia Pinheiro  
Rua da Adiça, 33 – 1º Esq.  
1100 007 LISBOA  
[claudia.pinheiro.17@gmail.com](mailto:claudia.pinheiro.17@gmail.com)  
Tel. 96 4708470

À  
Instituição...  
A/C do Exmo. Sr. Director...

Data:

Assunto: Pedido formal para realização de um trabalho de investigação.

Exmos. Senhores,

eu, Cláudia Pinheiro, estudante de Mestrado na especialidade em Psicologia Clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob a orientação do Prof. Doutor José H. Ornelas venho por este meio solicitar a Vossa Exa. a possibilidade de recolher dados junto da vossa instituição para a minha Tese de Dissertação de Mestrado, com o título de “Serviços de apoio na crise para a violação e abusos sexuais em Portugal”. Recorro especificamente: 1. à possibilidade de apurar o número de sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais que recorreram à vossa instituição nos últimos 2 anos; 2. à colaboração de um profissional da vossa instituição para o preenchimento de um questionário.

Gostaria de salientar a garantia de anonimato e de confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Agradecendo desde já toda a disponibilidade dispensada, cordialmente,

---

(Cláudia Pinheiro)

## **Anexo II - Documento de consentimento informado ao profissional**

### **INFORMAÇÃO AO PROFISSIONAL**

Uma resposta rápida e eficaz às necessidades das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais que recorrem às instituições vocacionadas para lhes prestarem serviços é um dos objectivos deste estudo.

Pretendemos desta forma caracterizar serviços proporcionados por essas instituições às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais com a finalidade de aumentar a consciência social para a necessidade deste tipo de serviços de apoio na crise nas instituições portuguesas.

Neste sentido, se presta serviços às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais solicitamos a sua participação para o preenchimento de um questionário.

Os dados recolhidos neste estudo são estritamente confidenciais e têm como único fim alcançar os objectivos deste estudo. Se os resultados deste estudo forem publicados numa revista científica a sua identidade será mantida anónima, e só as médias do grupo serão reportadas. Nenhuma informação pessoal ou identificação será dada. Só aos profissionais envolvidos na investigação será fornecido um resumo dos resultados por ele obtidos. Caso se verifique intenções específicas de magoar alguém ou se houverem suspeitas sustentáveis de abusos o investigador é obrigado a disponibilizar as informações.

A sua participação neste estudo é voluntária e mesmo que inicialmente aceite nele participar, pode posteriormente mudar de ideias e optar por desistir a qualquer momento, sem que isso prejudique a sua relação com a instituição ou com os outros profissionais.

Agradecemos desde já a sua colaboração neste estudo.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar no estudo para a caracterização dos serviços prestados pela sua instituição às sobreviventes de violação. Compreendo que os potenciais benefícios do estudo envolvem informações relevantes que podem contribuir para a promoção de mais e melhores serviços de apoio na crise às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais.

Por ter lido, entendido, aceite e concordado com a informação contida neste documento de consentimento, assino em baixo. Uma cópia deste de consentimento ser-me-á disponibilizada se assim o pretender.

Participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

A investigadora  
*Cláudia Pinheiro*

### Anexo III - Instrumento

## QUESTIONÁRIO

### 1. INFORMAÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE APOIO PRESTADOS PELA COMUNIDADE

**1.1. Assinale um círculo à volta do código correspondente aos serviços de apoio às sobreviventes que tem conhecimento que existem na área da sua instituição:**

**Obs.**

Linha telefónica de emergência	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Serviços de saúde	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Exames forenses	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Apoio jurídico	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Apoio informativo	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Apoio social	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Apoio psicológico	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Grupo ajuda mútua	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Suporte psicológico continuado	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Apoio comunitário	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Outros	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	

**1.1.1. Se assinalou outros refira por favor o nome desses serviços\_\_\_\_\_**

---



---

**1.2. Considera que os serviços abaixo mencionados estão ao alcance das sobreviventes?**

**Obs.**

Linha telefónica de emergência	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Serviços de saúde	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Exames forenses	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Apoio jurídico	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Apoio informativo	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Apoio social	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Apoio psicológico	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Grupo ajuda mútua	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Suporte psicológico continuado	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Apoio comunitário	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Outros (mencionados em 1.1.1.)	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	

**1.3. Se respondeu não à questão acima indique as razões que considera estarem na origem da inacessibilidade:**

Linha telefónica de emergência \_\_\_\_\_

Serviços de saúde \_\_\_\_\_

Exames forenses \_\_\_\_\_

Apoio jurídico \_\_\_\_\_

Apoio informativo \_\_\_\_\_

Apoio social \_\_\_\_\_

Apoio psicológico \_\_\_\_\_

Grupo ajuda mútua \_\_\_\_\_

Suporte psicológico continuado \_\_\_\_\_

Apoio comunitário \_\_\_\_\_

Outros (mencionados em 1.1.1.) \_\_\_\_\_

2. INFORMAÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE APOIO PRESTADOS PELA SUA INSTITUIÇÃO
---

**2.1. Assinale um círculo à volta do código correspondente às instituições que trabalham em parceria (com protocolo) com a sua instituição:**

**Obs.**

Hospital público	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Hospital privado	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Centro de saúde	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Clínica de saúde privada	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Instituto Nacional Medicina Legal	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Associação Mulheres Contra Violência	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Associação Portuguesa Apoio Vítima	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Polícia	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Tribunal	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Escritório de advogado	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Outras	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	

**2.1.1. Se assinalou outros refira por favor o nome desses serviços \_\_\_\_\_**

**2.2. Assinale um círculo à volta do código correspondente dos serviços que a sua instituição proporciona às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais:**

Obs.

Linha de emergência 24h-dia / 7dias-semana	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Sala privada	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Luz ténue	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Facultam informação sobre o HIV	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Informação sobre doenças sexualmente transmissíveis	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Informação sobre riscos contrair outras infecções	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Informação sobre riscos gravidez	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Informação sobre o aborto para estes casos	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Dão apoio psicológico antes dos testes	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Apoio psicológico depois testes HIV/Gravidez	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Facultam protocolo de tratamento para a violação	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Proporcionam roupas emergência	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Dão apoio psicológico na crise	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Dão apoio psicológico depois da crise	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Têm grupos de ajuda mútua	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		
Dão informação sobre a violação	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço		

<b>3. INFORMAÇÃO SOBRE OS DADOS RECOLHIDOS PELA SUA INTITUIÇÃO</b>
--

**3.1. Assinale um círculo à volta do código correspondente às informações, evidências e provas recolhidas do crime:**

**3.1.1. Sobre a sobrevivente:**

**Obs.**

Registam identificação (nome/BI)	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Idade	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Género	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Raça/Etnia	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Contactos	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
A relação entre a sobrevivente e o agressor	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Tipo violação (penetração vaginal, oral, anal)	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Resposta física depois do incidente	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Registo das agressões físicas	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Estado emocional na altura do incidente	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Resposta emocional depois do incidente	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	

**3.1.2. Sobre o agressor:****Obs.**

Perguntam à sobrevivente a idade aproximada do agressor	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
O género	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
A raça/etnia	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Se o agressor solicitou sexo consensual	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Se o agressor declarou a razão	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Arma utilizada pelo agressor	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Se o agressor usou preservativo	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Se ejaculou	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Se foi preso	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Se já foi acusado antes	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Outros incidentes entre a sobrevivente e o agressor	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	

**3.1.3. Sobre o incidente:****Obs.**

Registam a data do incidente	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
A hora do incidente	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
A localização do incidente	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Se havia testemunhas presentes	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
O tempo entre incidente e os exames	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	

4. INFORMAÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS PRESTADOS POR OUTRAS  
INSTITUIÇÕES DE APOIO

**4.1. Assinale um círculo à volta do código correspondente às informações recolhidas sobre o Instituto Nacional de Medicina Legal (INML):**

**Obs.**

Questionam se a sobrevivente fez os exames forenses?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
<b>Se ela não fez:</b> Perguntam se está capaz de o fazer?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Se a resposta for afirmativa, solicitam consentimento para contactar o INML?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Contactam o INML?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Informam sobre os procedimentos forenses?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Proporcionam transporte entre a s/ instituição e o INML?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
<b>Se ela fez os exames:</b> Registam a data da realização dos exames forenses?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
O tempo entre o incidente e os exames?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Questionam sobre o serviço prestado pelo INML?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Perguntam se o INML recolheu a história, as evidências e as provas do crime?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Perguntam que evidências e provas o INML não recolheu?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Perguntam se o INML fez os testes: Gravidez HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Se o INML forneceu a pílula do dia seguinte?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	
Se os profissionais do INML guardam sigilo da história, evidências e provas do crime?	0 =Não	1 =Sim	999 =Desconheço	

**4.2. Assinale um círculo à volta do código correspondente às informações recolhidas sobre a polícia:**

**Obs.**

Questionam se a sobrevivente fez participação à polícia?	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
<b>Se ela não participou:</b> Perguntam se está capaz de o fazer?	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Solicitam consentimento para contactar a polícia?	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Contactam a polícia?	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Facultam informação e aconselhamento sobre legislação?	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Proporcionam transporte entre a sua instituição e a polícia?	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
<b>Se ela participou:</b> Questionam quem contactou a polícia?	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Registam a data da participação à polícia?	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
O tempo entre o incidente e a participação?	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Questionam sobre o serviço prestado pela polícia?	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Perguntam se a polícia registou as agressões	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
Perguntam o que é que a policia não registou sobre o incidente?	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
O que a policia não registou sobre a vítima?	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	
O que a policia não registou sobre o agressor	0	=Não	1	=Sim	999	=Desconheço	

5. INFORMAÇÃO PESSOAL
-----------------------

### 5.1. Identificação

5.1.1. Idade: \_\_\_\_\_

5.1.2. Sexo: \_\_\_\_\_

5.1.3. Habilitações: \_\_\_\_\_

5.2. Qual é o período de funcionamento da instituição onde trabalha? \_\_\_\_\_

---

5.3. Qual é a sua função na instituição? \_\_\_\_\_

5.4. Qual é o seu horário de trabalho? Por favor refira se faz um horário fixo ou rotativo. \_\_\_\_\_

5.5. Que serviços presta às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais?

---



---

5.6. Colabora em equipa com outros profissionais na prestação de serviços às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais?

0 =Não      1 =Sim

5.6.1. Se referiu sim, assinale por favor um círculo à volta do código correspondente aos profissionais com quem coopera:

Médicos	0 =Não	1 =Sim
Enfermeiros	0 =Não	1 =Sim
Psicólogos	0 =Não	1 =Sim
Assistentes sociais	0 =Não	1 =Sim
Polícia	0 =Não	1 =Sim
Advogados	0 =Não	1 =Sim
Outros	0 =Não	1 =Sim

**5.6.1.1. Se assinalou outros refira quais?** \_\_\_\_\_

---

**5.6.1.2. Qual é o horário dos profissionais que colaboram consigo?**  
**Por favor refira se é um horário fixo ou rotativo.** \_\_\_\_\_

---

**5.7. Para além de si, existe na sua instituição outros profissionais habilitados a prestar apoio às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais?**

0 =Não      1 =Sim

**5.7.1. Se assinalou sim por favor refira o número total de profissionais habilitados a prestar apoio às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais.**

--	--

**5.8. Do seu ponto de vista os outros profissionais com quem trabalha guardam sigilo da história?**

0 =Não      1 =Sim

**Obs.:** \_\_\_\_\_

---

**5.9. Na sua opinião a violação é um problema sério?**

0 =Não      1 =Sim

**Obs.:** \_\_\_\_\_

---

**5.10. Na sua opinião os outros profissionais com quem trabalha consideram que a violação é um problema sério?**

0 =Não      1 =Sim

Obs.: \_\_\_\_\_

---

**5.11. O estado emocional da sobrevivente é tido em conta na interacção?**

0 =Não      1 =Sim

Obs.: \_\_\_\_\_

---

**5.12. Sugere suporte psicológico continuado à sobrevivente?**

0 =Não      1 =Sim

**5.12.1. Se assinalou sim dá informação onde ela pode requerer esse suporte?**

0 =Não      1 =Sim

**5.12.1.1. Se assinalou sim por favor refira-nos o tipo de suporte que sugere e o local onde a sobrevivente a pode requerer.** \_\_\_\_\_

---

**5.12.2. Se assinalou não por favor refira as razões.** \_\_\_\_\_

---

**5.13. Considera que está treinado para lidar com as sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais?**

0 =Não      1 =Sim

**5.13.1. Se assinalou não refira por favor as suas razões.** \_\_\_\_\_

---

**5.14. Para terminar, na sua opinião o que é que a sua instituição podia proporcionar às sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais para dar uma resposta mais rápida e eficaz às suas necessidades?** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**5.15. Como profissional o que considera ser relevante para melhorar a qualidade de vida das sobreviventes de violação e/ou de abusos sexuais?** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**5.16. Existem questões que considera serem pertinentes para este estudo que não tenham sido abordadas neste questionário?**

0 =Não      1 =Sim

**5.16.1. Se assinalou sim por favor refira-as?** \_\_\_\_\_

---

---

---

*Muito obrigada pela sua colaboração.*

## Anexo IV- Instrumento original

### APPENDIX C-1 and C-2: STUDIES 1 & 2 CODE SHEETS

ID Number \_\_\_\_\_

Data Collector \_\_\_\_\_

Data Source \_\_\_\_\_

#### Victim Characteristics

	Variable	Circle/ Enter Code	Comments
1	<b>Age</b> ( <i>Actual age in years</i> )	999= Missing	<b>Birthdate:</b>
2	<b>Gender</b>	0= Female 1= Male  999= Missing	
3	<b>Race/ethnicity</b>	1= White/Caucasian 2= African American 3= Latino/a 4= Native American 5= Bi-/ Multi-racial 6= Other  999= Missing	
4-5	<b>Zip code</b>	999= Missing	<b>Income:</b>

**Case Characteristics**

	Variable	Circle Code/ Enter Data	Comments
6	<b>Time between assault and medical exam</b> ( <i>in hours</i> )		<b>Incident Date &amp; Time (FNEP)</b>  <b>Exam Date &amp; Time (FNEP)</b>  <b>Interview Date &amp; Time (Hos)</b>  <b>Treatment Date &amp; Time (Ho</b>
		888= Unknown 999= Missing	
7-8	<b>Days between assault and medical exam</b>	0= Same day as assault 1= One day after assault 2= Second day after assault 3= Third day after assault 4= Fourth day after assault 5= Other ( <i>write number of days in comments</i> )  888= Unknown 999= Missing	
9	<b>Weapon use in the assault</b>	0= Weapon not used 1= Weapon used  888= Unknown 999= Missing	
10	<b>Victim consumed alcohol before or during the sexual assault</b>	0= No 1= Yes  999= Missing	
11	<b>Victim consumed drugs before or during the sexual assault</b>	0= No 1= Yes  999= Missing	
12	<b>Victim relationship to offender</b>	1= Stranger 2= Acquaintance 3= Intimate/familial  888= Unknown 999= Missing	
13	<b>Type of sexual assault: Vaginal Penetration</b>	0= No 1= Yes 777= Not Applicable (Male victim)  888= Unknown 999= Missing	

14	<b>Type of sexual assault: Oral Penetration</b>	0= No 1= Yes  888= Unknown 999= Missing	
15	<b>Type of sexual assault: Anal Penetration</b>	0= No 1= Yes  888= Unknown 999= Missing	
16	<b>Law Enforcement Agency</b>	1= Chesterfield Twp 2= Clinton Twp 3= Mount Clemens 4= Macomb County Sheriff 5= Sterling Heights 6= Warren  888= Unknown 999= Missing	

**Medical Forensic Evidence**

<b>Physical Injury</b>				
	<b>Variable</b>	<b>Circle Code</b>	<b>Number of injuries</b>	<b>Comments</b>
17-18	<b>Redness</b> (erythema)	0= No 1= Yes  999= Missing		
19-20	<b>Tear/laceration</b>	0= No 1= Yes  999= Missing		
21-22	<b>Bruising/hematoma</b>	0= No 1= Yes  999= Missing		
23-24	<b>Abrasions</b>	0= No 1= Yes  999= Missing		
25-26	<b>Other injury</b> ( <i>write type of injury in comment box</i> )	0= No 1= Yes  999= Missing		
27-28	<b>TOTAL Physical injury</b>	0= No 1= Yes  999= Missing		
29-30	<b>Bleeding</b>	0= No 1= Yes  999= Missing		
31-32	<b>Oozing injury</b>	0= No 1= Yes  999= Missing		

<b>Anogenital Injury</b>				
	Variable	Circle Code	Number of injuries	Comments
33-34	<b>Redness</b> (erythema)	0= No 1= Yes  999= Missing		
35-36	<b>Tear/laceration</b>	0= No 1= Yes  999= Missing		
37-38	<b>Bruising/hematoma</b>	0= No 1= Yes  999= Missing		
39-40	<b>Abrasions</b>	0= No 1= Yes  999= Missing		
41-42	<b>Other injury</b> ( <i>write type of injury in comment box</i> )	0= No 1= Yes  999= Missing		
43-44	<b>TOTAL Anogenital injury</b>	0= No 1= Yes  999= Missing		
45-46	<b>Bleeding</b>	0= No 1= Yes  999= Missing		
47-48	<b>Oozing injury</b>	0= No 1= Yes  999= Missing		

**Medical Forensic Evidence (Cont'd)**

	Variable	Circle Code/ Enter Data	Comments
49-50	<b>Foreign matter</b>	0= No 1= Yes  999= Missing	<b>Type of foreign matter:</b>

**Post-assault action**

	Variable	Circle Code/ Enter Data	Comments
51	<b>Shower/bathed</b>	0= No 1= Yes  888= Unknown 999= Missing	
52	<b>Douched</b>	0= No 1= Yes 777= N/A (Male victim)  888= Unknown 999= Missing	
53	<b>Urinated</b>	0= No 1= Yes  888= Unknown 999= Missing	
54	<b>Defecated</b>	0= No 1= Yes  888= Unknown 999= Missing	
55	<b>Brushed teeth</b>	0= No 1= Yes  888= Unknown 999= Missing	
56	<b>Oral gargle/swish</b>	0= No 1= Yes  888= Unknown 999= Missing	
57	<b>Genital wipe/wash</b>	0= No 1= Yes  888= Unknown 999= Missing	
58	<b>Remove/insert tampon</b>	0= No 1= Yes 777= N/A (Male victim)  888= Unknown 999= Missing	
59	<b>Ate/drank</b>	0= No 1= Yes  888= Unknown 999= Missing	