

Intervenções Junto ao Autor de Abuso Sexual de Crianças

Cíntia Schwab de Castro¹

Resumo: Este artigo visa discutir possibilidades de intervenção junto ao adulto que abusa sexualmente de crianças. O abuso sexual de crianças tem sido uma grande preocupação nos dias atuais. Contudo, muito se tem olhado para a criança e pouco para o adulto que cometeu o abuso sexual. As intervenções junto a estes últimos geralmente são punitivas e restritivas de liberdade. Contudo, quando livres, as taxas de reincidência são altas. Para discutir tal tema, procedemos a uma revisão da literatura nacional e internacional que trata das intervenções junto aos autores de abuso. A leitura deste material aponta para a necessidade de maior investimento em intervenções terapêuticas, já que o encarceramento por si só não atende ao sofrimento do indivíduo nem previne o acontecimento da reincidência de um novo episódio.

Palavras-Chave: Abuso sexual; transgressor sexual; autor de abuso sexual; abuso sexual de crianças; intervenção com o autor de abuso.

Abstract: This paper has the objective of discussing the possibilities of intervention with the adult that sexually abuses children. The sexual abuse of children has been a great concern nowadays. However, there has been too much focus in the children, while the adult that has committed the sexual abuse is pretty much out of sight. The interventions with the adult are generally related to punishment and restriction. However, while in freedom, the recurrence levels are high. In order to discuss this theme, it starts with a review of the national and international literature that deals with the intervention with the adults that commit the abuse. The reading of this material points towards the need of larger investments in therapeutic intervention, since the incarceration, by its own, does not deal with the suffering faced by the individual nor prevents the recurrence of a new abuse episode.

Keywords: Sexual abuse; sexual offender; author of sexual abuse; child sexual abuse; interventions with de sexual offender.

¹ Terapeuta ocupacional; especialista em Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica (PUC-Rio). Email: cintias001@gmail.com.

Introdução

A presente pesquisa teve início durante a pós-graduação em Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, conquanto já trabalhava com outras adições. O interesse pelo tema deu-se diante do escasso número de pesquisas e instituições voltadas ao tratamento de adultos autores de abuso sexual de crianças e à ausência de políticas públicas que possibilitem outras intervenções para além do isolamento social, o que levou-nos a questionar sobre quais seriam as intervenções voltadas à pessoa que cometeu o abuso. Mediante estes fatos, tivemos como meta discutir as possibilidades de intervenção junto ao adulto autor de abuso sexual de crianças.

1. O Adulto Autor de Abuso Sexual de Crianças

Em 2003, o Brasil era o quarto maior pólo mundial de pedofilia na Internet, conforme relatório da instituição italiana “Telefono Arcobaleno” (2003). Três anos depois, em vez do quarto lugar, o Brasil passara a ocupar o primeiro, tornando-se alvo de debates e divulgações de estratégias de proteção voltadas para as crianças. Atualmente, o Brasil está em 13º lugar no ranking internacional (Telefono Arcobaleno, 2009). Entretanto, se por um lado as vítimas ganharam o enfoque das intervenções, pouco foi discutido acerca da pessoa que abusa sexualmente no que tange à etiologia, tratamentos e formas de reintegração social.

Salter (2009) identifica que, quando se fala de “abusadores sexuais de crianças”, a maioria das pessoas logo pensa em um ser monstruoso, com feição doentia, gestos estereotipados e um comportamento inegavelmente denunciador. Há uma errônea compreensão de que os que abusam de crianças são diferentes das pessoas que não tem uma inclinação para o abuso, não considerando que esta pode ser mesmo a única diferença: a atração sexual por crianças. O público geral faz confusão entre traços de caráter e orientação sexual ou tipo de interesse sexual, esquecendo que a pessoa que abusa pode ser alguém responsável em outros aspectos, não deixando nenhum indício em seu comportamento público. Até mesmo estupradores raivosos,

“apenas mostram o rosto que eles querem que você veja. E, algumas vezes, eles te passam a mensagem que querem que você receba, mesmo que ninguém esteja por perto para ver qualquer coisa” (SALTER, 2009, p. 58).

1.1. Buscando etiologias possíveis

A maioria das pessoas percebe o sexo com crianças de forma repreensível, não atraente em qualquer sentido e até mesmo abominável. No Brasil, ainda que não sejam um grande número, ocorrem punições por prática de pedofilia ou mesmo uma exposição da pessoa acusada de tal prática de forma a ser marginalizada e julgada por terceiros. Fica, então, uma dúvida no ar: por que alguém se arrisca tanto para fazer algo que, aparentemente, a maioria das pessoas não faria nem se fosse legalizado?

Schmickler (2006) traz à memória a Teoria da Sedução, de Sigmund Freud, construída entre 1895 e 1897 quando ele começou a atender pacientes histéricas e iniciar a teorização da Psicanálise. Segundo a autora, a Teoria da Sedução conclui que “as neuroses eram produto da sedução de uma criança por um adulto e dos abusos incestuosos dali decorrentes” (p.24). Contudo, em 1897 Freud abandona esta teoria e a substitui pela do Complexo de Édipo, que transformou as revelações sobre o incesto em fantasias de anseio sexual da criança pelo progenitor do sexo oposto.

Já Ferenczi (1992) afirma que as crianças nutrem pelos adultos fantasias lúdicas, como desempenhar o papel maternal em relação ao adulto, e que, mesmo que este jogo venha a assumir uma forma erótica, conserva-se, para a criança, no campo da ternura. Entretanto, se os adultos que se relacionam com elas tiverem tendências psicopatológicas, eles confundem as brincadeiras infantis com os desejos de alguém que teria atingido a maturidade sexual, chegando a praticar atos sexuais de forma inconsequente.

Com esta perspectiva, apesar de não negar a teoria freudiana acerca da ocorrência de fantasias edípicas das crianças em suas relações com as figuras parentais, o autor adverte para o fato de que, ao lado disso, pode sim haver interações sexualmente abusivas por inadequação da mãe ou do pai. Ferenczi (1992) enfatiza a imprescindibilidade de, ao se intervir, ter clareza ao diferenciar uma situação – fantasia edípica – da outra – ocorrência de interação sexual incestuosa real –, sob pena de a intervenção se tornar nada protetora em relação à criança e, ao contrário, contribuir para seu maior sofrimento psíquico, ao denegar sua fala acerca do abuso sexual.

Salter (2009) faz uma dura crítica à teoria psicanalítica e considera que Freud teve um grande fracasso ao considerar os relatos de vítimas dados por pacientes como “fantasias edípicas” e conclui que isso ocorreu para evitar o ostracismo em relação a seus colegas.

Segundo a autora, do primeiro quarto do século XX em diante, muitos psicanalistas consideravam que as vítimas de algum ataque sexual eram responsáveis pela própria vitimização e isso se prorrogou por mais de 50 anos. O adulto que praticava o abuso era simplesmente anulado das descrições desta prática como se não tivesse responsabilidade alguma ou mesmo nem estivesse lá. Quando mencionados, eram descritos em termos visivelmente benignos. A responsabilização da criança pelo abuso sexual infantil diminuiu de intensidade por um tempo entre as décadas de 70 e 80, tendo, atualmente, uma reaparição como, por exemplo, no caso do Cardeal de Boston, que abusou sexualmente de um garoto de seis anos em 2002 e afirmou em sua defesa legal que um dos motivos para que o abuso tenha ocorrido foi a negligência por parte da criança.

Ainda segundo Salter, a tendência em tornar a vítima responsável pelo abuso realmente diminuiu e a responsabilidade teve um deslocamento automático para o cônjuge não agressor e a família. Era comum que as mães fossem culpabilizadas pelo incesto pai-filha em algumas publicações (como as de Irving Kaufman et al., 1954; Blair e Rita Justice, 1979; e Yvone Tormes, 1968; citadas pela autora) que afirmavam que o incesto era a resposta da criança para o abandono pela mãe, que a criança cometia o incesto como um ato de vingança contra a mãe, que o agressor fora colocado num lugar de compensação para as frustrações infligidas pela mãe e esta era colocada no patamar de “pilar do sistema familiar patológico”, ou mesmo que a mãe teria fracassado em proteger a criança. Supostamente, as mães davam, consciente ou inconscientemente, uma permissão para que o abuso acontecesse. Considerar a família como fonte do abuso é desconsiderar a culpabilidade do agressor. Entretanto ainda hoje,

a noção de que a família é responsável pelo incesto está bem mais viva que a noção de que crianças são responsáveis em seduzir homens crescidos. Há ainda numerosos programas que usam a terapia familiar para tratar do incesto. Enquanto alguns usam a terapia familiar de maneira responsável, como um acessório ao tratamento do agressor, outros declaram abertamente que consideram que o incesto é causado pela disfunção familiar e que o tratamento deve tratar os problemas da família, não a inclinação do agressor em cometer o crime (SALTER, 2009, p. 62).

Salter descreve o abuso sexual como de responsabilidade única e exclusiva do autor , acrescentando que muitos tentam justificar tal preferência colocando a causa no uso de álcool, na dificuldade em lidar com situações estressantes ou num suposto abuso sofrido pelo agressor em sua infância. Entretanto, há problemas com cada uma dessas teorias. Sabe-se que o álcool causa uma desinibição e diminuição do senso de juízo com relação aos desejos sexuais que a pessoa já

tem e não cria um interesse sexual do qual a pessoa careça. A dificuldade em lidar com situações estressantes também não justifica o ato, já que muitos abusam de crianças quando as coisas caminham bem e para a maioria das pessoas seria bastante improvável apelar para o abuso sexual infantil como uma forma de aliviar as tensões do dia-a-dia. Já a justificativa de que aquele que abusou teria sido uma vítima tornou-se uma certa crença no campo e na população em geral.

Chartier (1997) pensa o abuso sexual a partir de uma relação incestuosa anterior vivida entre a pessoa que abusa sexualmente e o genitor do sexo oposto durante a infância da primeira e atribui o abuso em crianças ao tipo de estrutura mental do perpetrador, podendo esta ser psicopata, *borderline* ou perversa. Segundo a autora, há dois fatos que desempenham um papel determinante no estabelecimento deste tipo de comportamento transgressor:

a existência de uma sedução incestuosa atestada por uma relação particularmente erotizada e sexualizada com os pais do outro sexo; a cumplicidade incestuosa que, de algum modo, prepara o terreno para a perversão futura e, em grande número de casos, a presença de um trauma sexual real sofrido durante a infância, que desempenharia posteriormente o papel de elemento desencadeador (CHARTIER, 1997, p. 113).

Entretanto, Salter (2009) vem contrapor esta visão afirmando que, apesar de um grande número de pessoas que abusam sexualmente de crianças dizerem que também teriam sofrido do mesmo mal na infância, estas análises quase sempre baseiam-se apenas no relato dos autores do abuso e, mesmo assim, os resultados diferem de forma drástica uns dos outros, chegando a ir de 22% em alguns estudos a 82% em outros. O maior problema é que, quando o próprio interesse do autor do abuso está em jogo, mentir o ajudará de alguma forma e, se ele pode fazer isso sem ser pego, segundo a autora, certamente irá fazê-lo.

Ser vitimado quando criança tornou-se uma desculpa à mão para se perpetrar o abuso. O agressor que afirma que foi ele próprio uma vítima consegue ser visto como menos “monstro” que o que não foi vítima, ganhando muito mais empatia e apoio (SALTER, 2009, p. 76).

Jan Hindman (apud SALTER, 2009) resolveu utilizar medidas objetivas para comparar o relato de autores de abusos sexuais de crianças com dois grupos utilizando um detector de mentiras, posteriormente à entrevista, com um deles. Este último tinha imunidade de processo por crimes antes desconhecidos a fim de eliminar uma das razões pelas quais os agressores mentem. O resultado foi que as respostas desse grupo que passaria pelo detector de mentiras mostraram-se muito diferentes do outro.

Em uma série de três estudos, a porcentagem de agressores que afirmaram ter sido abusados quando crianças foi de 67%, 65% e 61% sem ameaça do detetor. Com o detetor (e a imunidade condicional), os agressores que afirmaram ser abusados quando crianças eram 29%, 32% e 30%, respectivamente (SALTER, 2009, p. 76-77)

Forward e Buck (1989) afirmam que, a cada quatro casos de abuso sexual contra crianças, três envolvem um incesto entre pai e filha e é raro que este seja um monstro, um criminoso ou um psicótico, diferenciando-se das outras pessoas apenas pela dificuldade em controlar seus impulsos. Os autores conseguem, contudo, encontrar alguns traços comuns na história destes pais incestuosos.

Muitas vezes, os pais incestuosos sofreram maus-tratos físicos ou emocionais na infância. Com frequência, afirmam que seus irmãos e irmãs eram favorecidos por seus pais. O agressor típico lembra surras violentas que levou do pai, e descreve a mãe como uma pessoa distante, inatingível, e às vezes hostil. Os pais incestuosos raramente tiveram uma oportunidade de conhecer em que consiste uma vida familiar saudável (FORWARD e BUCK, 1989, p. 43).

Os autores relatam ainda que raramente o incesto acontece com o intuito de satisfazer necessidades puramente sexuais. O sexo é utilizado como uma tentativa de satisfazer uma série de necessidades emocionais, sentimentos de profundo desajuste. Na maioria das vezes, ocorre uma busca por poder (afirmam a masculinidade tiranizando a família) ou por amor (tentativa de encontrar ternura e compreensão) na realização do ato sexual com a criança.

Schmickler (2006) concorda com a visão de que adultos que abusam sexualmente de crianças foram vítimas, também, de alguma violência em sua própria infância e que a prática de abusos na vida adulta é uma repetição dos abusos sofridos, ainda que de um diferente tipo. Segundo a autora, sem a elaboração dos traumas vividos seria impossível ultrapassá-los e recriar novas formas de lidar com os próprios filhos. Daí, o padrão segue se repetindo e causando dor. Entretanto, quando houve uma possibilidade de reflexão e consequente elaboração de aspectos vividos, estes não seguiram se repetindo.

A autora acompanhou três casos de homens adultos que abusaram sexualmente de crianças e observou que, na infância, eles não tiveram mãe que os tivesse protegido ou amparado em suas demandas. Logo, na vida adulta, escolheram mulheres que também não sabiam como proteger os próprios filhos. A repetição, no entanto, não é, necessariamente, *ipsis litteris* a contingência vivida na infância, mas uma repetição que recria, num outro tempo e espaço, novas formas de abuso.

Butler (1979) acrescenta que não são esses homens os monstruosos, mas sim a sociedade que ensinou a eles a se definirem como uma consequência do sexo deles. Eles são produtos das convicções de nossa sociedade patriarcal sobre a masculinidade, pois é nela que eles aprendem a ser adultos, pais, amantes e amigos.

São vítimas de padrões, fixados pelos homens, do comportamento adequado, e que não deixa margem para o reconhecimento de necessidades profundas e reprimidas de amor, aceitação, calor; vítimas porque não lhes é permitido sentir e expressar toda gama dos sentimentos humanos e por não lhes ter sido ensinado a compreender a força que há na admissão da fraqueza; vítimas por não serem capazes de abrir os braços ou os corações a outros, de nunca terem sido envolvidos por braços nos quais se sentissem seguros (BUTLER, 1979, p. 70).

Segundo a autora, quando tudo falha na vida desses homens, eles são levados a acreditar que o exercício do poder exercido através de seus órgãos genitais lhes assegurará a competência e poder finais. Homens que abusam sexualmente de crianças são como a maioria dos homens da sociedade que acreditam que os conflitos podem ser resolvidos pela atividade sexual, tendo como a única diferença o fato de que escolheram as próprias filhas como objetos sexuais nos quais procuram aliviar-se dos sentimentos de incerteza sobre a masculinidade deles.

A autora, contudo, também acrescenta que, sejam quais forem os problemas da família em que ocorreu o abuso, a pessoa que cometeu o abuso é a única que deve assumir a total responsabilidade de ter erotizado a relação com o(a) filho(a).

1.2 O ciclo de excitação na pedofilia

O termo pedofilia vem das combinações das expressões *paidós* (criança em grego) e *philos* (amante, que gosta de) e uma tradução literal poderia ser atração por crianças. O Código Internacional de Doenças (CID-10) classifica a pedofilia como um Transtorno de Controle dos Impulsos, dentro dos Transtornos da Preferência Sexual (Parafilias), sendo caracterizado por “uma preferência sexual por crianças, usualmente de idade pré-puberal ou no início da puberdade” em que “o indivíduo tem no mínimo 16 anos e é pelo menos 5 anos mais velho que a criança” (NOGUEIRA, 2004, p.141).

Tavares e Alarcão (2008) caracterizam a impulsividade como um componente ou traço do temperamento, composto de ações rápidas e não planejadas do comportamento em que uma avaliação das consequências não existe ou é feita apenas parcialmente com o foco nas consequências de curto prazo em detrimento das de longo prazo. Dentre os Transtornos de

Controle dos Impulsos, as perversões e parafilias são uma exceção, apresentando “uma alteração qualitativa dos impulsos pela eleição de um objeto fixo e particular de desejo ou pela forma rígida e estereotipada com que certos atos fora da norma social são conduzidos pelos indivíduos acometidos” (Idem, p. 20).

Sanderson (2005) sugere uma diferenciação da pedofilia em duas categorias: pedófilos predadores e não-predadores. Os predadores são os menos comuns e os que causam geralmente grande impacto na sociedade, com a ajuda da mídia, envolvidos em casos de raptos, expressão de raiva e hostilidade por meio do sexo (ex.: estuprar crianças) e é com frequência agressivo e sádico. Os não-predadores incluem duas sub-classificações: regressivos e compulsivos. Os pedófilos regressivos em geral mantêm uma relação estável com outra pessoa adulta, sentindo-se atraídos sexualmente por esta, todavia, por ter sentimentos de inadequação sexual, realiza os abusos em crianças de forma impulsiva, quando sob condições estressantes, ou como expressão de raiva ou hostilidade.

Ainda segundo Sanderson, a grande maioria, entretanto, está classificada como do tipo compulsivo, tendo comportamento bastante previsível e seguindo padrões claros para estabelecer contato com as crianças. São os mais propensos a se envolverem no aliciamento, podendo agir tanto dentro da família quanto fora dela. Se for casado, o pedófilo compulsivo o faz por conveniência e para ter maior acesso a crianças. Frequentemente, o interesse sexual por crianças surge na adolescência. A maioria dos pedófilos compulsivos permanece incógnita na comunidade por parecerem muito “normais” e gentis com as crianças, tidos em alta consideração por adultos, daí quase nunca serem olhados de forma suspeita. Quando expostos, muitos recusam em acreditar que o abuso realmente tenha ocorrido, o que aumenta o poder exercido pelo pedófilo numa comunidade local.

Sanderson ainda explica que a combinação fantasia-masturbação-orgasmo, com base em fantasias e imagens com crianças aliadas à masturbação, que tanto estabelecem um comportamento sexual relacionado à criança quanto o mantêm, aumenta a possibilidade da passagem ao ato vencendo inibidores internos e contribuindo com a repetição e motivação de abusos adicionais. Esta etapa precede qualquer prática de abuso.

O pedófilo associa fantasias ou imagens de crianças com excitação sexual, e, assim, cada vez que ele vê crianças ou pensa nelas, fica sexualmente excitado. Essa excitação sexual e o prazer relacionados a crianças conduzem à masturbação na qual o ciclo de fantasia,

excitação e masturbação é repetido, levando ao comportamento adquirido, ao qual os psicólogos chamam de condicionamento clássico ou pavloviano.

O orgasmo e a ejaculação, como resultado da masturbação ligada a fantasias ou a imagens de crianças, têm um componente de recompensa. Os psicólogos acreditam que comportamentos que têm um resultado prazeroso e gratificante tendem a ser mais repetidos do que os que não geram prazer. Assim, o pedófilo é recompensado, ou positivamente reforçado, no ciclo de excitação por meio do orgasmo, um processo chamado condicionamento operativo (SANDERSON, 2005, p. 57).

Importante destacar aqui que os psicólogos aos quais a autora se refere são os que adotam, como referência teórico-técnica, as abordagens comportamentais. Há bastantes divergências entre os psicólogos sobre o assunto e uma multiplicidade de perspectivas teóricas.

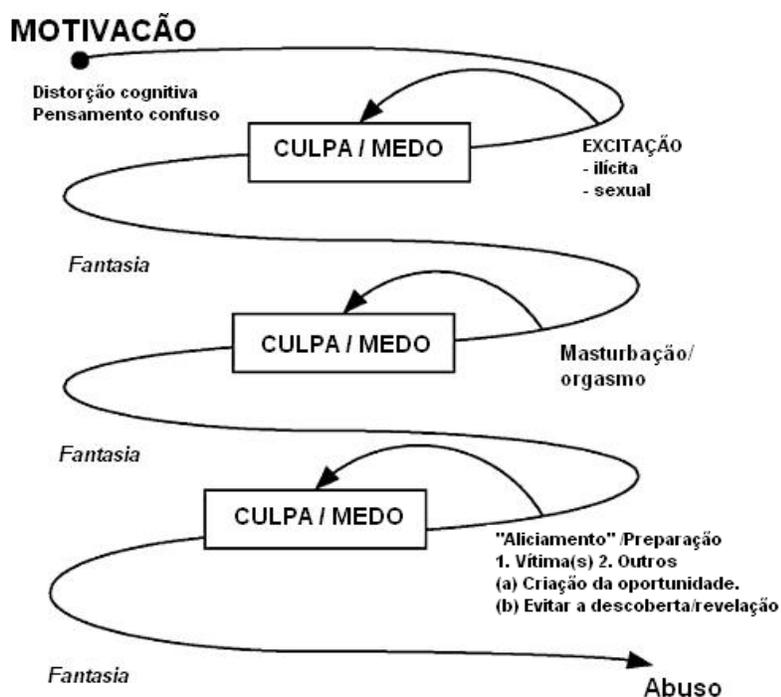


Figura: A espiral do abuso (SULLIVAN e BEECH, 2003, apud SANDERSON, 2005, p. 16)

Dessa forma, a recompensa advinda do orgasmo pode estimular o pedófilo a repetir o ciclo de excitação em busca de prazer e alívio. Entretanto, ao que vai se repetindo com o decorrer do tempo, esse ciclo se torna um círculo vicioso. As imagens e fantasias de outrora tornam-se menos estimulantes e excitantes e o pedófilo tende a buscar estímulos cada vez mais sexualizados ou eróticos, advindos da pornografia infantil. Essa exposição, repetida, torna-se cada vez menos excitante, levando-o a um tempo maior de masturbação para atingir o orgasmo com elas. Quando

esse ciclo vai ficando cada vez menos satisfatório, o autor do abuso começa a colocar em prática as fantasias, racionalizando o abuso de crianças para que possa romper as barreiras internas.

Ainda segundo Sanderson, o ciclo de abuso sexual em crianças envolve pensamentos, sentimentos e comportamentos interligados, incluindo padrões de comportamento viciosos e compulsivos que objetivam a recompensa a curto prazo. A princípio, há apenas predisposição para abusar sexualmente de crianças e presença de fantasia masturbatória (quando em situações que não sabem como lidar); a prática compulsiva da masturbação é cada vez menos satisfatória e leva o indivíduo a começar a construir pensamentos distorcidos sobre o ato sexual com crianças e ir rompendo com as barreiras internas; então, passa-se à estimulação através de pornografia infantil e visitas a lugares com muitas crianças (comportamentos de alto risco), onde geralmente a vítima é selecionada; há, então, o planejamento e aliciamento da vítima, o que pode levar até meses ou anos; superada a hesitação manifestada pela vítima, tem início o abuso, junto com ele, a manutenção do segredo; a pessoa que abusa sente remorso e tem medo de ser descoberta; o pensamento é novamente distorcido e ela reinterpreta a experiência da criança e a responsabilidade conforme seja mais conveniente para si; continua se comportando como se nada demais estivesse acontecendo (comportamento normalizador) o que leva à manutenção do abuso. A pessoa sempre está envolta em cuidados para não ser apanhada. Com o passar do tempo, os abusos se intensificam para manter o mesmo nível de satisfação.

A excitação sexual envolvendo crianças é condição *sine qua non* para o acontecimento do abuso. Entretanto, os autores de abuso podem ter outras motivações não impulsionadas por sexo, sendo um ato pseudo-sexual que objetiva satisfazer o desejo de poder e controle. Finkelhor (1984 apud SANDERSON, 2005) cita quatro condições que devem estar presentes para que o abuso ocorra, sendo elas:

- Motivação: é o estágio caracterizado pelo desejo de abusar sexualmente de uma criança advindo da necessidade de satisfazer uma lacuna emocional (congruência emocional), como supracitado, a excitação sexual por crianças e/ou o bloqueio da capacidade de relacionamento com adultos, possibilitando que a criança seja um objeto na formação de um relacionamento.
- Superação de inibidores internos: não importa quão intenso seja o interesse sexual por crianças. Se a pessoa for inibida por tabus contra a atividade sexual com estas, ele não abusará delas. Daí entram os pensamentos distorcidos, como justificações e o próprio

convencimento de que o que desejam não é tão prejudicial à criança, de que a criança é precoce ou sedutora e que a culpa é dela. Geralmente são utilizados como desculpas quando o abuso sexual é descoberto.

- **Superação de inibidores externos:** são fatores externos que impediriam a ocorrência do abuso, como a família, vizinhos colegas e até o quão supervisionada é a criança. O autor do abuso precisa planejar um momento com ambiente externo ideal em que possa abusar da criança com pouco risco de ser descoberto, o que exige um grau de planejamento futuro e habilidades manipuladoras.
- **Superação da resistência da criança:** como já dito anteriormente, muitos pedófilos escolhem crianças que sentem que são vulneráveis (tímidas, solitárias ou mesmo infelizes). Uma criança com um comportamento confiante pode transmitir mensagens de modo que o autor do abuso não tente agir por medo de ficar exposto. Mesmo assim, ainda que a criança resista, isso pode ser vencido com coerção e manipulação, além de submissão com uso de violência e ameaças.

1.3 O aliciamento e os rituais de sedução

Segundo Sanderson (2005), o aliciamento é o processo vivenciado por pessoas que abusam sexualmente de crianças para entrar em contato com elas e prepará-las para o abuso. A base dele é a sedução emocional e o seu objetivo é o contato sexual. O aliciamento é sutil e ocorre tanto na escolha da família para obter acesso à criança como na aproximação com a criança visando conquistar sua confiança. Pode durar semanas, meses e até mesmo anos. Segundo a autora, o tempo médio de aliciamento é de 18 a 24 meses até que a atividade sexual aconteça, mas a pessoa que o pratica se dispõe a esperar pacientemente.

A autora acrescenta que, quanto à seleção da vítima, o perpetrador do abuso pode escolher as vítimas de acordo com a idade, características físicas, personalidade ou grau de vulnerabilidade.

Salter (2009) afirma que há uma manipulação, por parte do autor, de crianças com baixa auto-estima e baseada na diferença entre os níveis de maturidade, estando a criança em desvantagem por não ter um alcance das idéias do adulto nem uma forma de saber que a afeição não é genuína ou mesmo como reconhecer as técnicas usadas para manipulá-la. Conte et al. (in SALTER, 2009) citam algumas falas de agressores como:

- Eu provavelmente escolheria aquela que parecesse mais carente, a criança que fica para trás das outras ou a que se sente importunada pelos irmãos e irmãs.
- Escolha crianças que não foram amadas. Tente ser gentil com elas até que elas confiem muito em você e lhe dêem a impressão de que irão colaborar de maneira voluntária. Use o amor como uma isca. (...) Dê a ela a ilusão de que ela é livre para ir ou não. Diga-lhe que ela é especial. Escolha uma criança que já foi abusada. Sua vítima irá pensar que dessa vez não será tão ruim. (p. 71)

Schmickler (2006) salienta que crianças não são capazes de compreender plenamente situações sexuais e não têm condições de consentir com discernimento sobre a participação delas em propostas feitas por adultos por serem estruturalmente dependentes e imaturas, ao que carecem dos cuidados e proteção dos pais. Pela fragilidade que apresentam, crianças são facilmente envolvidas pelos adultos em quem confiam e apresentam dificuldade para sair de situações desconfortáveis quando percebem que gratificam e dão prazer ao adulto. Este, então, intimida a criança a guardar segredo sobre o que acontece entre eles. O silêncio passa a ser uma regra imposta que organiza a relação e garante a sobrevivência do sistema.

Quando um adulto atrai uma criança para o seu prazer sexual, aproveita-se da sua ingenuidade e da sua confiança para enganá-la, o que pode ocorrer com ou sem violência física (Schmickler, 2006, p. 104).

Schmickler menciona, ainda, Perrone e Nannini (1998), que apontam o comportamento do adulto que abusa sexualmente de crianças como calcado em rituais e na transmissão de mensagens em registros contraditórios, quando o adulto fala uma coisa e metacomunica outra, que dificultam uma decodificação coerente pela criança por provocarem perplexidade e surpresa. Há uma ruptura da lógica de comunicação, em que a palavra transforma-se em um simples meio de captura, que tem como consequência a desestabilização e desorganização da criança. A criança, então, vai sendo envolvida aos poucos, mas de tal forma, que as ferramentas que possui não lhe permitem sair desta relação.

Para a autora, fica evidente que o adulto que vê todos os gestos e comportamentos da criança como um convite sensual e sexual tem uma visão desfocada e constrói, ele mesmo, a cena incestuosa.

É ele que envolve a criança num jogo perverso, em que tudo é feito para que ela acabe, inclusive, acreditando ter parcela de contribuição nos atos do adulto, ou pior, acreditando ser a responsável pelos acontecimentos (Schmickler, 2006, p. 145).

Mediante a discussão aqui apresentada, podemos perceber a importância do autor do abuso sexual em seu processo de conformação e manutenção, donde a relevância de se conceber

maneiras e estratégias de acesso a este participante da dinâmica abusiva, com vistas tanto à prevenção de novos episódios de abuso como também à atenção ao seu próprio sofrimento.

No próximo capítulo, com base em experiências levadas a cabo em alguns países e descritas em publicações científicas, discutiremos as possíveis intervenções junto a adultos que abusam sexualmente de crianças.

2. Intervenções junto ao adulto que abusa sexualmente de crianças

Atualmente, a maioria das intervenções junto ao autor do abuso sexual ocorre de forma estritamente punitiva. Apesar da pedofilia ser considerada uma doença, identificada no Código Internacional de Doenças, não há, no Brasil, quaisquer políticas públicas voltadas para o tratamento da pessoa que comete abusos contra crianças, sendo as medidas punitivas cada vez mais rigorosas.

2.1 O encarceramento

No III Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, em 2008, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou uma lei que aumentou as punições para os crimes de pedofilia, prevendo quatro a oito anos de reclusão para quem produzir, reproduzir, dirigir, fotografar, filmar ou registrar cenas de sexo explícito ou pornografia que envolvam crianças ou adolescentes.

No entanto, segundo matéria da Agência Notícia de Jornalismo Científico, na revista *Psiquê Ciência & Vida*, há uma grande falta de estrutura do sistema penitenciário brasileiro no que diz respeito à reintegração social de adultos que cometem abusos sexuais de crianças. A dificuldade de lidar com o estigma de pedófilo e de desenvolver autocontrole sobre os desejos e fantasias sexuais são outros grandes entraves, já que, “desde o momento em que chegam aos presídios, todos os acusados de crimes sexuais são acusados a viver marginalizados, em uma área separada do coletivo chamada ‘seguro’” (Idem, p. 38).

Ainda segundo o artigo, geralmente, outros presos desprezam os transgressores sexuais e o isolamento é uma forma de protegê-los que acaba sendo também mais uma forma de punição. Se houver uma rebelião, estes serão sacrificados para chamar a atenção das autoridades, o que os restringe a simplesmente fazer de tudo para serem discretos e não levantarem suspeitas sobre os crimes cometidos. Além de tudo isso, não há quaisquer tipo de tratamento oferecido ao acusado

durante o tempo de encarceramento, o que diminui ainda mais as chances de uma mudança de comportamento.

Salter (2009) traz estimativas conservadoras de cruzamento de estudos que mostram que não menos de 40% dos presos que cometeram abusos ou estupros reincidam a longo prazo. A autora cita ainda uma pesquisa realizada por Karl Hanson, que:

Descobriu que aqueles agressores que nunca se casaram, que tiveram garotos como vítimas e que apresentam um histórico de agressões anteriores demonstraram uma taxa de reincidência de 77%. Qualquer grupo com uma taxa de reincidência tão alta significa que, virtualmente, todos os agressores nesses grupos provavelmente irão reincidir na agressão, tendo em vista o que sabemos sobre agressões não detectadas (Idem, p. 66).

Estes fatores mostram que a restrição de liberdade tem se mostrado ineficaz. Além disso, essas são apenas as agressões detectadas, que podem esconder muitos casos de reincidentes que não foram pegos novamente.

Salter (2009) chama a atenção para o fato de que a prisão não faz nada para mudar o padrão de interesse sexual dos agressores, daí o ócio do encarceramento passa a servir de teto para a habitação de pensamentos, fantasias, masturbação e planos para abusar novamente de crianças. A constante masturbação com fantasias de crianças mantém a obsessão e o presidiário sai do encarceramento ao menos tão compulsivo quanto entrou.

Sanderson (2005) concorda com Salter (2009) neste ponto de que apenas restringir a liberdade de pessoas que abusaram sexualmente de crianças tem pouca ou nenhuma eficácia para ajudar numa reabilitação e acrescenta que o encarceramento também serve como circunstância propícia para aumentar o conhecimento sobre como agir sem ser pego, aumentar crenças distorcidas (sobre violência sexual contra crianças) quando entre pares e alimentar a visão de que eles são pessoas incompreendidas e vítimas da ignorância da sociedade.

Ainda que as crianças estejam protegidas enquanto eles estão na prisão, não há garantias de que elas estarão seguras quando forem soltos. No mínimo, o estresse de ficar fechado na prisão pode ser colocado para fora depois de ser libertado, resultando no cometimento de um abuso que até então estivera apenas fantasiando, o que o levava a se masturbar enquanto estava na prisão (SANDERSON, 2005, p. 98).

2.2 A castração química

Na França, o presidente Nicolas Sarkozy anunciou, em 2007, drásticas medidas contra pedofilia depois de um homem de 61 anos ter deixado a prisão (após 18 anos de encarceramento, sendo esta a terceira condenação por abuso sexual) com uma receita de Viagra do médico da

instituição. Ele reincidiu no crime dias depois de sua libertação, sequestrando e violentando um menino de cinco anos. Sarkozy anunciou que os condenados por pedofilia só sairiam da prisão quando cumprissem a pena, sem possibilidade de redução, e após um exame de periculosidade por uma junta médica. Caso ainda fossem considerados perigosos, os criminosos teriam que ser internados em hospital psiquiátrico, ficando sob custódia. Os que admitissem o tratamento poderiam ter permissão para sair do hospital, mas sempre com um “bracelete eletrônico” que permitisse o controle pelas autoridades. O tratamento seria hormonal ou por “castração química” (Portal G1).

Conforme Albuquerque (2011), a castração química é a administração de medicamentos hormonais, como o acetato de ciproterona, e a substância anticoncepcional Depo-Provera, que inibem o desejo sexual de pessoas que cometem crimes sexuais (algo que já funciona em alguns países como nos Estados Unidos, nos estados da Flórida e Califórnia desde 1997). Apesar de existirem medicamentos como alguns antidepressivos e anti-andróginos, que apenas reduzem o desejo sexual, o medicamento utilizado na castração química está inserido numa classe de drogas, normalmente administradas para pacientes com câncer de próstata, que eliminam quase completamente o desejo sexual.

Essa medida pode ser questionada visto que, como dito no capítulo anterior, muitos autores de abuso sexual agem por necessidades emocionais e há evidências de que até mesmo homens castrados tenham recaídas. Os medicamentos, apesar de diminuir a libido e minimizarem a frequência da estimulação sexual, não detém o impulso sexual e as fantasias sobre crianças. A castração química pode ter, inclusive, um efeito contrário, alimentando a frustração do autor do abuso, já que o desejo e o impulso de abusar sexualmente de crianças permanecem e ele só perde mesmo a ereção (SANDERSON, 2005).

2.3 As modalidades de tratamento

Segundo Sanderson (2005), as crenças gerais sobre tratamento de autores de abuso sexual de crianças se modificaram muito nos últimos 30 anos saindo de um “nada funciona” até “o que funciona”. Diante dos dados revelados,

As coisas que, ao que se acredita, costumam funcionar com mais frequência são mudanças de crenças em relação a violências sexuais contra crianças e as formas de lidar com as fantasias e com os impulsos para abusar sexualmente. Considera-se que isso possa reduzir a reincidência entre 10% e 30% (Idem, p. 99).

2.3.1 O SOPT – Programa para Tratamento de Agressores Sexuais

Sanderson (2005) apresenta o Programa para Tratamento de Agressores Sexuais (cuja sigla em inglês é SOPT), de uso prioritário como forma de tratamento nas prisões britânicas se dá devido às limitações da castração química. O SOPT foi introduzido pela primeira vez em 1991 com o objetivo de reconhecer que muitos agressores sexuais são pessoas com problemas que tem direito a uma resposta humana, sendo projetado para ajudá-las a elaborarem a raiva, o ressentimento e o ódio que têm por si mesmos.

Baseando-se em Terapia Cognitivo-Comportamental, o programa funciona segundo o princípio de que pensamentos, sentimentos e comportamentos estão relacionados, daí focarem nos processos de tomada de decisões, na auto-estima, em auto-afirmação e em habilidades cognitivas.

Ainda segundo a autora, a programação central consiste em: tratar pensamentos distorcidos sobre relacionamentos (reduzindo o sentimento de solidão); percepção dos efeitos da violência sobre a vítima (encorajando a examinar seu comportamento e demonstrar empatia em relação às vítimas por meio de jogos de teatro); responsabilidade e conseqüências da violência sexual; estratégias de prevenção de recaídas (para aprenderem a lidar com seus impulsos e evitarem situações em que surjam oportunidades para cometerem o abuso sexual, ou seja, situações de alto risco); e identificação do ciclo de abuso do agressor.

2.3.2 Prevenção de Recaída (PR)

Segundo Wheeler, George e Stoner (2009), a prevenção de recaída é a mais popular das abordagens cognitivo-comportamentais para tratar agressores sexuais, apresentando uma nova maneira de conceituar o tratamento do transgressor sexual, a vida após a primeira etapa do tratamento e a adaptação após a saída da prisão. A base lógica para sua aplicação aos agressores sexuais baseia-se no grande problema de manter a abstinência do comportamento-problema após o tratamento na penitenciária.

Os autores trazem ainda que o comportamento de um agressor sexual é compreendido como seguindo uma progressão padronizada. Quando o padrão de recaída de um agressor é identificado desenvolvem-se estratégias para interromper este padrão e impedir a progressão do comportamento para uma recaída.

O Departamento de Justiça dos Estados Unidos possui um serviço especializado em acompanhar agressores sexuais, durante o cumprimento da pena e depois dele, chamado Center for Sex Offender Management (CSOM). O CSOM trabalha com um programa específico denominado Supervisão de Agressores Sexuais na Comunidade (Supervision of Sex Offenders in the Community), em que trabalha-se basicamente com a prevenção de recaída como recurso de tratamento. O CSOM parte do princípio de que uma agressão sexual não acontece de repente, mas é o resultado de emoções e comportamentos sobre os quais é possível fazer escolhas. Vejamos uma versão simples do ciclo de recaída na agressão sexual:

- Fase de aparentar-ser-normal: É quando o autor se sente bem consigo próprio. Apesar de ter problemas em sua vida (talvez relacionadas com a sua situação financeira, vida social ou de emprego ou a álcool ou droga), que por vezes lhe causam significativo perigo, ele sente que eles estão sob controle.
- Gatilho: Um gatilho é um evento externo que inicia o ciclo de abuso sexual e pode ser quase nada; exemplos incluem ver uma criança em seu maiô, ficar irritado com um amigo ou um membro da família, assistir um filme na televisão que retrata uma cena de estupro, ou encontrar uma antiga vítima.
- Fase do acúmulo: A fase de acúmulo ocorre quando nada é feito pelo infrator, o facilitador do seu tratamento, o seu agente de controle ou qualquer outra pessoa para tratar o estresse causado pelo gatilho. Ver uma cena de estupro em um filme pode levar um agressor a começar a fantasiar sobre agressores e começar a olhar para as mulheres que estão sozinhas. Um argumento com um membro da família pode levar um molestatador de crianças a ir para um passeio em um parque, onde as crianças estão brincando. Vendo uma criança vestindo uma roupa de banho poderia levar um molestatador de crianças a começar a fantasiar e ir para uma escola para assistir crianças.
- Fase de pré-passagem-ao-ato: Esta fase antecede imediatamente o abuso sexual e é caracterizada pela manipulação e planejamento por parte do infrator. O autor cria um plano com dispositivos para agredir. Um esturador pode desenvolver um plano para convencer a potencial vítima a sair de um bar com ele. Um molestatador de crianças pode começar a "aliciar" um garoto que encontra no parque, dando-lhe doces e trazendo o seu cão ao parque.

- Fase do abuso/ passagem ao ato: Esta é a fase em que a agressão sexual ocorre.
- Fase da justificação: Durante esta fase, o autor passa pela negação, repressão, falsa solução e falso remorso. É importante reconhecer vários tipos de negação, incluindo a negação de fatos, a sensibilização, o impacto, a responsabilidade, aliciamento e intenção sexual. Durante a repressão, o autor faz um esforço consciente para dissimular e esquecer o comportamento abusivo. Após a supressão vem a falsa solução, um falso esforço por parte do infrator de fazer promessas para si mesmo de que ele nunca vai abusar sexualmente novamente. Falso remorso é uma tentativa não sincera por parte do infrator para mostrar que ele se sente triste pelo abuso sexual, que é geralmente auto-piedade ou a auto-aversão (CENTER FOR SEX OFFENDER MANAGEMENT, 2011).

Wheeler, George e Stoner (2009) identificam o efeito de violação da recaída (EVA) como um dos eventos cognitivos/emocionais que supostamente ocorre quando um indivíduo viola uma regra auto-imposta, engajando-se em algum ato proibido que mostrará que o seu compromisso com a abstinência foi violado. Entretanto, a forma como a pessoa reage ao lapso é que vai determinar se o lapso transformar-se-á numa recaída.

Os autores citam também o problema da gratificação imediata (PGI) como um evento cognitivo/afetivo importante, ainda que não observável no ciclo da recaída. O PGI refere-se ao fato de contemplar somente os aspectos positivos de um comportamento proibido, ignorando os negativos envolvidos no contexto. Como pode ocorrer antes ou depois de um lapso, pode aumentar as chances de um lapso vir a se tornar uma recaída. Com o uso de técnicas de PR, o paciente pode ser ajudado a identificar quando está experimentando problemas de gratificação imediata e ser desafiado a considerar os resultados negativos do seu comportamento. Contudo, se um indivíduo ainda não descontinuou alguns comportamentos proibidos (incluindo a masturbação com fantasias de transgressões), este pode não ser um momento adequado para ensinar-lhe técnicas de prevenção à recaída pois ele precisa, para isso, estar comprometido com a abstinência do comportamento-problema.

2.3.3 Entrevista Motivacional

Garland e Dougher (2001) explicam que uma das grandes dificuldades no tratamento de transgressores é o fato deles geralmente se apresentarem “desmotivados para o tratamento e desinteressados em mudar o comportamento desviante. Eles frequentemente negam, minimizam,

racionalizam ou justificam suas ações” (p. 260). Há altas taxas de abandono nos programas de tratamento e estas são, com frequência, atribuídas à motivação. Diante destes fatos, as intervenções motivacionais podem ser úteis para ajudar os indivíduos a ponderarem a mudança, trabalharem para alcançá-la e mantê-la.

Os autores consideram a mudança como de natureza dinâmica e interativa composta de variáveis pessoais, ambientais e temporais e citam fatores que contribuem para a diminuição da motivação para o tratamento, e estratégias e intervenções para envolver e manter os criminosos sexuais em tratamento e para reforçar o desejo deles de mudar.

Alguns dos fatores que contribuem para a diminuição da motivação, segundo Garland e Dougher (2001) são: (1) a dissimulação do paciente, que pode acreditar que sua reputação, credibilidade, família e suporte social serão mais fortes do que as alegações contra ele; (2) as distorções cognitivas, que podem impedir que o transgressor sinta culpa ou mesmo que ache que ele, e não os outros, tem algo a mudar, o que pode diminuir se ele vier a passar por alguma conversão moral ou religiosa; (3) expectativas e comportamentos inadequados do terapeuta, que pode subestimar a ambivalência quanto à mudança do comportamento desviante e confrontar o paciente num momento prematuro ou até mesmo de forma agressiva, levando a um aumento imediato da resistência do paciente; (4) barreiras ambientais e recursos inadequados, tais como falta de recursos financeiros, horários de trabalho que impeçam o tratamento ou mesmo falta de recursos para financiar o tratamento; (5) contingências comportamentais inadequadas, que seriam úteis para manter os transgressores sexuais em tratamento até que as intervenções terapêuticas tenham efeito e a motivação passe a ser mais intrínseca, já que, em geral, eles inicialmente se tratam para evitar as consequências negativas.

Os autores acrescentam ainda que, mesmo quando um indivíduo está determinado a mudar, o profissional deve ter em mente que esse momento de determinação é muito efêmero, quando as demandas de tratamento se apresentam. Neste sentido, o terapeuta deve estar atento para envolver o agressor sexual no tratamento para que o paciente consiga se comprometer com a mudança de comportamento. Algumas das estratégias e intervenções para este fim são: (1) oferecer informações acerca dos limites do sigilo, das avaliações utilizadas e sobre o papel do terapeuta no caso; (2) neutralizar a dissimulação comunicando que compreende com empatia os motivos desta, observando o quanto ela é comum e prevendo que o paciente pode ser tentado a se envolver nela; (3) usar estratégias da Entrevista Motivacional, tais como fazer perguntas abertas,

eliciar afirmações auto-motivacionais, realizar reformulações, oferecer reflexões de dupla-face que o ajudem a elaborar a ambivalência, encorajar e destacar os esforços bem sucedidos (não só para aumentar a auto-eficácia, mas também para lidar com os momentos em que o tratamento parece estar estagnado); (4) usar os resultados de evidências e avaliações para confrontar (de forma não agressiva) o agressor e ajudar a aumentar a discrepância envolvida no comportamento; (5) identificar ou mesmo criar contingências comportamentais potenciais relevantes para a participação do paciente no tratamento e solicitar o apoio de outras pessoas, sejam da família ou mesmo um grupo de pacientes num estágio mais adiantado.

Os autores afirmam que somente após o indivíduo ter reconhecido a necessidade de tratamento é que este pode começar. É importante considerar que o indivíduo em tratamento tem uma ambivalência com relação ao seu comportamento transgressor e que ele pode vir a ter momentos de resistência, já que está em constante flutuação entre os estágios de mudança. Durante o tratamento, o terapeuta deve estar sempre atento à resistência do paciente, estruturando adequadamente as atividades de tratamento conforme o níveis de dificuldade e usando as estratégias motivacionais adequadas ao estágio motivacional em que o paciente se encontra. A confrontação é, por vezes, necessária. Contudo, precisa ser feita com tato, empatia e, muitas vezes, com senso de humor.

2.3.4 Terapia de Redução do Risco de Recaída (T3R) e Terapia Comportamental Dialética (TCD)

Wheeler, George e Stoner (2009) fazem uma importante crítica ao modelo de Prevenção de Recaída (PR) aplicado ao tratamento de transgressores sexuais. Para eles, a PR deve ser implementada como um adjunto ao tratamento – como inicialmente foi proposto para o tratamento de outras adições – e não como o tratamento principal – como tem sido feita ultimamente em muitos lugares. Quando a PR foi desenvolvida, não havia ainda o conhecimento sobre os fatores de risco de recidiva que existe atualmente.

Se um transgressor ainda não descontinuou alguns comportamentos proibidos, pode ser prematuro ensinar-lhe técnicas para impedir a “recaída” no caso desses comportamentos. Por tal razão, a PR tem sido criticada como uma abordagem necessária, porém insuficiente, para o tratamento de transgressores sexuais (Ibid, p.291).

Os autores consideram, ainda, a PR como uma importante ferramenta para identificar os pensamentos e comportamentos-problema – além de possíveis pontos de intervenção – nos

momentos últimos precedentes à recaída, ou seja, fatores dinâmicos agudos. Entretanto, não se destina a ser a principal abordagem para facilitar uma mudança do estilo de vida que resultam no ciclo de transgressão sexual, tais como habilidades de enfrentamento mal-adaptativas, déficits de auto-regulação, estilos de pensamento problemáticos, e/ou habilidades interpessoais ineficazes.

Diante destas dificuldades, os autores propuseram uma nova abordagem de tratamento para transgressores sexuais fundamentada na PR com a incorporação de princípios de tratamento baseados no risco, tendo como foco os fatores dinâmicos “estáveis” de recidiva, isto é, fatores compostos por variáveis que podem reduzir ou aumentar o risco de recidiva, facilitando mudanças de longo prazo nos comportamentos. A esta nova abordagem, os autores chamaram de Terapia de Redução do Risco de Recaída (T3R). Na T3R, os planos de tratamento de tratamento são desenvolvidos levando em conta as idiosincrasias de cada paciente a partir de uma avaliação de suas necessidades de tratamento baseadas no risco de cada um.

O primeiro foco da T3R é a identificação dos fatores de risco dinâmicos como necessidades de tratamento através de uma análise funcional em que se examinam áreas de risco que posteriormente serão abordadas a partir de uma perspectiva comportamental. São verificados, por exemplo, qual é o comportamento problema, em que contexto ele geralmente ocorre e como ele é mantido e reforçado. A partir das respostas, são verificadas quais outras seriam respostas alternativas para um resultado menos prejudicial e mais eficiente, já que é ineficaz tentar modificar um comportamento mal-adaptativo sem aprender uma resposta alternativa, segundo um princípio comportamental básico. Este processo é caracterizado como um processo de treinamento de habilidades. Sendo assim, as necessidades de riscos dinâmicos são conceituadas como “déficits de habilidades” e aí entra um modelo de treinamento de habilidades cognitivo-comportamentais chamado de Terapia Comportamental Dialética (TCD), modelo no qual a T3R se baseia fundamentalmente para lidar com as necessidades de risco dinâmicas dos transgressores devido à consistência da TCD com os princípios de tratamento baseados no risco.

A Terapia Comportamental Dialética foi desenvolvida por Marsha Linehan (2010a) em 1993 para tratar, inicialmente, do Transtorno de Personalidade Borderline, atuando na redução de comportamentos mal-adaptativos, e logo foi implementada no tratamento de outros pacientes como, por exemplo, dependentes químicos e transgressores sexuais.

a TCD é uma abordagem comportamental desenvolvida com o propósito específico de tratar uma população de pacientes cujos comportamentos problemáticos e frequentemente danosos

perduravam há muito tempo, eram invasivos e muito resistentes à mudança (Wheeler, George e Stoner, 2009, p. 295)

Linehan (2010b) considera a importância da relação terapêutica para o tratamento e coloca a relevância de levar-se em conta a interconexão entre déficits de habilidades, por ser difícil aprender um novo grupo de habilidades sem aprender um outro grupo simultaneamente.

É particularmente difícil aprender habilidades psicossociais quando o ambiente imediato da pessoa ou a cultura mais ampla não sustentam tal aprendizagem. Assim, o indivíduo não apenas deve aprender habilidades de autorregulação, como novas habilidades para influenciar seu ambiente (Linehan, 2010b, p. 18).

Linehan (2010a) traz também a importância de encarar a natureza fundamental da realidade como mudança e processo, em vez de conteúdo e estrutura, de não considerar a realidade como algo estático, mas compreender também a tese e antítese das forças internas opostas, ajudando o paciente a fazer uma síntese entre pensamentos, emoções e comportamentos dicotômicos. Linehan cita três polaridades que dificultam bastante o processo que são a aceitação de como o indivíduo é no momento e a necessidade de mudar, a tensão entre conseguir o que é necessário e perder o que é necessário ao se tornarem mais competentes e, a terceira, refere-se à capacidade do indivíduo manter sua integridade pessoal e validar tanto a visão que ele tem das dificuldades dele como o aprendizado de novas habilidades que ajudem a sair do sofrimento.

Wheeler, George e Stoner (2009) resumem a aplicação da TCD a quatro áreas, todas muito importantes no tratamento de transgressores sexuais: mindfulness (a meditação com atenção plena), que foca no automonitoramento e a auto-regulação; regulação da emoção, que lida com a desregulação afetiva e a labilidade de humor ensinando novas habilidades para identificar emoções e lidar com elas de forma eficaz; tolerância de angústia, que foca os comportamentos mal-adaptativos e ensina habilidades para lidar com os estressores da vida e os comportamentos impulsivos que geralmente os acompanham; e a eficácia interpessoal, que foca nas relações sociais e em como atingir objetivos sem violar os direitos e necessidades dos outros.

Ainda segundo os autores, a T3R considera também a redução de danos (RD), mais uma abordagem nascida no campo das adicções, que surgiu da frustração em alcançar objetivos estritamente definidos, lembrando que “a abstinência é a RD *fundamental*” (Wheeler, George e Stoner, 2009, p. 306).

Diante da discussão apresentada neste capítulo, podemos perceber a importância de oferecer uma intervenção adequada ao autor do abuso sexual em seu processo de tratamento e reinserção social.

Conclusão

Neste trabalho, foi possível observar que a discussão sobre as intervenções adotadas junto ao autor do abuso sexual de crianças é de grande importância, apesar de ainda pouco realizada no Brasil, tendo como autores principais Christiane Sanderson, Tilman Furniss e Anna Salter.

Acerca dos autores de abuso, percebemos que a bibliografia específica existente tende a dar relevância ao tratamento destes durante o período de encarceramento e após o cumprimento da pena como forma de evitar a reincidência ou mesmo dar suporte ao indivíduo em sofrimento.

A partir desta pesquisa, observa-se que as intervenções restritivas de liberdade, geralmente as ofertadas no Brasil, não são capazes de dar conta do sujeito que cometeu o abuso. O fato do transgressor estar encarcerado não diminui a probabilidade dele cometer um novo abuso. Em vez disso, o que pode ocorrer é uma alimentação cada vez maior da compulsão através de fantasias masturbatórias. Sem tratamento adequado, o indivíduo estará sujeito à recaída assim que enfrentar situações com as quais não saiba como lidar.

Há uma grande necessidade de políticas públicas que possibilitem o tratamento de adultos que cometeram abusos sexuais contra crianças para que se possa diminuir o número de reincidência, conquanto este sujeito, mesmo que venha a ter sua liberdade restrita, voltará para a sociedade quando estiver em dia com a justiça.

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NOTISA DE JORNALISMO CIENTÍFICO. Monstro ou Doente? *Psiquê Ciência & Vida*. Ano III, nº 27, p. 32 a 39, sem data.

ALBUQUERQUE, C. *França discute aplicar castração química em agressores sexuais*. Deutsche Welle. Disponível em <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,4909865,00.html> . Acesso em 28 de Julho de 2011.

BUTLER, Sandra. *A Conspiração do Silêncio: o trauma do incesto*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

CENTER FOR SEX OFFENDER MANAGEMENT. Components os Supervision. Disponível em <http://www.csom.org/>, acesso em 28 de Julho de 2011.

CHARTIER, L.; CHARTIER, J. P. Crianças e Adolescentes Agressores Sexuais de Crianças. In: GABEL, Marceline (org.). *Crianças Vítimas de Abuso Sexual*. São Paulo: Summus, 1997.

FERENCZI, S. Confusão de Língua entre Adultos e a Criança (A Linguagem da Ternura e da Paixão. In: *Obras Completas*, vol. IV, São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FORWARD, S; BUCK, C. *A Traição da Inocência: o incesto e sua devastação*. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

GARLAND, R. J.; DOUGHER, M. J. A Intervenção Motivacional no Tratamento de Criminosos Sexuais. In: MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de tratamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

LINEHAN, M. Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline: guia do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LINEHAN, M. Vencendo o Transtorno da Personalidade Borderline com Terapia Cognitivo-Comportamental: manual do paciente. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NOGUEIRA, M. de J. (Org.). *Diagnóstico Psiquiátrico: um Guia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1995.

PORTAL G1, <http://g1.globo.com/Noticias/Mundo/0,,AA1614916-5602,00.html> . Acesso em 28 de julho de 2011.

SALTER, A. C. *Predadores – Pedófilos, Estupradores e Outros Agressores Sexuais*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda, 2009.

SANDERSON, C. *Abuso Sexual em Crianças*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda, 2008.

SCHMICKLER, C. M. *O Protagonista do Abuso Sexual: Sua Lógica e Estratégias*. Chapecó: Argos, 2006.

TAVARES, H; ALARCÃO, G. Psicopatologia da Impulsividade. In: ABREU, C. N. De; TAVARES, H. CORDÁS, T.A. (org.) *Manual Clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TELEFONO ARCOBALENO. *14º Rapporto Anuale Sulla Pedofilia On Line*. Malta, Osservatorio Internazionale, 2009. Disponível em <http://www.telefonoarcobaleno.org/wordpress/wp-content/uploads/2011/01/Ultimo-rapporto-annuale.pdf>, acessado em 20/05/2011.

WHEELER, J. G.; GEORGE, W. H.; STONER, S.A. Melhorando o Modelo de Prevenção de Recaída para Transgressores Sexuais. In: MARLATT, G. A.; DONAVAN, D. M. (orgs.) *Prevenção de Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.