Cofinanciado pela
União Europeia

ATHENA
BEGIN

MATERIAIS DE FORMAÇÃO

ATHENA START: 856613 - COOPERAÇÃO EUROPEIA CONTRA A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PARA COM AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL.

WP2: RECOLHA DE DADOS SOBRE AS NECESSIDADES DOS PROFISSIONAIS E DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL PARA A MELHORIA DAS COMPETÊNCIAS

έδρα social cooperative activities for vulnerable groups
U.PORTO FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE DO PORTO
A LA PAR
UMAR
atades

Coordinator

Jose Ramón Roldán

Research Team

Greece

Alexander Oikonomou
Maria Kerasoglou
Michalis Papachatzis

Spain

Victoria Ledesma
Alejandro Aineto Bandrés
Sara Flores Rueda
Jaime Alemany Carrasco

Portugal

Maria José Magalhães
Susana Coimbra
Cecília Loureiro
Ilda Afonso
Elsy Karina Gonçalves
Camila Iglesias

Contenido

1. PROJETO ATHENA 3
2. INTRODUÇÃO À VIOLÊNCIA DE GÉNERO E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL 4
3. ENQUADRAMENTO REGULATÓRIO 10
4. RESUMO DO RELATÓRIO DE ANÁLISE DE NECESSIDADES DO PROJETO ATHENA 22
5. DIFICULDADES NA DETEÇÃO E ATENÇÃO 24
6. APOIO E ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR A VITIMAÇÃO SECUNDÁRIA 39
7. DIFICULDADES DAS VÍTIMAS DE VD/VG COM DI ANTES DA QUEIXA 47
8. APOIO NO PROCESSO: FACILITADOR/A 50
9. TERAPIA PARA QUEBRAR O CICLO DE VIOLÊNCIA 72
10. OUTROS RECURSOS 97
11. BIBLIOGRAFIA 99

1. PROJETO ATHENA

Este projeto aborda a vulnerabilidade específica das pessoas com deficiências quando se tornam vítimas de abuso. Em particular, violência doméstica e violência de género (VD/VG). O projeto oferece recursos e ferramentas aos/às profissionais que apoiam pessoas com deficiências intelectuais (DI) vítimas de violência doméstica e empodera as próprias vítimas a melhorar a sua qualidade de vida ao desenvolver as suas competências e capacidades.

Este objetivo requer que tanto o contexto como as circunstâncias em que a violência ocorreu sejam abordados adequadamente de forma a identificar as realidades escondidas, a lidar com elas de forma profissional e eficaz, e a minimizar qualquer vitimação secundária que estas pessoas possam sofrer durante o processo.

Os principais resultados do projeto são: manuais e guias para a intervenção; formação de profissionais envolvidos no apoio a vítimas de VD/VG; conteúdos para a prevenção; desenvolvimento de manuais para diferentes ações; implementação de um novo método de formação para profissionais; variados *workshops* de prevenção direcionados para pessoas com DI que possam estar em risco de sofrer VD/VG.

Espera-se que o ATHENA beneficie 2800 mulheres e homens com DI, 600 profissionais de diferentes áreas (profissionais de saúde, psicólogos/as, assistentes sociais, juristas, polícias, cuidadores/as) e mais de 7140 cidadãos/ãs dos três países envolvidos, de forma direta ou indireta.

Outros resultados do projeto são as ações de capacitação para profissionais realizadas nos três países parceiros; o Manual para a Prevenção e Sensibilização da VD/VG direcionado aos/às profissionais que trabalham com pessoas com DI; vários *workshops* de prevenção direcionados a pessoas com DI; e o desenvolvimento de um manual com recomendações sobre a prestação de serviços a mulheres com DI que são vítimas de VD ou VG, que pretende completar e melhorar os protocolos de ação já estabelecidos pelas autoridades competentes na área da VD/VG em cada país parceiro.

Mais ainda, outros resultados a partir da investigação do projeto, como o relatório do Estado da Arte e o Relatório de Análise das Necessidades, constituem contribuições extremamente valiosas para o conhecimento sobre esta área tão pouco estudada.

2. INTRODUÇÃO À VIOLÊNCIA DE GÉNERO E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

O enquadramento legal internacional sobre a violência de género não só se refere à violência contra as mulheres na esfera doméstica perpetrada pelo seu marido/esposo, companheiro ou ex-companheiro, mesmo sem cohabitação, como também estabelece um conceito abrangente de violência de género, introduzindo outros tipos e contextos de violência e considerando muitas áreas das vidas das pessoas.

A nível Europeu, a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica (Istambul, 2011) estabelece uma diferença entre a violência contra as mulheres e a violência doméstica, notando que a violência doméstica afeta desproporcionalmente as mulheres, como o demonstra as seguintes definições:

A. "Violência contra as mulheres" deve ser entendida como uma violação dos direitos humanos e uma forma de discriminação contra as mulheres, e deve designar todos os atos de violência de género que implicam ou podem implicar dano ou sofrimento de natureza física, sexual, psicológica ou económica, incluindo ameaças, coação ou privação da liberdade, na vida pública ou privada.

B. "Violência doméstica" significa todos os atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem na família ou em casa, maioritariamente entre cônjuges ou companheiros ou outros familiares, em eventos anteriores ou atuais, independentemente se o perpetrador do crime partilha ou partilhou a mesma morada que a vítima.

C. Por "género" entendem-se os papéis, comportamentos, atividades e atribuições socialmente construídas que uma certa sociedade considera apropriados para mulheres ou homens.

D. "Violência de género contra as mulheres" significa toda a violência cometida contra uma mulher porque ela é mulher ou que afeta desproporcionalmente as mulheres. Por "vítima" entende-se qualquer pessoa que é sujeita às atitudes ou comportamentos especificados nas secções A e B.

E. O termo "mulher" não se refere apenas a mulheres adultas, mas também inclui raparigas com menos de 18 anos de idade.

A Convenção define VG numa perspetiva abrangente, considerando várias formas de violência contra as mulheres neste contexto, como: violência física, psicológica e

sexual, incluindo violação, mutilação genital feminina, casamento forçado, assédio, aborto forçado, esterilização forçada.

Este conceito abrangente de VG também inclui: o tráfico de seres humanos para fins de exploração sexual, direta ou indiretamente, a situação de especial vulnerabilidade em que as mulheres migrantes ou refugiadas se encontram, e a violência institucional.

Resumidamente, devido às suas características e dinâmicas, a VG pode ser considerada uma forma de violência particular (Larrosa, 2020), diferente de outros tipos de violência interpessoal. Apesar da VG e a violência doméstica serem semelhantes em diversos aspetos, estes conceitos são distintos. A violência doméstica sofrida por mulheres é uma manifestação da violência de género, e a VG é um conceito muito mais abrangente que inclui todas as formas de violência contra as mulheres referidas acima.

O impacto da violência de género nas mulheres com deficiência intelectual

O conceito de DI tem evoluído ao longo dos anos. Modelos explanatórios anteriores focavam-se nas limitações funcionais das pessoas com deficiências, nos seus défices e incapacidades, colocando o foco do problema no indivíduo, atribuindo as dificuldades de adaptação ao ambiente à pessoa com deficiência e as suas limitações e considerando quaisquer variáveis externas como não existentes ou não contributivas (Cendra, J., Alemany, A., y Hernández, M. 2016).

Felizmente, a partir de 1992, e graças à mudança de modelo proposta pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, pela Classificação Internacional de Funcionamento, Deficiência e Saúde (CIF) e pela Associação Americana de Retardamento Mental (agora denominada de Associação Americana de Deficiências Desenvolvimentais e Intelectuais, em diante AADDI), esta conceção está a mudar.

Isto contribui para uma mudança de perspetiva sobre a deficiência, em que esta não reside apenas na pessoa individual, mas na interação entre ele/a com o seu ambiente. Assim, uma grande parte da deficiência associada à pessoa reside, de facto, na sociedade, que impõe barreiras incapacitantes para algumas pessoas. Se os recursos e apoios necessários estivessem disponíveis, o funcionamento individual da pessoa com DI não seria prejudicado, e ela seria capaz de ter um funcionamento completo e autónomo.

Nesta conceção, DI é uma condição da pessoa, caracterizada por ser multidimensional (onde intervêm aspetos fisiológicos, psicológicos, médicos, educacionais e sociais), multi-causal (a deficiência pode ser devido a patologias genéticas, lesões neurológicas, ou fatores ambientais, educacionais ou sociais) e extremamente heterogénea (as diferenças entre pessoas com DI são ainda maiores,

se tal for possível, do que as diferenças entre as pessoas na população geral sem deficiências) (AADDI, 2010).

Apesar da enorme disparidade entre as diferentes pessoas com o diagnóstico de DI, de acordo com a AADDI, este deve necessariamente incluir três componentes:

- Limitações significativas no funcionamento intelectual.
- Limitações significativas no comportamento adaptativo.
- Idade de início antes dos 18 anos.

Infelizmente, apesar de quase três décadas terem passado desde que as Nações Unidas, a CIF e a AADI avançaram com esta nova conceção de DI, muitas pessoas não conhecem as dimensões desta mudança, continuando a basear-se em modelos anteriores. Isto favorece a estigmatização das pessoas com DI através do olhar de pena ou tristeza que lhes é dirigido e, portanto, aumenta o risco de realizar uma intervenção baseada no paternalismo.

Apenas nos últimos anos tem a sociedade vindo a consciencializar-se para a vulnerabilidade das pessoas com DI no caso de serem vítimas de abuso (Westcott and Jones, 1999; Sullivan and Knutson, 2000). A literatura internacional tem demonstrado durante décadas a alarmante prevalência de abuso de pessoas com DI (Brown, Stein and Turk, 1995; Sobsey, 1994; McCarthy, and Thompson, 1997), em que os dados demonstram que cerca de 80% das pessoas com DI foram ou serão vítimas de algum tipo de abuso ao longo das suas vidas (Brown, Stein and Turk, 1995; Horner-Johnson and Drum, 2006; McCarthy and Thompson, 1997; Sobsey, 1994; Verdugo, Alcedo , Bermejo and Aguado, 2002).

A Agência para os Direitos Fundamentais (FRA, 2014) lançou um relatório com os principais resultados do questionário sobre a violência contra as mulheres na UE, providenciando dados específicos sobre mulheres com deficiências. De acordo com o relatório, foram entrevistadas 42,000 mulheres dos 28 Estados Membros da União Europeia, com perguntas sobre as suas experiências de violência física, sexual e psicológica. As entrevistadas reportaram experiências de perseguição, assédio sexual, assim como abuso infantil.

Os resultados mostram que a VG persiste amplamente nos países membros da UE. 34% das mulheres com deficiência relataram terem experienciado alguma forma de violência física ou sexual depois dos 15 anos de idade, comparado com 19% das mulheres sem deficiências. Mais ainda, 46% das mulheres com deficiências afirmaram terem sofrido de violência física, sexual ou psicológica antes dos 15 anos de idade (FRA, 2014).

No que concerne à violência psicológica e ao assédio, os números são ainda mais altos. 61% das mulheres com deficiência sofreram assédio sexual desde os 15 anos.

Por sua vez, 26% das entrevistadas com deficiência experienciaram perseguição (FRA, 2014).

A vulnerabilidade adicional das mulheres com DI é influenciada por vários fatores que podem ser agrupados em três grandes variáveis:

1) Enquadramentos conceptuais antiquados ou a conceção social da própria deficiência intelectual

Como já referido, as famílias, os/as profissionais e a sociedade em geral continuam com uma visão da deficiência baseada em modelos anteriores, o que dificulta o desenvolvimento pleno das pessoas com DI, tornando-as as vítimas perfeitas.

Isto acontece não tanto devido à sua condição de pessoas com DI, mas devido à conceção que o contexto tem sobre elas e as suas famílias, isto é, a forma que a sociedade olha para as pessoas com deficiências. Esta perceção da deficiência por parte da sociedade tem um impacto na identidade da pessoa com deficiência e da sua família, o que pode gerar baixa autoestima e insegurança (Avilés, 2019).

A partir desta conceção social desadequada da deficiência, é comum a pessoa com deficiência ser infantilizada, igualando-a a um/a menor ou a uma pessoa sem capacidade de agir ou decidir. Isto agrava a dificuldade da pessoa funcionar por si própria e procurar a sua própria autonomia, e potencia a geração de relações de dependência e submissão com o ambiente.

Esta visão da sociedade sobre a DI, em conjunto com o contentamento e isolamento frequentes que as pessoas com deficiência sofrem devido à sua condição, causa altas taxas de desejabilidade social e dificuldades em ser assertivo/a e defender os seus próprios direitos (Manzanero et al. 2011).

Do mesmo modo, a falta de formação para pessoas com deficiências sobre questões afetivas e sexuais, sobre violência sexista ou sobre a prevenção de situações de abuso ou maus-tratos, faz com que este grupo careça das ferramentas necessárias para distinguir e identificar o que pode ser prejudicial ou os/as pode desproteger. Tradicionalmente, as pessoas com deficiências intelectuais (PDI) têm sido vistas como crianças sem sexualidade ou assexuais sem qualquer desejo sexual.

2) Dificuldades na realização do luto primário

A pessoa com DI e os seus familiares lidam com o dano emocional causado pelo luto devido à deficiência e as dificuldades acrescidas ao longo dos diferentes estágios do ciclo de vida familiar. Este luto envolve assimilar a perda de expectativas e lidar com a realidade trazida pela chegada de um membro com DI.

Este impacto é denominado trauma primário (Sinason, 1992) e é gerado pela visão, já mencionada, que a sociedade tem sobre a DI, que afeta todos os membros da família e como estes se vão relacionar a partir dos diferentes papéis (pais, mães, filhos/as e irmãos/as) e como vão interagir com as pessoas fora do núcleo familiar, quer sejam profissionais, em amizades, em relações de intimidade, etc.

Assim, o luto primário é um fator de vulnerabilidade. Por um lado, porque o luto provoca, nas famílias de uma pessoa com deficiência, uma tendência para o isolamento e dificuldade em gerar os recursos necessários para prever ou detetar uma situação de abuso. E, por outro lado, esse trauma pode gerar danos psicológicos ao longo da vida da pessoa com deficiência, o que pode influenciar o aumento de vulnerabilidade e recursos de *coping* ao enfrentar uma possível situação de violência.

3) Falta de recursos para cuidar de vítimas com deficiência intelectual

Atualmente, existem poucos recursos especializados para vítimas com DI. Até 2010 não havia qualquer recurso específico, e foi então que a UAVDI da Fundação Carmen Pardo-Valcarce (A LA PAR) foi criada como uma referência nacional em Espanha. A sua trajetória tem-na levado a criar outras unidades especializadas em diferentes partes do país (Catalúnia, Castela-Mancha, Aragão e La Rioja).

Na Grécia, não há recursos do Estado especializados destinados a vítimas com DI. Entidades legais e instituições de saúde mental mantêm um esforço contínuo para desenvolver recursos que têm sido criados no âmbito de programas co-financiados pela UE (tais como StaySafe/ https://staysafeproject.eu/, DESEM/ https://www.desemproject.eu/, entre outros). Em Portugal, a situação é a mesma e há falta de recursos especializados para vítimas com DI.

Do mesmo modo, a falta de recursos especializados, a falta de formação para profissionais de saúde em questões de abuso ou maus-tratos de pessoas com deficiências e a sobrecarga destes profissionais criam grandes dificuldades na realização do trabalho necessário em termos de prevenção e deteção de possíveis casos, o que contribui para que os altos níveis de abuso deste grupo se mantenham.

Por sua vez, a falta de conhecimento e sensibilização sobre a DI entre profissionais das órgãos de polícia criminal ou do sistema legal fazem-nos basear-se em mitos sobre a deficiência, dando menos credibilidade às pessoas com deficiências por acreditarem que este grupo tende a fantasiar e a mentir, ou mitos sobre a sexualidade de pessoas com deficiências, acreditando que elas não têm qualquer desejo sexual ou que são pessoas extremamente promíscuas. A crença nestes mitos afeta o tratamento recebido pela pessoa com deficiência na sua passagem pela justiça (Manzanero et al, 2011).

É importante notar que, na sua maioria, os fatores de vulnerabilidade dependem do contexto da pessoa, sendo uma consequência direta da já mencionada arcaica e errónea conceção de DI.

Assim, à medida que a sociedade avança, transforma esta visão da deficiência e inclui a participação deste grupo na sociedade, muitos destes fatores de vulnerabilidade irão desaparecer, reduzindo o número de abusos e situações de violência e, portanto, melhorando a qualidade de vida de pessoas com DI, especificamente mulheres com deficiências.

3. ENQUADRAMENTO REGULATÓRIO

3.1 IMPLEMENTAÇÃO DA CONVENÇÃO DE ISTAMBUL PELOS ESTADOS

A nível internacional, existem vários instrumentos legais com provisões sobre a VG. As mais importantes são nomeadas de seguida:

Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica (Convenção de Istambul).

A importância da Convenção está no facto de que é o primeiro instrumento vinculativo ao nível Europeu na área da violência contra as mulheres e violência doméstica, e é o tratado internacional com maior alcance a abordar esta séria violação dos direitos humanos, estabelecendo tolerância zero para a violência contra as mulheres.

A violência contra as mulheres é reconhecida na Convenção como uma violação dos direitos humanos e uma forma de discriminação, responsabilizando os Estados se não responderem adequadamente.

Os Objetivos da Convenção (Artigo 1):

"a) Proteger as mulheres contra todas as formas de violência, bem como prevenir, instaurar o procedimento penal relativamente à violência contra as mulheres e à violência doméstica e eliminar estes dois tipos de violência;

b) Contribuir para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e promover a igualdade real entre mulheres e homens, incluindo o empoderamento das mulheres;

c) Conceber um quadro global, bem como políticas e medidas de proteção e assistência para todas as vítimas de violência contra as mulheres e de violência doméstica;

d) Promover a cooperação internacional, tendo em vista a eliminação da violência contra as mulheres e da violência doméstica;

e) Apoiar e assistir as organizações e os serviços responsáveis pela aplicação da lei para que cooperem de maneira eficaz, tendo em vista a adoção de uma abordagem integrada para a eliminação da violência contra as mulheres e da violência doméstica."

A convenção reconhece como formas de violência contra as mulheres: violência física, psicológica e sexual, incluindo violação; mutilação genital feminina, casamento forçado, assédio, aborto forçado e esterilização forçada. Isto implica que os Estados devem introduzir estes termos nos seus sistemas legais.

Praticamente todas as condutas incluídas na Convenção são condenadas em diversos sistemas legais. Por exemplo: Em Espanha, a Lei Orgânica 1/2015 de 30 de Março, que modifica a Lei Orgânica 10/1995 de 23 de Novembro, do Código Penal, incorpora o género como uma razão para discriminação e um fator agravante, e define-o, de acordo com a Convenção do Conselho da Europa sobre a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e a violência doméstica, como "os papéis, comportamentos ou atividades e atribuições socialmente construídos que uma sociedade específica considera serem de mulheres ou de homens". O Género como um fator agravante pode constituir uma base para ações discriminatórias diferentes das cobertas na referência ao sexo.

Em relação a outras formas de violência contra as mulheres, o artigo tipifica pela primeira vez o novo crime de casamento forçado, de forma a cumprir os compromissos internacionais assumidos por Espanha na Convenção de Istambul (Artigo 172).

O acordo foi ratificado pelo Parlamento Grego em 2018 e está definido no artigo 28 parágrafo 1 da Constituição Grega. As disposições introduzidas para a implementação das provisões da Convenção de Istambul incluem:

a) reforçar a lei penal para abordar crimes contra as mulheres (mutilação genital, perseguição, "crimes de honra")
b) abolir o princípio altamente anacrónico do artigo 339º, parágrafo 3 do Código Penal (a não acusação se ocorreu um casamento entre o perpetrador de sedução de menor e a vítima)
c) alterar a Lei 3500/2006, com o objetivo de implementar de forma mais abrangente e eficaz a Convenção de Istambul
d) alterar a Lei 3811/2009 sobre a Autoridade Helénica de Compensação, com o objetivo de tornar mais fácil à vítima o acesso à compensação providenciada por esta lei
e) alterar a lei 2168/1993 sobre as armas, para que não sejam atribuídas licenças a pessoas que estão acusadas ou foram condenadas a crimes de violência doméstica
f) proteger imigrantes ilegais vítimas de violência doméstica que se dirijam às autoridades competentes para apresentar queixa, de deportação
g) nomear a Secretaria-Geral para a Igualdade de Género como a autoridade de monitorização da Convenção.

Portugal ratificou a Convenção a 5 de fevereiro de 2013. De acordo com relatórios recentes do GREVIO (Grupo de Peritos na Ação contra a Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica), o corpo designado para monitorizar a implementação da Convenção de Istambul, Portugal tem dado passos importantes na luta contra a violência doméstica e a desigualdade de género; no entano, algumas lacunas ainda necessitam de ser preenchidas, nomeadamente relativamente aos grupos mais vulneráveis. O relatório encoraja as autoridades Portuguesas a "rever os níveis de despesas de forma a corrigir as falhas existentes na provisão de serviços de apoio especializado para vítimas de todas as formas de violência contra as mulheres, incluindo grupos de vítimas mais vulneráveis, tais como raparigas, mulheres idosas, mulheres com dificiências, (...) garantir igual acesso aos serviços para todas as vítimas ao longo do território nacional, ao assegurar que os recursos humanos e financeiros mais adequados estão disponíveis em todos os níveis de responsabilidade pública (GREVIO, 2019, p. 20).

As bases e extensão da Convenção estão de acordo com as regulações e ações realizadas pelos países do consórcio nesta matéria, visto que, de entre as obrigações dos Estados da Convenção de Istambul, destacam-se algumas medidas já consolidadas nos países do consórcio, tais como:

A) A formação de diferentes grupos de profissionais que intervêm em situações de VG.

B) A informação e serviço de apoio jurídico para VG 016, grátis e disponível 24 horas por dia, 365 dias por ano.

C) O *design* e atualização permanente de um sistema de informação estatística para dados relacionados com VG.

D) A consciencialização pública e prevenção de VG através de campanhas de informação e sensibilização.

E) A existência da obrigação de reportar, imposta a quem, por razão das suas posições, profissões ou ofícios, tenha conhecimento de um crime público, tais como os vários crimes de violência contra as mulheres.

F) Assegurar que as vítimas têm acesso a medidas especiais de proteção.

CONVENÇÃO EUROPEIA PARA A PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E LIBERDADES FUNDAMENTAIS E CARTA SOCIAL EUROPEIA

A Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais, mais conhecida como a Convenção Europeia dos Direitos Humanos ou a Convenção de Roma, foi adotada pelo Conselho da Europa a 4 de novembro de

1950 e entrou em vigor em 1953, expressamente inspirada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 10 de dezembro de 1948.

O seu objetivo é proteger os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas sujeitas à jurisdição dos Estados Membros.

De modo a permitir o controlo legal do efetivo respeito pelos direitos humanos, a Convenção estabeleceu em 1954 um corpo judicial, o Tribunal Europeu de Direitos Humanos, baseado em Estrasburgo.

A Carta é um tratado do Conselho da Europa assinado em Turim a 18 de outubro de 1961, revista em 1996, e constitui o complemento natural à Convenção Europeia de Direitos Humanos, garantindo direitos sociais, económicos e humanos.

Em particular, a Carta Social Europeia especifica os direitos e liberdades e estabelece um mecanismo supervisor que garante o seu respeito pelos Estados. Os direitos assegurados pela Carta Social Europeia prendem-se com a habitação, saúde, educação, emprego e proteção legal e social, liberdade de circulação e não-discriminação.

Este tratado foi assinado e ratificado em Espanha em duas ocasiões: a 6 de maio de 1980 e, devido à revisão da Carta de 1996, a 23 de outubro de 2000.

Em 1953, o Parlamento Helénico ratificou unanimemente o tratado de direitos humanos do Conselho da Europa, a Convenção Europeia dos Direitos Humanos, e o seu primeiro protocolo. Em 1967, com o golpe militar, o regime dos coronéis aboliu a democracia, colocando-se em conflito com o Conselho da Europa. Após a queda do regime, a Grécia uniu-se novamente ao Conselho da Europa a 28 de novembro de 1974 e a Convenção entrou novamente em vigor.

Após uma ditadura que durou mais de 40 anos, Portugal finalmente ratificou a Convenção a 9 de setembro de 1978.

CONVENÇÃO DO CONSELHO DA EUROPA PARA A ELIMINAÇÃO DO TRÁFICO DE SERES HUMANOS

A Convenção do Conselho da Europa Relativa à Luta contra o Tráfico de Seres Humanos, adotada a 3 de maio de 2005, foi aberta a assinaturas em Varsóvia a 16 de maio de 2005 e entrou em vigor a 1 de fevereiro de 2008 após ratificação por 10 países. É o primeiro Tratado Europeu nesta área que aborda de forma abrangente tanto a proteção das vítimas de tráfico e dos seus direitos como a prevenção do tráfico e a prossecução de perpetradores. Espanha assinou o Tratado a 9 de julho de 2008 e ratificou-o a 2 de abril de 2009, sendo que entrou em vigor a 1 de agosto de 2009.

O Tratado aborda todas as formas de tráfico, nacional ou internacional, independentemente se estão ou não relacionados com crime organizado; independentemente de quem é a vítima, mulheres, homens, ou menores; e qualquer que seja a forma de exploração (exploração sexual, laboral, etc).

3.1.1 NA GRÉCIA

A Constituição Grega de 1001, por força do artigo 4, parágrafo 2, reconhece (FEK (Jornal Oficial) 85 / A / 18-4-2001) que “os homens e mulheres gregos têm direitos e obrigações iguais”. No artigo 116, parágrafo 2, também é afirmado que “não constitui discriminação de género tomar medidas positivas para promover a igualdade entre homens e mulheres. O Estado assegura que as desigualdades que existem na prática sejam removidas, especialmente as detrimentais para as mulheres.”

Ao nível legislativo, a Lei Orgânica 3896/2010 (FEK 207 / A '/ 8-12-2010), “Implementação do princípio de oportunidades iguais e igual tratamento de homens e mulheres em matérias de trabalho e emprego - Harmonização da legislação existente com a Diretiva 2006/54 / EC do Parlamento Europeu e do Conselho de 5 de julho de 2006 e outras disposições relevantes”, regula matérias relacionadas com: (a) o igual reembolso a mulheres e homens, (b) o tratamento igual em regimes de segurança social ocupacionais, (c) o tratamento igual em reembolso relativamente ao acesso ao emprego em condições de desenvolvimento profissional, formação e trabalho.

Simultaneamente, são apresentadas definições de assédio, assédio sexual e discriminação direta e indireta (Artigo 2º). O assédio sexual é definido como: “qualquer forma de conduta sexual verbal, não-verbal ou física, não desejada, com intenção ou efeito de insultar a dignidade da pessoa, em particular ao criar um ambiente intimidante, hostil, humilhante ou agressivo”. A lei proíbe discriminação direta e indireta baseada no sexo, assédio, assédio sexual, discriminação baseada em gravidez ou maternidade e tratamento menos favorável de uma pessoa devido à identidade de género (artigo 3º).

A Lei 4351/2018 (FEK 62 / A '/ 5-4-2018) ratificou a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica (Convenção de Istambul). Característico da Convenção de Istambul, um texto abrangente de extrema importância para a proteção dos direitos das mulheres, faz referência à VG e coloca ênfase na prevenção. Em particular, a Convenção estipula a obrigação dos Estados em assegurar: a formação de profissionais que lidam com vítimas de violência, a implementação de programas para perpetradores de crimes de violência doméstica e contra a liberdade e autodeterminação sexual, e a organização de ações de divulgação para desconstruir estereótipos e assegurar o respeito à diversidade.

As disposições para a proteção das vítimas requerem que os Estados-Membros intensifiquem o seu cuidado e apoio. O Artigo 40º afirma especificamente que, no caso do assédio sexual, “As Partes deverão adotar as medidas legislativas ou outras que se revelem necessárias para assegurar que qualquer tipo de comportamento indesejado de natureza sexual, sob forma verbal, não verbal ou física, com o intuito ou o efeito de violar a dignidade de uma pessoa, em particular quando cria um ambiente intimidante, hostil, degradante, humilhante ou ofensivo, seja passível de sanções penais ou outras sanções legais.”

A 23 de março de 2019, a nova Lei nº 4604 iniciada pelo Ministério da Administração Interna foi publicada no Jornal Oficial da República Helénica. A sua primeira parte (artigos 1º ao 30º) é dedicada às questões da igualdade de género e à violência sexual e de género. As suas características básicas são resumidas da seguinte forma:

1) A lei específica constitui um enquadramento legal integral da igualdade de género e eliminação da discriminação contra as mulheres. O género feminino não é tratado como uma “categoria especial” ou um “grupo vulnerável” e todas as suas disposições estão de acordo com a Constituição, as Diretivas da UE, e as Convenções internacionais ratificadas pela Grécia, assim como o Direito da Família, Direito do Trabalho e leis de segurança social da Grécia.
2) Todas as noções básicas, mecanismos, instituições e intervenientes estão explicitamente clarificados como pretendendo a implementação do princípio de tratamento igual dos sexos e da integração dos géneros e ainda a criação de uma rede de estruturas permanentes em todo o país para a prevenção e eliminação da violência contra as mulheres.
3) Foi institucionalizada a rede pan-helénica para a violência de género e sexual, da Secretaria-Geral para a Igualdade de Género e dos Municípios (centros de atendimento, hostels, a linha de atendimento telefónica SOS 15900 disponível 24 horas).
4) Empresas públicas e privadas são encorajadas a planear e implementar “Planos para a Igualdade” com alvos, estratégias e práticas específicas, e a Secretaria-Geral para a Igualdade de Género do Ministério da Administração Interna pode atribuir-lhes “Selos de Igualdade” como recompensa pelo seu envolvimento a favor do tratamento e oportunidades iguais para os/as seus/suas empregados/as, homens e mulheres.
5) O uso de linguagem neutra em termos de género em documentos oficiais é incorporado como uma tarefa de destaque da administração pública. A língua Grega, como várias outras línguas Europeias (por exemplo, o Francês, o Italiano, o Espanhol), é caracterizada pelo uso de substantivos e adjetivos masculinos e femininos. A tendência tem sido usar o substantivo masculino coletivamente quando nos referimos a ambos sexos, apesar do facto de esta prática claramente implicar discriminação de género. Por exemplo, em inglês existe a palavra “students” (“estudantes”) para ambos rapazes e raparigas,

mas em grego existe a palavra “μαθητές” para rapazes e “μαθήτριες” para raparigas.

6) Foi institucionalizado o sistema de quotas de 40% a favor das mulheres para as listas de candidatos/as em cada prefeitura eleitoral nas eleições parlamentares. Esta é uma medida clara para o empoderamento das mulheres na tomada de decisão política. É de notar que a mesma quota aumentada tem já sido posta em prática para as eleições das Autoridades Locais (autarquias e municípios). Mais ainda, a ausência de sistemas de quota na composição dos Conselhos de Administração Pública está sujeito a penas legais.
7) Foi estabelecido um Gabinete Autónomo para a Igualdade para cada uma das 13 Regiões do país, a União Central de Municípios da Grécia e a União de Regiões da Grécia, enquanto são atualizadas as Comissões para a Igualdade Regionais e Municipais.
8) Têm sido postas em prática disposições especiais no campo essencial da educação (educação primária, secundária e terciária), pretendendo eliminar os estereótipos de género e desenvolver atitudes saudáveis para os/as futuros/as cidadãos/as do país.
9) Adicionalmente, o princípio da integração dos géneros está integrado nos campos da saúde e solidariedade social (por exemplo, a especial atenção ao estatuto e às necessidades das mulheres de grupos vulneráveis), sendo que uma licença especial de sete dias é atribuída a funcionárias mulheres que frequentem programas prescritos de fertilidade medicamente assistida.
10) Nos campos dos meios de comunicação social e da publicidade, são ativadas disposições especiais contra os estereótipos de género e discriminações.

Ao nível criminal, o assédio sexual pode ser julgado como a ofensa de insulto à dignidade sexual, prevista no Artigo 337º do Código Penal (Law 4619/2019, A '95 / 11-6-2019), que refere:

«1. Quem brutalmente insultar a honra de outrém com gestos sexuais, com propostas relacionadas com atos sexuais, com atos sexuais realizados em frente de outrém ou com exibição dos seus genitais, é punido com pena de prisão até um ano ou multa. A prossecução requer queixa.

[...]

3. Qualquer adulto que, através da internet ou outras tecnologias de informação ou comunicação social, estabeleça contacto com uma pessoa menor de quinze anos e, com gestos ou sugestões, insulte a honra de um/a menor na área da sua vida sexual, é punido com pena de prisão de pelo menos dois anos. Se se seguir um encontro, o/a adulto/a é punido/a com pena de prisão de pelo menos três anos.

4. Quem fizer gestos sexuais ou propostas de relações sexuais a uma pessoa que lhe esteja dependente para trabalho ou se aproveitar da necessidade de trabalho de

uma pessoa é pubido com pena de prisão até três anos ou uma multa. A prossecução requer queixa.»

Corpos Competentes na Grécia

Provedor de Justiça

O Provedor de Justiça é o corpo nomeado para monitorizar e promover a implementação, nos setores públicos e privados, do princípio da igualdade de oportunidades e tratamento entre homens e mulheres. Uma inovação importante da Lei 3896/2010 é a disposição do parágrafo 7 do artigo 25º, que estipula que especialmente, e apenas quando recebe queixas de discriminação com base no sexo, o Provedor de Justiça não irá parar a investigação se a pessoa for a tribunal, mas irá continuar o esforço de mediação para resolver o problema até à primeira audiência do caso ou até que seja considerado um pedido para proteção judicial temporária.

3.1.2 EM PORTUGAL

Em Portugal, apesar do crime de maus-tratos conjugais estar presente em documentos legais há várias décadas, esta forma de violência apenas foi oficialmente reconhecida como um crime e um problema social na década de 1980, com a ratificação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de discriminação Contra as Mulheres (CEDAW) em 1980 (que entrou em vigor em setembro de 1981).

No entanto, apenas em 2000 (reforçado em 2007 pelas alterações ao Código Penal) é que a violência doméstica com ênfase nas desigualdades de género foi estabelecida como um crime de caráter público. Atualmente, a VG é um grave problema na sociedade Portuguesa, devido ao alarmante número de femicídios e também devido aos retrocessos nas questões que as mulheres estão a enfrentar.

Portugal foi um país pioneiro na aprendizagem sobre a violência contra as mulheres, ao contemplar os maus-tratos como um crime público no Código Penal Português (1982). Há também parca legislação, raramente aplicada, sobre outros crimes contra a integridade física e sexual, incluindo a violação, o abuso sexual de menores e importunação sexual[1].

Alguns avanços na lei e nos serviços públicos para as mulheres são também o resultado da Convenção de Istambul (2011, ratificada por Portugal em fevereiro de 2013), assim como uma crescente consciencialização pública de que a prevenção da VG deve ser considerada uma prioridade.

Vários governos portugueses consecutivos têm financiado projetos (nacionais e internacionais) sobre a prevenção da violência doméstica e de género, principalmente

a partir de 2001, quando a legislação sobre a rede de apoio a vítimas de violência doméstica foi implementada.

Desde 1999, um total de cinco Planos Nacionais têm sido aprovados e implementados em Portugal. Estes são instrumentos orientadores para o desenvolvimento de políticas para a prevenção e intervenção na área da violência doméstica. O seu planeamento, implementação e monitorização são responsabilidade da Secretaria de Estado para a Cidadania e a Igualdade (SECI) e da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG).

Mais recentemente, o Decreto-Lei 112/2009, de 16 de setembro, representa um passo fundamental na luta contra a VG em Portugal, dando importância à prevenção da VG (violência doméstica, segundo a lei Portuguesa) e oferecendo proteção e acompanhamento a várias vítimas desta violência atroz.

Esta lei estabelece uma série de medidas, entre as quais podemos destacar a promoção dos direitos das vítimas, garantindo uma proteção rápida e eficaz. Em 2015, foi criado o Estatuto da Vítima (Lei 130/2015) para providenciar às mulheres uma série de ferramentas para o exercício dos direitos das vítimas, tais como informação sobre processos legais, serviços e organizações onde possam procurar ajuda. Sob estas disposições, as vítimas especialmente vulneráveis (que inclui as mulheres com DI) têm direito a proteção especial pelo Estado.

Apesar de Portugal estar a construir o caminho para a consolidação dos direitos e a expansão da proteção das mulheres vítimas de violência, algumas lacunas importantes ainda precisam ser preenchidas. O relatório base do Grupo de Peritos na Ação contra a Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica (GREVIO)[2] encoraja as autoridades Portuguesas a

“a) desenvolver estudos e dados sobre a VG que afeta grupos de mulheres discriminados ou em risco de discriminação, tais como mulheres migrantes, refugiadas ou requerentes de asilo, mulheres de minorias étnicas, incluindo mulheres ciganas, **mulheres com deficiências**, mulheres da comunidade LGBTI, mulheres em zonas rurais e mulheres na prostituição;

b) integrar a perspetiva desses grupos no planeamento, implementação, monitorização e avaliação de políticas abrangentes e articuladas para a **prevenção e combate à violência contra as mulheres**;

c) disseminar a prevenção e o combate à violência contra as mulheres em políticas e programas adaptados às **necessidades específicas desses grupos**.” (p. 14)

O mesmo relatório também sublinha a importância de ter um serviço de apoio à vítima mais abrangente do ponto de vista da interseccionalidade, permitindo o desenvolvimento de respostas especializadas, principalmente para mulheres em condições especiais de vulnerabilidade.

Desta forma, o GREVIO encoraja as autoridades portuguesas a “rever os níveis de despesas de forma a corrigir as falhas existentes na provisão de serviços de apoio especializado para vítimas de todas as formas de violência contra as mulheres, incluindo grupos de vítimas mais vulneráveis, tais como raparigas, mulheres idosas, mulheres com dificiências, mulheres de minorias étnicas - incluindo mulheres ciganas - e mulheres migrantes, refugiadas e requerentes de asilo” (p. 20).

[1] Que inclui alguns comportamentos de assédio sexual.

[2] Relatório completo disponível em: https://rm.coe.int/grevio-reprt-on-portugal/168091f16f

3.1.3 EM ESPANHA

Em Espanha, o eixo central da área legislativa que regula o sistema legal em matérias de igualdade é constituído pela Constituição Espanhola, a Lei Orgânica 1/2004 de 28 de dezembro sobre as Medidas de Proteção Abrangente contra a VG, a Lei Orgânica 3/2007 de 22 de Março para a Efetiva Igualdade de Mulheres e Homens e o Pacto Estatal contra a VG.

A Constituição Espanhola (CE. BOE, 29 de dezembro de 1978, nº 311), por força do artigo 14º, reconhece o direito à igualdade entre homens e mulheres sob o princípio da não-discriminação com base no sexo: “Os espanhóis são iguais perante a lei, sem qualquer discriminação com base no nascimento, raça, sexo, religião, opinião ou qualquer outra condição ou circunstância pessoal ou social”. O artigo 15º reconhece que “Todas as pessoas têm o direito à vida e à integridade física e moral, sem, em caso algum, serem sujeitas a tortura ou tratamento ou punição desumana ou degradante (...)”. De igual modo, o artigo 9.2 estabelece que “É responsabilidade das autoridades públicas promover as condições para que a liberdade e a igualdade dos indivíduos e dos grupos aos quais pertençam sejam reais e efetivas; remover os obstáculos que previnem ou dificultam o seu cumprimento (...)”.

A Lei Orgânica 1/2004 de 28 de dezembro de Medidas de Proteção Abrangente contra a VG (BOE, 29 de dezembro de 2004, Nº 313) pretende agir contra a violência em que, como manifestação de discriminação, a situação de desigualdade e as relações de poder dos homens sobre as mulheres são exercidas sobre a pessoa por quem é ou tenha sido cônjuge ou quem lhe é ou tenha sido ligado por relações emocionais semelhantes, mesmo sem cohabitação (Artigo 1.1). Esta lei inclui como VG qualquer ato de violência física e psicológica, incluindo ataques contra a liberdade sexual, ameaças, coação ou privação arbitrária da liberdade (Artigo 1.3).

Com base nesta lei, são estabelecidas várias medidas de proteção abrangentes com o objetivo de prevenir, punir e erradicar este tipo de violência e providenciar apoio às mulheres e aos/às seus/suas filhos/as menores que estão sob a sua guarda ou custódia. Do mesmo modo, esta lei inclui os direitos das mulheres vítimas de VG

(Título II) em relação ao direito à informação, apoio social abrangente e apoio jurídico gratuito (Capítulo I), direitos laborais e benefícios da Segurança Social (Capítulo II), direitos de oficiais públicos (Capítulo III) e direitos económicos (Capítulo IV).

Esta lei providencia Guarda Institucional (Título III), estabelecendo mecanismos de coordenação entre os agentes envolvidos na luta contra a VG, com a criação da Delegação Especial do Governo contra a Violência contra as Mulheres (Artigo 29º), o Observatório do Estado da Violência contra as Mulheres (Artigo 30º) e as unidades especializadas das forças de segurança do Estado para a prevenção da VG e para o controlo da execução das medidas judiciais adotadas (Artigo 31º).

Adicionalmente, também providencia Proteção Judicial (Título V), com a criação de Tribunais para a Violência contra as Mulheres (Capítulo I), garantindo a formação especializada de profissionais. O Procurador Público (Capítulo V, artigo 70º) e as Secções contra a Violência contra as Mulheres (Artigo 71º) são também criadas em cada Procuradoria-Geral dos Supremos Tribunais de Justiça e dos Tribunais Provinciais (Artigo 72).

A Lei Orgânica 3/2007 de 22 de Março, para a Efetiva Igualdade de Mulheres e Homens (BOE, 23 de março de 2007, nº 71) pretende tornar efetivo o direito ao tratamento e oportunidades iguais entre mulheres e homens, em particular através da eliminação da discriminação contra as mulheres, independentemente da sua circunstância ou condição, em qualquer esfera de vida e, particularmente, nas esferas política, civil, laboral, económica, social e cultural (Artigo 1º).

Esta lei estabelece o princípio do tratamento igual entre mulheres e homens, o que supõe a ausência de toda a discriminação direta ou indireta com base no sexo e, particularmente, aquela derivada da maternidade, da assunção de obrigações familiares e do estado civil (Artigo 3º).

Mais ainda, esta lei introduz modificações na legislação sobre o assédio sexual e assédio por razão do sexo (Título I. Artigo 7º), considerando assédio sexual como qualquer conduta verbal ou física de natureza sexual com o objetivo de produzir ou que produza o efeito de atentar contra a dignidade da pessoa, principalmente quando é criado um ambiente intimidade, degradante ou ofensivo. O assédio por razão do sexo refere-se ao mesmo tipo de comportamento, mas é entendido como sendo realizado com base no sexo da pessoa.

Adicionalmente, prevê a discriminação com base na gravidez ou maternidade, constituindo como discriminação direta com base no sexo todo o tratamento desfavorável de mulheres relacionado com gravidez ou maternidade (Artigo 8º).

Esta lei também contempla as consequências legais dos atos discriminatórios, de forma a que os autos e cláusulas de empresas legais que constituam ou causem discriminação baseada no sexo sejam consideradas nulas e deem azo à sua

responsabilização, através de um sistema de reparação ou compensação real, efetiva e proporcional ao dano sofrido (Título I. Artigo 10º). Nos processos de discriminação com base no sexo, é da responsabilidade do arguido provar a ausência de descriminação (Título I. Artigo 13º.1).

Do mesmo modo, estão estabelecidas medidas para prevenir o assédio sexual e assédio com base no sexo através da criação de planos para a igualdade em empresas e outras medidas para promoção da igualdade, fomentando a prevenção e a sensibilização, assim como as alterações à Lei do Estatuto dos Trabalhadores sobre esta matéria.

O Pacto Estatal contra a VG (Ministério da Presidência, Relações com Tribunais e Igualdade, 2017) foi aprovado em 2017 com o objetivo de eliminar qualquer tipo de violência contra as mulheres e defender os seus direitos e liberdades fundamentais.

Através da Delegação do Governo para a VG, o governo central promove as medidas para o desenvolvimento do Pacto em articulação com o resto dos Ministérios e Organizações Autónomas, assim como as Comunidades Autónomas e Entidades Locais representadas pela Federação Espanhola de Municípios e Províncias.

É um compromisso de todos os partidos políticos e instituições, incorporado numa série de medidas que afetam as áreas da consciencialização e prevenção; melhoria da resposta institucional; melhoria do apoio, acompanhamento e proteção às vítimas; acompanhamento e proteção de menores; promoção da formação de diferentes agentes; monitorização estatística; recomendações a Administrações Públicas e outras instituições; visibilização e atenção a outras formas de violência contra as mulheres; compromisso económico e acompanhamento contínuo do pacto.

4. RESUMO DO RELATÓRIO DE ANÁLISE DE NECESSIDADES DO PROJETO ATHENA

A VG contra as mulheres (VGM) é um termo abrangente que engloba várias formas de maus-tratos que afetam mulheres e raparigas de forma desproporcional, tais como a violação, a exploração sexual, o assédio sexual, a mutilação genital e a violência doméstica. A VGM é uma forma profunda e generalizada de violação dos direitos humanos, afetando 1 em cada 3 mulheres globalmente (OMS, 2013). O risco diário é experienciado especialmente por mulheres com deficiências, visto que a evidência mostra que os maus-tratos são mais frequentes contra este grupo vulnerável (FRA, 2014; Dunkle, Van Der Heijden, Stern, & Chirwa, 2018).

A violência doméstica é uma das formas mais prevalentes de violência contra as mulheres no mundo inteiro (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2005; Alhabib, Nur, & Jones, 2010) e está profundamente enraizada na desigualdade entre os géneros e na dominância dos homens sobre as mulheres (Dobash & Dobash, 1979; Yodanis, 2004). Apesar da violência doméstica não estar restrita apenas à violência perpetrada dentro de quatro paredes, ao longo da História, as mulheres têm sido maltratadas por homens dentro das suas casas devido a mitos como a "família ideal" e o "mundo privado íntimo e seguro" (como referido por Saraga, 2001). Alguns autores nomeiam este abuso sistemático sofrido por mulheres como uma forma de terrorismo (Pain, 2014) ou terrorismo patriarcal (Johnson, 1995; Bosch, Ferrer & Alzamora, 2006).

Em muitos casos, as formas de abuso interligam-se, e é comum uma vítima de VG experienciar mais do que uma forma de vitimação simultaneamente, sendo que as consequências podem ser ainda mais profundas para as vítimas (OMS, 2012). Os maus-tratos podem ter forte impacto na saúde física e mental das vítimas e, portanto, devido à sua prevalência e consequências, a violência doméstica também é considerada um problema de saúde pública (Flury & Nyberg, 2010).

Apesar das várias manifestações e dinâmicas desta forma de violência, o termo VGM será usado para mencionar apenas a violência perpetrada contra mulheres com DI. Neste sentido, é essencial referir que as mulheres com DI estão igualmente expostas às mesmas formas de violência a que estão as mulheres sem deficiências identificadas. No entanto, o "fator de vulnerabilidade adicional" (como referido por Nosek, Foley, Hughes, & Howland, 2001, p. 186) cria algumas formas específicas de violência que apenas afetam mulheres com deficiências, por estarem intrinsecamente relacionadas com as suas limitações e necessidades de saúde (Walter-Brice, Cox, Priest, & Thompson, 2012).

Assim, o projeto ATHENA aborda a vulnerabilidade de pessoas com deficiências ao se tornarem vítimas de VGM, incluindo violência doméstica. Procura providenciar recursos e ferramentas aos/às profissionais que atendem vítimas com DI e empoderá-las de forma a que a sua qualidade de vida seja melhorada através do desenvolvimento das suas capacidades e competências. Emerge assim a necessidade de identificar realidades escondidas, lidar com elas de forma eficaz e profissional, e minimizar qualquer vitimação secundária que as vítimas/sobreviventes possam sofrer durante o processo.

Para alcançar estes objetivos, tem havido um compromisso para desenvolver conteúdo para a formação de profissionais envolvidos no cuidado das vítimas de VGM e para desenvolver programas de prevenção e orientações para várias ações. Também tem sido prevista a implementação de um novo método de formação para profissionais e de workshops de prevenção sobre pessoas com deficiências que possam estar em risco de sofrerem VGM. As mulheres e homens com DI, os/as profissionais (de saúde, psicólogos/as, assistentes sociais, juristas, agentes da polícia, cuidadores/as) e outros (decisores/as políticos/as e o público geral) são os/as beneficiários/as diretos/as e indiretos/as deste projeto.

Espera-se que os materiais de formação possam melhorar as competências das/os profissionais para a proteção e apoio das pessoas com DI. Adicionalmente, outro objetivo do projeto prende-se com o desenvolvimento de capacidades das/os profissionais e a criação de um manual de prevenção e sensibilização da VGM para profissionais que trabalham com pessoas com DI.

Também se pretende organizar vários workshops para pessoas com DI e desenvolver orientações com recomendações em relação a mulheres com deficiências vítimas de VGM, que serão incluídas nos protocolos de ação já estabelecidos com as autoridades competentes. Os resultados recolhidos até ao momento contribuíram para a realização de dois documentos: o Estado da Arte (EA), para o qual foi feita uma pesquisa aprofundada de informação sobre VG contra pessoas com e sem DI; e o Relatório de Análise de Necessidades (RAN), em que os resultados e a análise de dados são apresentados conjuntamente, integrando informação de todos os países.

Esta análise identifica os principais desafios, em termos de conhecimento e capacidades, levantados por profissionais e cuidadores/as informais de pessoas com DI para apoiar de forma efetiva este grupo vulnerável.

5. DIFICULDADES NA DETEÇÃO E ATENÇÃO

5.1 INTRODUÇÃO

A deficiência constitui um fator de risco para a violência, nomeadamente o abuso sexual e os maus-tratos, tanto em populações adultas como em crianças. Apesar da parca investigação sobre a sua prevalência, esta realidade começa a ser conhecida. Dados recentes de Espanha (Martorell, Alemany, 2017) mostram que os menores com deficiências são sete vezes mais prováveis de sofrer abuso do que menores sem deficiências. Não foram encontrados dados sobre a realidade portuguesa neste aspeto.

Quer considerando a investigação sobre a prevalência de maus-tratos e abuso na população geral ou a que compara a sua incidência no grupo de pessoas com deficiência em relação à população geral, conclui-se que a não-denúncia do crime é ainda comum. Isto foi claramente demonstrado no estudo feito em Espanha que analisa queixas apresentadas na Guarda Civil envolvendo pessoas com deficiências (González, Cendra, Manzanero, 2013).

Diferentes sistemas de crenças parecem emergir em relação a pessoas com DI e os maus-tratos e/ou abuso:

- ➔ As crianças com DI são vistas como cognitivamente incompetentes e seres imorais que inventam histórias de abuso para chamar a atenção de adultos bem-sucedidos, ou então são vistas como criaturas eroticamente sedutoras;
- ➔ A equiparação das pessoas com DI a menores (continuam a ser consideradas “eternas crianças”) contribui para reforçar os mitos que são, ainda, bastante frequentes (Losada, 2019);
- ➔ **Outros mitos prendem-se com a crença de que as pessoas com DI são problemáticas, de que não são capazes de governar as suas vidas, não têm sexualidade ou, pelo contrário, têm uma sexualidade escandalosa. Todos estes contribuem para o alarmante facto que os seus testemunhos são considerados menos credíveis do que os da população geral**;
- ➔ O medo de que as outras pessoas não irão acreditar neles/as é um dos fatores que mantêm o segredo do abuso, ao qual se acrescenta a ignorância sobre o que significa o abuso, a imposição da lei do silêncio e ameaças pelo/a perpetrador/a, a vergonha ou a incapacidade de o expressar. Desta forma, a capacidade da família direta ou do/a profissional cuidador/a de saber como detetar e intervir quando uma pessoa com DI é vítima de abuso é crucial (Del Moral, 2001).

A deteção precoce pode evitar um grave desequilíbrio na saúde mental da pessoa, mas é uma tarefa complexa. A atuação das/os profissionais ou da família no momento da denúncia é essencial, recebendo a revelação de forma adequada, com uma atitude de proximidade e escuta ativa, mas com distância suficiente de maneira a não contaminar o testemunho ou que permita agir a partir de uma credulidade não-crítica. É necessária a coordenação com peritos/as porque as consequências da avaliação podem incluir remover a pessoa do seu núcleo de coexistência, fazer a denúncia e lidar com um processo judicial. Tudo isto envolve o risco de vitimação secundária, o que apenas pode ser impedido com um intenso trabalho de coordenação entre os familiares, os profissionais de cuidado direto à vítima e os peritos (Alemany, 2012). Em conjunto, estes intervenientes devem implementar as ações corretas que irão permitir uma efetiva recolha de provas e testemunhos que facilitem a prossecução do crime e que assegurem os direitos da vítima ao longo do processo, tanto a nível da investigação como do julgamento.

Os/As agentes da polícia e magistrados/as são agentes-chave neste processo. Mas muitas vezes carecem de formação e experiência em entrevistar pessoas com DI. É comum ver:

i) impaciência e postura desatenta dos/as agentes enquanto as pessoas com DI prestam declarações;

ii) sentimentos de pena e tristeza por parte das/os agentes, que podem impedir a recolha adequada das declarações;

iii) a confusão criada pelo/a profissional na realização da entrevista. A falta de clareza sobre o que se pretende dizer faz com que os níveis de detalhes obtidos sejam insuficientes e, em muitos casos, condicionados pelo tipo de perguntas, mais fechadas e íntimas.

Por todas estas razões, é essencial que os/as cuidadores/as diretos/as informais e profissionais ou as pessoas de confiança acompanhem ativamente as pessoas com DI vítimas de abuso enquanto elas passam pelo sistema legal, que coloquem em prática os apoios necessários e que exijam as adaptações pertinentes (Alemany, 2012).

Este Módulo está formulado para providenciar recursos essenciais a todos/as os/as familiares, cuidadores/as, professores/as, instrutores/as, psicólogos/as, terapeutas, assistentes sociais, e outros, que vivam e trabalhem com pessoas com DI, de forma

a que possam responder ao desafio de possíveis maus-tratos ou abusos, apoiar a denúncia do caso e acompanhá-las nos serviços sociais e legais.

5.2 A DETEÇÃO

A possibilidade de considerar, por parte dos/as profissionais ou familiares, que uma pessoa com DI possa tornar-se vítima de abuso ou maus-tratos não pode ser limitada aos casos em que há confidências ou denúncias diretas da pessoa.
Precisamente porque, agora mais do que nunca, os/as menores e adultos/as com deficiências estão em maior risco de serem abusados/as, e porque, durante muito tempo, os mitos associados com a deficiência têm impedido (Martorell, Alemany, 2011) um olhar mais atento aos sinais, indicadores e presença de sintomas.

Os indicadores referem-se:

- ➔ aos factos observáveis que apontam para a probabilidade de abuso ou maus-tratos (vestígios de fluidos corporais ou sinais físicos nos genitais, fraturas ou hematomas).

Os sintomas referem-se:

- ➔ às possíveis consequências psicológicas que o abuso ou os maus-tratos possam ter na pessoa. Mas estes não são os únicos, visto que não há qualquer síndrome associada com abuso.

Os fatores que influenciam o impacto que o abuso tem na pessoa podem variar de acordo com:

i) o tipo de abuso;

ii) a relação com o/a agressor/a;

iii) o apoio familiar após a denúncia;

vi) as consequências derivadas da passagem pelo sistema judicial.

Este impacto pode manifestar-se de variadas formas.

Em relação ao abuso, os sintomas que podem surgir mais frequentemente são:

- ➢ a presença de problemas comportamentais (alteração do comportamento) relacionados com um estilo de vinculação desorganizada;

- Síndrome de Stress Pós-Traumático, que surge frequentemente na forma de uma desordem comportamental, especialmente em pessoas com DI profunda;
- ansiedade;
- depressão (constante rejeição de uma pessoa);
- comportamento sexualizado desviante;
- problemas de aprendizagem - que, neste grupo, são raramente detetados, visto que são frequentemente associados com o diagnóstico de DI;
- problemas de autoestima.

Em relação a esta última, no grupo de pessoas com DI, o frequente "efeito eclipsante" (a tendência por parte do/a médico/a de determinar a DI como causa de sintomas psiquiátricos, ofuscando a presença de doenças mentais) é surpreendente, através do qual a deficiência acaba por ser a protagonista (Martorell, 2008).

Kendall-Tackett e colegas, após a sua meta-análise sobre o impacto do abuso sexual de crianças, demonstraram que as crianças sexualmente abusadas apresentam mais sintomas do que as crianças não abusadas, apesar da presença destes sintomas ser bastante heterogénea. No entanto, as crianças sexualmente abusadas não apresentavam mais sintomas do que outras crianças sintomáticas que haviam visitado uma clínica por outros motivos, excepto nos casos de Síndrome de Stress Pós-Traumático e comportamento sexualizado.

A ausência de sintomas associados com abuso e maus-tratos não deve reduzir a credibilidade das declarações da alegada vítima, da mesma forma que a ausência de expressão emocional não significa que os eventos não aconteceram. Ter estes aspetos em conta no contexto da denúncia é, portanto, um requisito necessário, mas não suficiente, para agir de forma responsável.

O efeito eclipsante refere-se ao fenómeno através do qual os sintomas psiquiátricos podem ser ignorados quando uma pessoa apresenta, em simultâneo com a doença mental, deficiência intelectual ou cognitiva (Martorell et al., 2011).

5.3 O contexto da revelação

Quando há uma denúncia espontânea de uma situação de abuso, será necessário realizar uma adequada avaliação dos factos e, se necessário, proteger a pessoa. É importante que a pessoa receba o cuidado necessário sem que seja questionada a veracidade do testemunho (Manzanero, Recio, Alemany, 2013).

A atitude inicial por parte da pessoa que recebe as revelações não deve ser:

- ❖ de descrença, nem deve ser atribuída credibilidade acrítica a estas verbalizações.

Em vez disso:

- ❖ a pessoa deve ser ouvida, para uma tentativa de corroboração dos factos e eventos descritos. Para tal, na maioria dos casos é necessária a participação de especialistas na avaliação de abuso, visto que este tipo de ato constitui um crime e pode levar a processos de investigação subsequentes. AA pessoa que recebe a denúncia deve adotar uma atitude de escuta ativa, sem demonstrar choque, mas sim proximidade, permitindo que a pessoa se expresse livremente e dando-lhe o tempo necessário sem interferência;
- ❖ uma ação responsável, que inclui uma adequada avaliação da denúncia do abuso, o que requer, na maioria dos casos, o planeamento das entrevistas de avaliação pelos peritos na área, como descrito nas secções seguintes.

Existe um risco que a pessoa, de forma a ser possível verificar a veracidade da sua denúncia, tenha de repetir várias vezes a descrição de como os eventos aconteceram. Isto constitui uma prática profissional desadequada visto que implica uma interferência com as possíveis memórias dos factos através de reinterpretações, particularmente para as pessoas com DI, e pode levar a que manifestações posteriores não sejam tomadas em conta durante o processo judicial.

Quando é feita uma denúncia espontânea sobre possível abuso, pode ser realizada uma entrevista de avaliação. Existe uma série de princípios gerais (Manzanero, Recio, Alemany, 2013) que devem ser considerados ao realizar essas entrevistas, cujo objetivo principal será compreender o desconforto que a pessoa expressa e não a confirmação do abuso. Estes princípios são:

- A vítima deve ter confiança na pessoa que a está a entrevistar, que deve ter formação na realização deste tipo de entrevistas ou, pelo menos, deve saber os pontos-chave para o seu desenvolvimento.
- O facto do abuso ou maus-tratos nunca deve ser especificamente sugerido.
- Preferencialmente, devem usar-se questões abertas. Questões fechadas apenas devem ser usadas quando estritamente necessário, pois causam limitações significativas na comunicação.
- A entrevista deve ser inteira e integralmente gravada. Também é importante, de forma a manter a acessibilidade do processo, que a linguagem seja adaptada e a pessoa seja apoiada de forma a que a entrevista seja totalmente compreendida.

Realizar um registo rigoroso das verbalizações e suspeitas pode ser extremamente útil no caso da situação de abuso estar efetivamente a ocorrer ou tenha efetivamente

ocorrido. Toda esta informação pode mais tarde ser usada pela polícia, sistema judicial, profissionais de saúde, profissionais forenses ou médicos/as, prevenindo que a vítima tenha de repetir o seu testemunho.

Se a pessoa que recebe a denúncia ou os/as cuidadores/as de referência não tiverem experiência com este tipo de entrevista de avaliação, ou se sentirem assoberbados/as com o conteúdo da denúncia, é preferível não ter pressa de realizar a entrevista de avaliação e consultar um/a especialista.

É essencial consultar especialistas ou facilitadores/as (Martorell, Alemany, 2017) nos casos em que, devido à deficiência nas capacidades que afetam o seu testemunho, seja fundamental como trabalho preliminar planear e pôr em prática os apoios para a entrevista.

Quando um/a profissional recebe uma confidência que aponta para uma possível situação de risco ou abuso, deve agir independentemente das dúvidas ou receios que possa ter nesse sentido. A intervenção do/a profissional deve ser responsável, começando por avaliar todas as variáveis que podem condicionar a tomada de decisão.

5.4 Reconhecimento

A complexidade envolvida em qualquer caso de abuso ou maus-tratos cometidos contra um adulto (em casos de abuso de menores com DI não há diferença em relação às ações de proteção que devem ser realizadas com os/as menores em risco) com DI requer saber como agir responsavelmente e as diferentes variáveis que irão influenciar a avaliação e ação profissional.

5.4.1 Tipo de abuso: intra-familiar ou extra-familiar

Compreender o contexto em que a violência ocorre é um elemento fundamental na avaliação do caso. É evidente que um caso de abuso sexual em que o/a perpetrador/a é um/a estranho/a é completamente diferente de um caso de abuso sexual em que o/a perpetrador/a é um/a familiar, cuidador/a ou pai/mãe. Isto também se verifica noutros tipos de VG.

O tipo de abuso vai mobilizar-nos a envolver os/as familiares da vítima desde o início ou, pelo contrário, a ser cuidadosos/as com a realização da denúncia junto deles/as. Assim, a regra geral é a seguinte:

A) Se o abuso for cometido por uma pessoa, conhecida ou desconhecida, fora da família, as ações serão realizadas em cooperação com a família a partir do

primeiro momento, articulando a resposta profissional com a resposta familiar à denúncia, e decidindo os passos subsequentes em conjunto com a família.

B) Se o abuso for cometido por um/a familiar com quem a pessoa com DI vive, prevalece o dever do/a profissional de proteger a vítima, não envolvendo o/a alegado/a agressor/a nas avaliações e ações realizadas. Nem devem ser envolvidos/as no processo os/as familiares se houver dúvida da sua capacidade de manter a confidencialidade da avaliação (Cirillo, 2013).

Diferentes tipos de abuso determinam diferentes dinâmicas relacionais (Barudy, 1998):

- ★ Abuso sexual **fora da família**, em que o/a perpetrador/a, dependendo se é uma pessoa conhecida ou desconhecida, demonstra geralmente diferentes condutas:

  i) Um/a perpetrador/a desconhecido/a age através do exercício da força e deriva prazer do sofrimento da vítima. O grau de sofrimento da vítima vai depender do contexto e grau da agressão.

  ii) Por outro lado, um/a perpetrador/a conhecido/a ganha a confiança do círculo familiar e manipula através dessa confiança, agindo a partir de uma posição de autoridade.

- ★ Abuso sexual **intra-familiar** refere-se aos casos em que o/a perpetrador/a é um/a familiar. As pessoas que sofrem abuso sexual por um/a progenitor/a não só são abusadas por alguém de quem dependem vitalmente, como também lhes é difícil compreendê-lo como uma forma de violência ou abuso de poder pelo/a adulto/a. Por exemplo, se o abuso sexual for perpretado pela mesma pessoa que realizada o cuidado de higiene (o que pode acontecer com pessoas com alto nível de dependência), pode ser extremanente difícil distinguir os atos sexuais dos atos de tarefas de higiene.

Conhecer as dinâmicas sob as quais vários tipos de VG são cometidos por um/a membro da família ou uma pessoa da confiança da vítima ou da confiança de um/a seu/sua familiar é útil para posteriormente se ser capaz de realizar uma análise adequada da validade do testemunho da vítima e de identificar todas as dinâmicas que estão subjacentes ao estabelecimento de uma relação abusiva deste tipo e que dificilmente uma pessoa com DI poderá inventar (ver tabela).

A incapacidade de reconhecer estas dinâmicas relacionais pode levar a que o/a entrevistador/a reduza a credibilidade do testemunho da vítima, considerando que não há emocionalidade a acompanhar a história.

Há diferentes fases para a identificação destas dinâmicas e é importante determinar em qual delas está a vítima (Rivera, 2020):

i) Fase da sedução: manipulação da confiança e dependência da vítima. Incitamento da vítima a participar em jogos eróticos, preparação do espaço físico onde o abuso irá acontecer.

ii) Fase da interação sexual abusiva: processo gradual e progressivo. Exibicionismo, carícias com intenções sexuais, masturbação, sexo oral, penetração, exposição a material explícito sexual/pornográfico.

iii) Os segredos: o/a perpetrador/a impõe a lei do silêncio, a pessoa abusada apenas consegue adaptar-se à situação, os/as familiares estão ausentes ou em cumplicidade.

iv) Denúncia: acidental ou premeditada.

Se a vítima faz parte de uma família "sexualmente abusiva" em que os seus pais se tornam cúmplices diretos ou indiretos do/a perpetrador/a, pode ocorrer uma fase após a denúncia do abuso em que a família tenta desesperadamente reequilibrar-se, convencendo a vítima que o que aconteceu não foi real ou que não tem relevância.

Algo semelhante pode acontecer em instituições onde o abuso sexual é cometido por um/a cuidador/a da pessoa com DI. Nestes casos:

- ➔ A vítima não quer "arriscar" reportar;
- ➔ A vítima não quer passar pela experiência das partes institucionais não acreditarem nela quando partilha a situação, estabelecendo desta forma um novo "pacto de silêncio";
- ➔ A vítima não quer arriscar ouvir que foi apenas um sonho.

Pelo contrário, se nos encontramos num contexto protetor, a denúncia irá inevitavelmente levá-los/as a avaliar uma possível queixa.

5.4.2 Caso criminal: se for um crime contra a liberdade sexual ou um crime de violência doméstica ou de género

A) Se o crime for abuso ou agressão sexual, estamos a lidar com um crime semi-público, pelo que a vítima é a única pessoa que pode decidir se a queixa é apresentada.
B) Quando o crime ocorre na esfera privada da vítima, é da responsabilidade da pessoa encontrar o poder para o publicizar.
C) Por outro lado, se o crime é de violência doméstica ou de género (que inclui tanto a agressão habitual exercida pelos membros do núcleo de coabitação como por parceiros ou ex-parceiros, assim como por profissionais que tenham a sua guarda), estamos perante um crime público e qualquer pessoa que o testemunhe deve reportá-lo às autoridades. (Ver Módulo 3, secção 3, para mais informação)

5.4.3 Se a pessoa é ou não legalmente incapaz

Se a pessoa é incapaz, as ações legais devem ser realizadas em cooperação com a pessoa que detém a sua guarda, que tem o direito a estar presente nas diferentes diligências policiais e judiciais que são realizadas com a vítima.

Se o/a tutor/a legal é o/a alegado/a agressor/a, então qualquer ação judicial irá começar pela notificação ao Ministério Público sobre a situação de impotência da pessoa e pelo requerimento da aplicação das medidas de proteção necessárias.

5.4.4 Tempo passado desde a perpetração do crime

Se o abuso ou a agressão sexual foi cometido nas últimas 72 horas:

a) O/A médico/a legista tem a possibilidade de preservar as provas;
b) Para tal, na maioria dos atuais protocolos de intervenção contra o abuso sexual, é essencial que tenha sido apresentada queixa, visto que as memórias estão em constante alteração (Baddeley, Eysenck y Anderson, 2010).
c) Deve prevalecer uma rápida intervenção. Isto significa ajudar a pessoa a decidir se quer reportar o caso e, se sim, acompanhá-la urgentemente ao serviço especializado das forças de segurança, para que seja avaliada pelo/a médico/a legista.

Se o abuso ou agressão sexual foi cometido antes das últimas 72 horas:

a) Não há possibilidade de recolher amostras;
b) Nestes casos, no entanto, podem ser recolhidas outras provas e vestígios médicos (como lesões, por exemplo), assim como a obtenção das declarações, para as quais a intervenção de peritos/as na área será fundamental.

5.4.5 Se uma intervenção de saúde de emergência é ou não necessária

Quando é necessária uma intervenção de saúde de emergência, é obrigação do/a profissional transferir a vítima para os serviços de saúde de referência.

Os protocolos de Espanha para a ação da saúde contra a VG (2012), do Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade, que também inclui agressões sexuais, define "que os impactos psicológicos sofridos pelas mulheres devem ser reduzidos ao menor número possível depois da agressão.

- ➔ Por esta razão, é não só justificável como até recomendado que a avaliação ginecológica e o exame médico-legal sejam realizados num único ato, independentemente das ações da saúde e periciais, assegurando que não é necessária uma nova examinação.

- ➔ Por esta razão, e porque não há qualquer impedimento legal ou ético - muito pelo contrário - para as examinações em casos de agressões sexuais serem realizadas simultaneamente e de forma coordenada, é necessária a comunicação imediata com as autoridades que irão autorizar a assistência do/a médico/a legista ou encarregar o/a médico/a de serviço com a recolha das amostras com interesse legal".

5.4.6 Se a vítima tem a capacidade de decidir sobre a queixa

É importante, antes de ativar o processo de apresentação da queixa, avaliar se a pessoa com DI pode decidir se quer ou não reportar o caso. Para realizar esta avaliação, deve ser tomado em conta que a pessoa com DI tem a capacidade de decidir ou não apresentar queixa se:

- for adulta;
- souber as consequências derivadas da queixa (positivas e negativas);
- não for coagida, pressionada ou ameaçada para o fazer;
- souber o que significa apresentar queixa ou compreender quando um/a agente responsável a informar sobre isso.

Se a pessoa for incapaz de decidir sobre o processo de queixa:

- ➢ a pessoa deve ser receber com todo o apoio necessário para que possa decidir se quer apresentar queixa. Independentemente das dúvidas apresentadas, os/as apoiantes devem sempre ajudar as vítimas a enfrentar a investigação policial (Contreras, 2015);
- ➢ nos casos em que todos os recursos foram esgotados a implementar o apoio necessário para que a pessoa possa decidir, os/as familiares e profissionais irão decidir sob o princípio do superior interesse da vítima.

Devem ser consideradas as consequências que podem emergir da denúncia e garantido que a vítima não está em contacto com o/a alegado/a agressor/a no momento da apresentação da queixa.

Se o/a alegado/a agressor/a é a pessoa que detém a guarda ou é o/a seu/sua cuidador/a e vive com a vítima, antes da apresentação de queixa devem ser asseguradas as condições para que possam ser ativadas as medidas protetivas necessárias.

1. Mudar para a casa de outro/a familiar (assegurando que este/a familiar pode garantir a sua proteção);

2. Providenciar um lugar temporário num centro especializado;

3. Requisitar um lugar numa casa de abrigo de emergência através de uma agência especializada ou ativar uma medida de guarda temporária na Procuradoria Geral quando os factos forem avaliados.

As medidas protetivas devem sempre ser acordadas com a pessoa afetada (Contreras et al., 2015), oferecendo todo o apoio necessário e sem precipitar uma ação profissional que implica a violação do direito da vítima de decidir.

5.5 A implementação do apoio para a queixa e processo judicial

Numa situação de revelação do abuso cometido contra uma pessoa com DI, há uma série de apoios que podem ser providenciados à pessoa enquanto esta passa pelo processo policial e judicial (Recio, Alemany, Manzanero, 2012):

- Oferecer todas as explicações necessárias que (1) permitam à pessoa compreender o que é a queixa; (2) porque é que a queixa deve ser apresentada; (3) o que irá acontecer na esquadra policial; (4) o que é que a polícia lhe vai perguntar; e (5) porque é que é importante que a pessoa diga a verdade. Para tal, podem ser usados materiais de fácil leitura para pessoas com DI.
- É essencial que a pessoa seja capaz de antecipar o que vai acontecer e que, antes de apresentar a queixa, sejam abordados todos os seus receios (por exemplo, o receio de não saber o que responder, de não compreender as perguntas, de que o/a agressor/a descubra, de o/a ver novamente, de que não acreditem na sua revelação, de ser enviada para casa depois da queixa, o receio por outras pessoas que possam estar em risco, etc.).
    - Abordar estes receios não envolve de forma alguma a preparação das declarações através de ensaios. Deve ser evitada a preparação das declarações através do treino de possíveis interrogatórios, em primeiro lugar porque são uma fonte de vitimação secundária e, em segundo lugar, porque as declarações da pessoa vão perder espontaneidade e portanto credibilidade nas eventuais avaliações forenses subsequentes.
- Acompanhar no momento da queixa e do processo judicial posterior, exigindo que a pessoa não seja deixada sozinha com a polícia ou intervenientes

judiciais se não o quiser, e oferecendo a companhia e “apoio emocional” em todos os momentos do processo.

- Apoiar durante o processo, em articulação com os/as advogados/as da vítima, com o Ministério Público ou com a polícia e os intervenientes judiciais, para que as declarações não sejam tomadas várias vezes desnecessariamente e para que o apoio necessário seja implementado ao longo de todo o processo e de acordo com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.
- Coordenar e cooperar com especialistas na intervenção com vítimas com DI que ajudem os profissionais envolvidos a ativar as medidas de proteção adequadas e adaptações necessárias durante o processo judicial, através da figura do facilitador, e que assegurem que as avaliações médico-legais são adaptadas à deficiência da pessoa.

5.6 A gestão da denúncia pelas organizações

Um dos principais problemas enfrentados pelas organizações que trabalham no apoio às pessoas com DI que foram vítimas de algum tipo de abuso é a forma como a organização lida com a informação relacionada com o abuso (Recio, Alemany, Manzanero, 2012). Este aspeto torna-se crucial quando se tem em conta que a forma como a informação é processada depende bastante do bem-estar e saúde mental da vítima.

O processamento desadequado da informação pode levar a:

i) aumento da estigmatização da vítima, com o consequente aumento de sentimentos de vergonha ou culpa;

ii) pode também negativamente afetar o processo judicial, aumentando as consequências negativas para a vítima.

Antes de tomar qualquer decisão sobre como lidar com a informação relacionada com o abuso, é importante ter em conta que deve prevalecer o direito à privacidade da vítima. Este direito implica que a vítima deve ser quem decide que informação quer partilhar e quem terá acesso a essa informação. De notar que o processamento da informação pela instituição que acompanha a vítima vai depender principalmente da origem do/a perpetrador/a do crime. São consideradas duas assunções:

a) Quando o/a perpetrador/a do crime não tem relação com a organização. O conhecimento do abuso pelos/as profissionais está sujeito aos desejos da vítima e/ou dos/as seus/suas guardiãos/ãs legais, que devem providenciar o seu consentimento por escrito. Isto irá permitir que a vítima desabafe com a

pessoa (profissional ou staff) da sua escolha, independentemente dos serviços especializados oferecidos.

b) Quando o/a perpetrador/a do crime faz parte da equipa de profissionais ou staff. A forma como a informação sobre o abuso é tratada deve respeitar o direito à privacidade da vítima e o direito à presunção de inocência do/a alegado/a perpetrador/a. Deve ser garantido, devido ao dever profissional de proteção contra um possível crime, que durante a investigação policial e judicial, o/a alegado/a perpetrador/a do abuso não tenha acesso à alegada vítima.

    ➔ A experiência deve ajudar a organização a realizar a análise e avaliação dos factos e ativar as medidas de prevenção contra um possível futuro abuso. É necessário realizar uma avaliação da responsabilidade da organização. A investigação policial deve abordar o papel da organização no caso.

Em todos os casos, é necessário que o/a profissional tenha conhecimento de determinadas informações sobre o abuso, e será sempre requerido o consentimento por escrito da vítima e/ou do/a seu/sua tutor/a legal. Todos/as os/as envolvidos/as devem ter consciência das razões pelas quais é importante que determinados/as profissionais saibam de certos aspetos relacionados com o abuso.

Estes/as profissionais podem ser pessoas de referência (professores/as, instrutores/as, técnicos/as vocacionais ou psicólogos/as com quem a vítima lida), que devem estar atentos a possíveis manifestações ou sintomas derivados do abuso e implementar as ações necessárias para o seu tratamento (Estellés, Alemany, Martín Caro, 2017).

O processamento de toda esta informação, a partir do momento em que é obtida com o consentimento escrito da vítima e/ou dos/as seus/suas tutores/as legais, deve ser feito de acordo com as disposições do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

5.7 Conclusão

Para que um caso de alegado abuso chegue aos serviços especializados ou ao contexto policial, é normalmente uma terceira parte (membro da família ou profissional próximo/a da vítima) que se apercebe que a pessoa está a sofrer de um problema de saúde e portanto a acompanha de forma a perceber a razão para o desconforto.

A resposta do/a profissional ou membro da família às manifestações de desconforto da pessoa com DI é crucial. Podem acontecer casos de respostas negligentes, tais como:

i) respostas marcadas por uma incapacidade de observar e cuidar;

ii) negação do desconforto; ou

iii) atribuição geral do comportamento diferente da pessoa à sua deficiência.

- ➔ Pelo contrário, respostas responsáveis serão caracterizadas pela capacidade de saber como ouvir, cuidar e valorizar, ser capaz de tolerar a hipótese de abuso mas sem uma credulidade acrítica.

Quando emergem verbalizações de abuso ou maus-tratos, e mesmo com a presença de indicadores, é infelizmente a tendência em demasiadas situações, independentemente da veracidade atribuída, decidir esconder em vez de reportar. Esta decisão é influenciada pela crença generalizada de que o sistema policial e judicial é agressivo e incapaz de implementar o apoio necessário às vítimas vulneráveis.

Após o cometimento de um crime, para além de todo os danos físicos, económicos, psicológicos e sociais sofridos, a vítima também experiencia um grave impacto emocional, que é por vezes agravado no contacto com o enquadramento legal-criminal, geralmente desconhecido. Raramente é explicado este enquadramento às pessoas com DI, ou lhes é perguntado se querem participar nele:

a) Os direitos da pessoa com DI são geralmente ignorados porque ninguém providencia a informação legal de uma forma adaptada à sua compreensão;
b) Por outro lado, é frequente que nem os instrumentos clínicos nem os relatórios de credibilidade usados tenham sido validados neste grupo. Tudo isto leva ao que a doutrina denomina de “vitimação secundária”, uma experiência que em muitos casos é ainda mais prejudicial do que o crime em si, e que causa profundos sentimentos de impotência.

- ➔ Assim, é extremamente importante que as adaptações necessárias sejam feitas para que as pessoas com deficiências, especialmente as mais vulneráveis, com DI, tenham igual acesso à justiça.

Como?

- ➢ Isto baseia-se na capacidade do sistema, começando pelos agentes da polícia e profissionais e peritos/as médico-legais e forenses, de forma a providenciar o apoio e implementar os ajustes procedimentais necessários.
- ➢ A adoção de medidas específicas para o grupo de pessoas com DI é justificada devido à necessidade de proteger a pessoa, tendo em conta a sua incapacidade de compreensão e vontade, e está de acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que obriga a:

“Os Estados Partes asseguram o acesso efectivo à justiça para pessoas com deficiência, em condições de igualdade com as demais, incluindo através do fornecimento de adaptações processuais e adequadas à idade, de modo a facilitar o seu papel efectivo enquanto participantes directos e indirectos, incluindo na qualidade de testemunhas, em todos os processos judiciais, incluindo as fases de investigação e outras fases preliminares” (artigo 13º nº 1).

Os/As profissionais e membros da família que reportem um possível abuso ou caso de maus-tratos podem contribuir para abrir a porta para o acesso à justiça, agindo de forma responsável e exigindo que os apoios sejam implementados em cada uma das fases do processo de investigação e judicial, ou, pelo contrário, ajudar a manter essa porta fechada. Com estas orientações, espera-se ter encorajado a primeira.

6. APOIO E ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR A VITIMAÇÃO SECUNDÁRIA

As pessoas com DI são altamente vulneráveis a qualquer tipo de abuso e violência (Verdugo, 2002). De facto, a prevalência do abuso de pessoas com DI é elevada comparada com a população sem DI.

Neste cenário, tanto as pessoas com DI que sofreram abuso ou maus-tratos, como as suas famílias, enfrentam um duplo desafio:

1) têm de enfrentar as consequências emocionais que o abuso ou maus-tratos trouxeram;
2) têm normalmente de enfrentar um sistema judicial e policial que não está adaptado à sua condição, fazendo com que o seu acesso à justiça seja desigual.

Para responder a esta dupla necessidade das vítimas com DI (ultrapassar os danos derivados do abuso e acessar o sistema judicial e policial em igualdade), propõe-se um novo modelo de intervenção metodológica, a nível terapêutico, policial e judicial, destacando neste último a introdução da figura do/a facilitador/a (Martorell, Alemany, 2017).

Esta figura é baseada no modelo Inglês do ISVA (*Independent Sexual Violence Advisor* - Consultor Independente de Violência Sexual), um serviço especializado em casos de abuso sexual de vítimas vulneráveis que adapta o processo legal inteiro às suas necessidades. Mais informação disponível em. https://www.gov.uk/government/publications/the-role-of-the-independent-sexual-violence-adviser-isva

Através da figura do/a facilitador/a, pretende-se:

1) adaptar a passagem das pessoas com DI pelos sistemas policial e judicial;
2) contribuir para que estas pessoas tenham um efetivo acesso à justiça, visto que permite que os procedimentos sejam adaptados às limitações e capacidades de cada pessoa com DI vítima de abuso ou maus-tratos que tenha decidido apresentar queixa;
3) contribuir para a consciencialização sobre a necessidade dos agentes policiais e judiciais de adaptarem os seus procedimentos de acordo com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de 2006.

Relativamente à intervenção terapêutica, o projeto propõe:

A) Um novo modelo de intervenção para reparar os danos derivados do abuso em vítimas com DI, não se limitando a estratégias de modificação de comportamento usadas normalmente com esta população;
B) Não focar exclusivamente na experiência traumática, mas sim abordar as dificuldades da pessoa e seus/suas familiares derivadas da deficiência;
C) Incluir a ligação entre todos/as os/as intervenientes que rodeiam a vítima, tais como os/as familiares ou profissionais que trabalham a seu serviço (Martorell, Alemany, 2017).

Por outro lado, devem também ser considerados todos os fatores de vulnerabilidade que influenciam, como referido acima, a identidade da pessoa com DI e a relação da sociedade como um todo com ela.

O fator de vulnerabilidade vai ter consequências importantes na intervenção porque (1) pode tornar o abuso crónico (dadas as dificuldades associadas com a sua deteção); e (2) pode amplificar a gravidade das suas consequências, não providenciando os recursos para a proteção ou tratamento das vítimas ou até agravando e vitimizando duplamente as pessoas que foram abusadas (Verdugo, 2002).

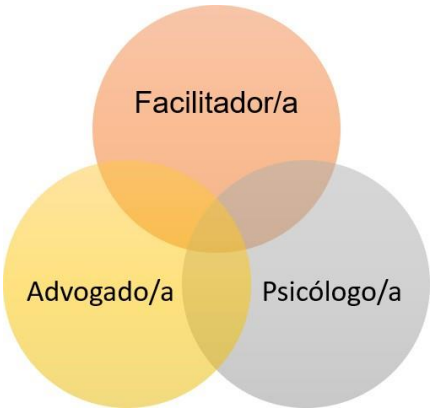
- ➔ As mulheres com DI que atravessam o processo judicial têm muito maior probabilidade de sofrer a denominada “vitimação secundária”, definida como os danos causados pelas instituições ou profissionais com função de atender a pessoa com DI vítima de abuso e o seu contexto: juízes/as, peritos/as, agentes da polícia, procuradores/as, etc.

Ambos fatores - a vulnerabilidade das pessoas com DI e as dificuldades dos/as profissionais na deteção, proteção e intervenção - estão interligados, visto que os fatores de vulnerabilidade vão influenciar a deteção, proteção e intervenção (menor credibilidade, dependência, …). E o impacto do abuso e as consequências que dele derivam podem reforçar e intensificar esses mecanismos de vulnerabilidade.

A intervenção irá, portanto, ser realizada em rede, em contínua cooperação, adaptada às necessidades, limitações e capacidades da pessoa e do seu contexto.

Desta forma, pretende-se que o rótulo de DI não esconda as capacidades que a pessoa possui e a nova aprendizagem que pode ser feita, que, por sua vez, irão ser fatores de proteção contra futuras situações de risco.

As três figuras que irão acompanhar o processo são:



Muitas destas ações sobrepõem-se ao longo do tempo, de forma a que tanto a vítima como o seu contexto possam fazer uso dos diferentes recursos, dependendo das necessidades específicas.

O papel do/a facilitador/a

O/A facilitador/a:

1) constitui uma das principais adaptações procedimentais com o objetivo de adequar os processos judiciais às pessoas com DI;
2) é um/a profissional independente e neutro/a, perito/a em DI e psicologia forense (e especialmente na área da psicologia do testemunho);
3) tem o objetivo de avaliar as capacidades e limitações das pessoas com DI que estão a participar em processos legais, de forma a planear e implementar o apoio e ajustes procedimentais necessários para que elas possam ter acesso à justiça em igualdade com as restantes pessoas.

Esta abordagem é baseada no/a ISVA (*Independent Sexual Violence Advisor* - Consultor/a Independente de Violência Sexual) do Reino Unido, que tem, desde o final da década de 1990, vindo a desempenhar o papel de intermediário/a profissional, tanto na investigação policial como no julgamento, a prestar assistência na comunicação e a providenciar o apoio necessário para que as vítimas com DI possam prestar declarações com todas as guarantias. Especificamente, as funções do/a facilitador/a são as seguintes:

- Aplicar o Protocolo para a Avaliação das Capacidades que Afetam o Testemunho da pessoa com DI (ECAT-DI)(ver capítulo 8, página 49). Ao aplicar este protocolo, o/a facilitador avalia as capacidades e limitações da pessoa com DI, de forma a planear e implementar os apoios e adaptações procedimentais necessários para que ela possa participar no processo com todas as garantias.
- Aconselhar os/as intervenientes judiciais. Assim que o Protocolo ECAT-DI tiver sido aplicado, o/a facilitador/a prepara um relatório que refere as limitações detetadas e os apoios necessários. Este relatório é providenciado desde o

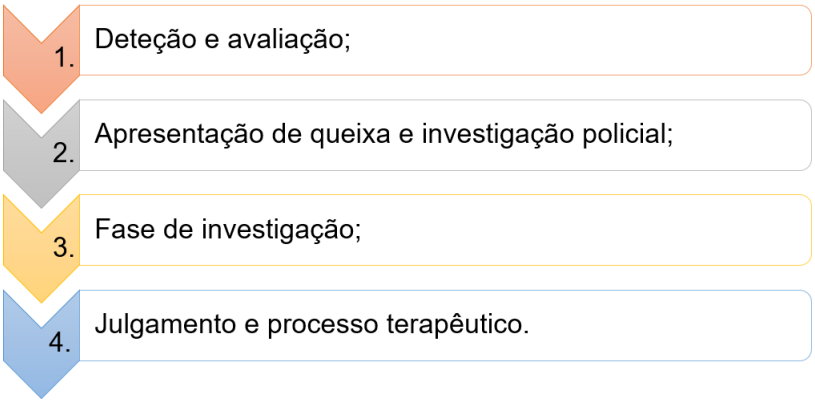
início do processo, e o/a facilitador/a complementa o seu conteúdo com conselhos detalhados sobre a melhor forma de realizar as diligências - especialmente relativamente às testemunhas - com base nos resultados do ECAT-DI.

- Apoiar a pessoa na produção de prova. De forma a adaptar o conteúdo e desenvolvimento dos procedimentos às limitações e capacidades da pessoa com DI, o/a facilitador providencia assistência, intervindo conforme necessário, sempre de forma neutra e independente (por exemplo, adaptando as questões perguntadas pelas partes judiciais à sua capacidade de compreensão).
- Adaptar a prova pericial. Quando a prova pericial é produzida em relação a aspetos da pessoa relacionados com DI (por exemplo, testes psicológicos forenses), o/a facilitador/a, como perito/a em DI, participa ativamente na prática das perícias, quer realizando-as diretamente quer aconselhando os/as peritos/as a cargo da sua realização.
- Adaptar as decisões judiciais. Ao longo do processo, é gerado um conjunto de documentos que são diretamente notificados à pessoa com DI (por exemplo, informações sobre os seus direitos, citações, declarações, despachos, etc). O/A facilitador/a é responsável por adaptar o conteúdo desta documentação às capacidades da pessoa de forma a facilitar a sua compreensão e garantir os seus direitos.

Através do desenvolvimento destas funções, a intervenção do/a facilitador/a:

1) assegura o acesso à justiça para as pessoas com deficiências nos processos judiciais;
2) cumpre não só as diretivas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, mas também outros instrumentos legais nacionais e internacionais, tais como as Orientações e Princípios Internacionais sobre o acesso à justiça para pessoas com deficiências, que definem e promovem a figura dos/as intermediários/as / facilitadores/as (Martorell, Alemany, 2017).

A intervenção pode variar dependendo do momento do processo em que se encontra, tendo em conta 4 fases:



Os vários profissionais envolvidos nas diferentes fases são:

- Deteção e avaliação: um/a **psicólogo/a** responsável por avaliar as suspeitas e um/a advogado/a que, em conjunto com o/a psicólogo/a, providencia apoio à pessoa com DI, aos/às seus/suas familiares e aos/às profissionais.
- Apresentação de queixa, investigação policial, fase de inquérito e instrução e julgamento: **facilitador/a e advogado/a**. O/A facilitador/a irá realizar todas as adaptações necessárias para que a pessoa com DI passe pelo processo judicial com todas as garantias possíveis. Por sua vez, o/a advogado/a pode realizar tarefas de aconselhamento e representar o caso no processo penal.
- Processo terapêutico: **psicólogo/a**.

Antes da apresentação de cada uma das fases, deve ser notado que todas as intervenções descritas devem ser gravadas em suporte audiovisual, após o consentimento das partes que nelas participam.

1. Deteção e avaliação

Nesta fase, a atenção é dividida em duas tarefas fundamentais:

- ➔ aconselhamento a profissionais e membros da família, principalmente na identificação de indicadores e sintomas que possam ajudar na deteção de um caso e na proteção e criação de um contexto seguro e sem violência;
- ➔ obtenção de testemunho, em casos onde isso é necessário, quer porque na sua primeira verbalização existem dúvidas sobre o que aconteceu ou porque nada foi ainda verbalizado mas existem indicadores suficientes.

É importante sempre respeitar a autodeterminação da vítima, sendo que muitas vezes a perceção deste processo muda entre as pessoas com DI e os/as profissionais (Giménez García, 2017).

A obtenção do testemunho consiste numa série de ações em que diferentes tipos de apoio são providenciados para ajudar a pessoa com DI a ser capaz de verbalizar o que lhe aconteceu. Para isto, em primeiro lugar, é recolhida toda a informação sobre os indicadores e as primeiras verbalizações, assim como os relatórios, de forma a conhecer tanto o contexto da pessoa como as variáveis que contribuem para este processo.

Após o estudo de toda a informação e antes de recolher o testemunho, é realizada uma Avaliação das Capacidades que Afetam o Testemunho de pessoas com DI, através do protocolo ECAT-DI (Recio, Alemany, 2014).

O objetivo desta avaliação é detetar as limitações da pessoa nas diferentes capacidades que afetam o processo de prestar declarações (expressão, compreensão, memória, atenção, …) e implementar os apoios necessários de forma

a ajudar a pessoa a explicar e verbalizar tudo o que lhe possa ter acontecido. Após esta avaliação, é realizada a entrevista para obter o testemunho.

No final, é preparado um relatório que reflete as conclusões da obtenção do testemunho, as limitações detetadas através do protocolo ECAT-DI e os apoios e necessidades que a pessoa precisa para uma entrevista ou tomada de declarações adequada.

Nesta fase, o aconselhamento é adaptado à pessoa e ao seu contexto imediato de acordo com os recursos mais adequados, com base no que aconteceu. Se a pessoa com DI ou a sua família (no caso de ser menor ou legalmente incapaz) decidir apresentar queixa, o/a facilitador/a pode oferecer informação sobre as diferentes fases da queixa e do processo criminal (por exemplo, o que é uma queixa, fases do processo, funções dos diferentes agentes judiciais, etc).

Para este propósito, têm sido criadas várias ferramentas específicas, tanto para pessoas com DI como para as/os profissionais e as/os familiares.

Avaliações diagnósticas de deficiência devem também ser realizadas nas pessoas que são trazidas à nossa atenção através de entidades que trabalham com vítimas de tráfico humano e haja suspeita que tenham DI, visto que na maioria dos casos isso não é avaliado.

Em muitos casos, são pessoas que não tiveram a oportunidade de desenvolver-se académica, pessoal e socialmente, o que causa muitas dificuldades na aprendizagem de certos conteúdos e aquisição de capacidades sociais e adaptativas.

As organizações acima mencionadas contactam o ATHENA ou um dos recursos mencionados neste documento, de forma a encaminhar o caso e realizar uma avaliação que engloba os aspetos pessoas, cognitivos e emocionais da vítima.

A intervenção pode ser estabelecida em diferentes fases.

- As/Os profissionais realizam, através de diversos testes, uma avaliação da DI e, por outro lado, uma avaliação do estado emocional, compreendendo a saúde mental da pessoa e a possível presença de uma desordem de stress pós-traumático, ansiedade ou depressão, entre outras. Para tal, são usados testes específicos para DI e seguidos os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) ou os critérios de diagnóstico para desordens psiquiátricas para adultos com DI (DC-LD).
- Após a avaliação da vítima, é feito um relatório com os resultados.

2. Apresentação da queixa e investigação policial

Por vezes, o encaminhamento dos casos acontece depois da apresentação da queixa, geralmente por outras pessoas que não a pessoa com DI, tais como as forças de segurança.

Nestas ocasiões, o objetivo do encaminhamento é obter o testemunho nas melhores condições possíveis e o/a facilitador/a será responsável por cumprir este objetivo (Alemany, Quintana, 2012).

Para tal, em cooperação com o serviço que lida com o caso:

- ➔ O primeiro passo é estudar toda a documentação disponível (relatórios anteriores, verbalizações anteriores sobre o facto a ser investigado, …).
- ➔ Depois, é realizada uma entrevista inicial com a vítima e o seu contexto mais próximo, de forma a explicar os objetivos e a metodologia que será usada para obter o testemunho.

Como é feito na fase de deteção, antes da prestação de declarações, é aplicado o protocolo ECAT-DI para adaptar a recolha do testemunho à pessoa avaliada. O testemunho é recolhido e, por fim, é preparado um relatório que, em conjunto com as gravações, é anexado aos relatórios policiais.

3. Fase de investigação

As ações realizadas nesta fase são semelhantes às descritas acima. Nesta fase, podem intervir juízes/as, advogados/as ou procuradores/as.

- ➔ Esta intervenção consiste na preparação de um relatório ECAT-DI de forma a facilitar as declarações da alegada vítima durante a fase de investigação e, adicionalmente, na participação na tomada de declarações como peritos/as na fase de julgamento.

A participação do/a facilitador/a nesta fase é crucial, oferecendo uma maior garantia da salvaguarda dos direitos da pessoa com deficiência e, portanto, é um instrumento extremamente útil na prevenção da vitimação secundária.

i) As ferramentas disponíveis;

ii) o conhecimento sobre o tratamento de pessoas com DI; e

iii) a experiência na área forense e clínica

vão assegurar que a obtenção do testemunho seja feita nas melhores condições possíveis.

Por fim, o/a facilitador/a também se disponibiliza a adaptar o testemunho, dependendo das limitações e capacidades da pessoa com DI, permitindo uma melhor compreensão dos termos e conteúdos da sentença.

4. Julgamento e processo terapêutico

O objetivo da terapia é reparar os danos ou mitigar os impactos dos diferentes traumas com os quais a pessoa com DI tem de viver.

O enquadramento conceptual, como indicado acima, é um modelo de intervenção psicoterapêutica adaptada a vítimas com DI, as suas famílias e o seu contexto próximo.

Existem várias modalidades, dependendo do impacto:

- A terapia individual é aplicada quando o impacto recai principalmente sobre a vítima, e a terapia familiar quando o impacto não só afeta a vítima mas também o seu contexto mais próximo, tendo também, de forma circular, impacto na vítima.
- Tanto em termos de fatores de vulnerabilidade como de trauma secundário, estão envolvidos elementos que vão influenciar o impacto que a DI e a situação de vitimação têm na pessoa.
- Deste modo, a intervenção terapêutica sugerida não pode apenas focar-se no abuso mas também nos fatores que contribuem para o abuso (a dependência, a submissão, a credibilidade da pessoa com deficiência, a auto-estima, …).

Por outras palavras, é o rótulo que deriva de modelos explanatórios antiquados sobre a DI e os valores patriarcais da nossa sociedade que afetam a identidade da pessoa com DI e o seu contexto. Este último é frequentemente muito mais prejudicial do que a própria violência.

7. DIFICULDADES DAS VÍTIMAS DE VD/VG COM DI ANTES DA QUEIXA

7.1 Como ultrapassar as limitações da vítima com DI antes da queixa?

Um dos apoios mais importantes que serão usados para enfrentar um processo criminal com todas as garantias para a vítima com DI é o:

- ➔ relatório de avaliação das suas capacidades (Contreras, Silva, Manzanero, 2015).

Este relatório não é mais do que uma análise das limitações que cada vítima, devido à sua deficiência, pode ter ao prestar declarações, em que um ou mais apoios são recomendados para ajudar os agentes da polícia e judiciais a ultrapassar cada uma dessas limitações, para que a comunicação com a vítima possa ser o mais fluida possível e seja possível obter informação mais exata e detalhada.

Em princípio, qualquer profissional que conheça a vítima, as suas limitações e quais apoios são necessários para as ultrapassar, pode preparar este documento. No entanto, para assegurar uma melhor qualidade no relatório, aconselha-se que sejam profissionais peritos/a na área a realizar esta tarefa.

7.2 Que apoios devem ser incluídos na apresentação da queixa?

Nesta fase, a principal dificuldade é assegurar que o relatório reflete a adequada declaração sobre o que aconteceu à vítima com DI, e que o relato dos eventos é o mais exato, coerente e detalhado possível.

Não obstante, e apesar do progresso feito relativamente ao cuidado e intervenção com vítimas especialmente vulneráveis por parte dos agentes da polícia, continuam a existir fatores externos:

- perceção da hostilidade e frieza que possam emanar dos agentes policiais;
- intimidação involuntária que os agentes e/ou os seus uniformes possam exercer;
- falta de formação dos agentes sobre DI, etc.

E fatores inerentes à deficiência:

- problemas de comunicação;
- fraca orientação espaço-temporal;
- problemas de memória episódica;
- fenómeno de aquiescência e desejabilidade social.

Estes fatores tornam extremamente difícil apresentar uma queixa de forma adequada (Giménez-García, 2017).

Dessa forma, e dado que a vítima com DI pode ter que repetir novamente em tribunal - provavelmente várias vezes - o conteúdo das suas declarações, seria preferível evitar a sua presença durante a apresentação da queixa.

Isto tem um objetivo duplo:

1) evitar o enfraquecimento do seu testemunho causado pela constante repetição do evento;
2) proteger a pessoa do efeito de re-vitimização.

Para evitar a presença da vítima em esquadras policiais, podemos providenciar - se disponíveis - apoios audiovisuais ou substituir as suas declarações com as de uma testemunha de referência (a primeira pessoa a quem a vítima revelou). Visto que não é incomum estas possibilidades não estarem disponíveis, ou mesmo contando com uma delas possa ser requerida a presença e/ou assinatura da própria vítima de forma a apresentar queixa, seria preferível providenciar um relatório de avaliação de capacidades e requerer que as declarações sejam prestadas com assistência de um/a facilitador/a.

7.3 O que é um/a facilitador/a?

O trabalho e conceito de facilitador/a pode ser encontrado com mais detalhe no capítulo 8. De forma introdutória, o/a facilitador/a é:

I) um/a profissional independente e neutro/a da área da psicologia;

II) perito/a em DI e na avaliação das capacidades cognitivas que afetam o processo judicial;

III) que apoia a pessoa com DI na sua comunicação durante o processo;

IV) que providencia o apoio necessário para garantir um testemunho válido e fiável (Martorell, Alemany. 2017).

As principais funções de um/a facilitador seriam as seguintes:

- acompanhar emocionalmente a vítima com DI para que esteja o mais calma possível, reduzindo o efeito da vitimação secundária;
- informar a vítima com DI sobre o funcionamento da polícia e do sistema judicial (o que é uma queixa, quem é a polícia, porque é que têm de a entrevistar, etc);
- aconselhar os/as agentes da polícia e judiciais sobre as adaptações relevantes que devem ser implementadas nas entrevistas com a vítima com DI, baseadas na avaliação de capacidades previamente realizada;

- definir os apoios necessários para a tomada de declarações (disponibilizar-se a fazer o papel de tradutor/a durante as entrevistas com a polícia e a tomada de declarações, reformular as perguntas e explicações dadas adaptando-as ao nível de entendimento da vítima, etc).

Em certas ocasiões - por exemplo: ausência ou indisponibilidade de facilitadores/as, graves dificuldades de comunicação, etc. - o papel de facilitador/a também pode ser interpretado por uma pessoa próxima da vítima, com quem a vítima se sente segura e com quem tenha sido estabelecido um canal de comunicação fluida.

8. APOIO NO PROCESSO: FACILITADOR/A

Algumas pessoas com DI podem ter dificuldades especiais, ao longo de um processo policial ou judicial, em compreender e relatar alguns factos devido a diversas limitações e problemas de comunicação (Giménez-García, 2017).

Este facto não significa que as pessoas com DI não possam prestar declarações ou que a investigação não possa ter todas as garantias. No entanto, muitos profissionais ainda consideram que as pessoas com DI são testemunhas menos válidas ou credíveis.

Na base dessa consideração está um fraco conhecimento sobre a deficiência, a principal barreira no cumprimento do princípio geral de não discriminação, igualdade de oportunidades e acessibilidade ao sistema judicial (UNCPD, 2006).

Cumprir os princípios da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (UNCPD) significa incorporar os apoios e adaptações necessárias, tanto na fase de investigação como no processo judicial.

Uma medida prioritária para desconstruir as barreiras que as vítimas e testemunhas com DI enfrentam é a presença da figura do/a facilitador/a, que se traduz num/a psicólogo/a perito/a em DI e em psicologia do testemunho. A sua introdução, aceite e integrada nos protocolos de ação judicial, seria uma conquista fundamental dos países parceiros para o cumprimento das orientações definidas pela Convenção.

Hoje em dia, nas forças de segurança de Londres, por exemplo, a entrevista policial de uma vítima de abuso sexual com DI é realizada com a figura do/a "ISVA" (*Independent Sexual Violence Advisor*, Consultor Independente de Violência Sexual), um/a facilitador/a independente em casos de abuso sexual de pessoas especialmente vulneráveis. Oficialmente, os/as facilitadores/as e as adaptações necessárias na entrevista de vítimas com DI foram apenas introduzidas há poucos anos atrás.

A sua aceitação deriva de numerosas investigações (Contreras, Silva, Manzanero, 2015) que demonstram que as pessoas vulneráveis não são entrevistadas adequadamente e que, quando não o são, especialmente quando são utilizados estilos sugestivos, o seu testemunho pode ser alterado.

O trabalho articulado entre os/as facilitadores/as, a polícia e os/as magistrados/as pretende garantir o igual acesso à justiça para as pessoas com DI, minimizar o impacto emocional sentido na sua passagem pelo sistema judicial, prevenir a vitimação secundária e, por último, garantir a obtenção da evidência testemunhal nas melhores condições em termos de qualidade.

8.1 O papel do/a facilitador/a

O/A facilitador/a é um/a profissional independente e neutro/a. Este/a pode ser um/a psicólogo/a, um/a profissional de saúde mental, um/a assistente social ou um/a perito/a em DI, e pode apoiar na avaliação das capacidades que podem afetar o processo judicial e na implementação dos apoios necessários para as pessoas com DI ao longo do processo.

Este/a profissional pode acompanhar a pessoa com DI durante o processo e garante um testemunho válido e credível. O/A facilitador/a apoia a pessoa com DI na sua comunicação com a polícia e os/as magistrados/as durante o processo policial e judicial, auxiliando a obtenção de um testemunho fiável.

Assim, o/a facilitador/a garante que a polícia e os/as magistrados/as recolham a evidência testemunhal nas melhores condições possíveis (Martorell, Alemany. 2017). Especificamente, as suas funções são as seguintes:

- Informar a vítima com DI sobre o funcionamento do sistema policial e judicial (o que é uma queixa, quem é a polícia, porque é que o/a têm de entrevistar, etc.). Para a maioria da população, atravessar os sistemas policial e judicial é uma experiência que causa stress.

  Para as pessoas com DI, que têm maior dificuldade em compreender as complexidades do sistema, é essencial integrar apoios que lhes permitam entender, por exemplo, as razões pelas quais têm de relatar as suas experiências de vitimação a tantas pessoas, ou qual é a função dos diferentes agentes que intervêm ao longo do processo judicial.

- Ajudar a vítima com DI a decidir se quer reportar (nos casos em que a vítima é um/a adulto/a). Geralmente, as decisões relativas a pessoas com DI são feitas por outras pessoas, nulificando o direito destas pessoas de decidir sobre as suas vidas.

  Não permitir a sua decisão não só viola os seus direitos mas também acarreta consequências emocionais significativas, visto que deixa a pessoa numa situação de incompreensão, indefesa e sem poder. Neste sentido, os apoios que permitem que a pessoa com DI compreenda as implicações e consequências de apresentar queixa são essenciais e legalmente necessárias.

- Avaliar todas as capacidades que possam afetar a investigação policial e judicial, com especial ênfase nas envolvidas no testemunho. Mais tarde neste Módulo será explicada em detalhe a importância de avaliar as capacidades da pessoa com DI. Não realizar esta avaliação limita significativamente o trabalho

da polícia e dos/as magistrados/as e dificulta o igual acesso à justiça para estas pessoas.

- Avaliar a capacidade de consentir a relações sexuais por parte da pessoa com DI. Em muitos casos de abuso sexual esta avaliação é essencial para a investigação judicial e deve ser adaptada de acordo com as capacidades previamente avaliadas.

- Aconselhar os agentes policiais e judiciais sobre os apoios que devem ser implementados e as adaptações pertinentes que devem ser efetuadas com base na avaliação realizada. À luz da avaliação de capacidades, devem ser desenvolvidos apoios que permitam aos/às agentes envolvidos/as comunicar adequadamente com a pessoa e obter um testemunho com qualidade. Assim, é compreendido que o trabalho desta figura perita seja não só apoiar a pessoa com DI na sua passagem pelo sistema judicial, mas também auxiliar o trabalho dos/as agentes judiciais.

- Acompanhar a vítima e os/as seus/suas familiares ao longo do processo policial e judicial, adaptando as explicações de cada fase à pessoa com DI, assim como as decisões e sentenças.

- Servir como perito/a durante a tomada de declarações, as rondas de reconhecimento ou os testes pré-constituídos para memória futura, garantindo que estes procedimentos são adaptados à avaliação de capacidades anteriormente realizada e implementando o apoio necessário.

  O instrumento de declarações para memória futura pretende garantir a obtenção de testemunho e preservá-lo. Garante a proteção da vítima e evita a sua exposição pública, limitando-a ao contacto com especialistas e evitando quanto possível novas codificações traumatizantes do evento criminal.

  As próprias características deste teste evitam a repetição de declarações e garantem o princípio do contraditório, visto que as partes podem intervir através dos/as especialistas facilitadores/as.

Ter um/a facilitador/a especialista ao longo do processo policial e judicial garante:

- O cumprimento do direito da pessoa com DI à participação e à informação (Diretiva 2012/29/EU do Parlamento Europeu e do Conselho do 25 de Outubro de 2012, que estabelece os requisitos mínimos dos direitos, apoio e proteção das vítimas de crime).
- O acesso à justiça em igualdade com os outros, através dos ajustes procedimentais necessários (Artigo 13.1 da Convenção das Nações Unidades sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência).

8.2 Ferramentas do/a facilitador

8.2.1 A Entrevista de Obtenção de Testemunho por Fases Adaptadas a Pessoas com DI

A Entrevista de Obtenção de Testemunho por Fases Adaptadas a Pessoas com DI consiste numa ferramenta que deve ser adaptada a cada caso, tendo em consideração o grau de deficiência e as limitações de comunicação da pessoa. Adaptada por especialistas em DI, é necessária ser aplicada a pessoas com DI ligeira, moderada ou severa, e a pessoas com uma desordem no espectro de autismo. Esta entrevista é considerada uma tarefa obrigatória.

A sua aplicação requer conhecimento e experiência em lidar com pessoas com DI. Deve ser dada a profissionais que frequentem cursos de facilitador/a especializado/a como este, que valorizam unanimemente o seu uso como fundamental no trabalho com pessoas com DI.

8.2.2 O protocolo ECAT-DI

O protocolo ECAT-DI é enquadrado num formato de entrevista semi-estruturada, através da qual o/a facilitador/a consegue avaliar todas as capacidades que afetam a forma como os factos investigados pela polícia e sistema judicial são relembrados e relatados.

É uma proposta para a avaliação de capacidades que afetam o testemunho da pessoa com DI, cujo objetivo principal não é a avaliação da DI (para a qual existem já instrumentos cientificamente validados usados por especialistas que trabalham em serviços de avaliação de deficiências) mas sim o planeamento de apoios que devem ser implementados no acesso ao sistema policial e judicial.

Num contexto policial, criminal ou forense, o protocolo ECAT-DI é especialmente útil como trabalho prévio à obtenção do testemunho. É constituído como a primeira fase da Entrevista de Obtenção de Testemunho por Fases Adaptadas a Pessoas com DI, que foi criada na Unidade para Atenção a Vítimas com DI e que está já a ser utilizada pela polícia, por psicólogos/as forenses e por criminólogos/as em Espanha.

Um elevado conhecimento do Protocolo e da Entrevista só pode ser atingido após formação especializada. No entanto, apresentar as diferentes fases que os compõem permitirá ao/à leitor/a ter uma primeira abordagem ao único trabalho que, até à data, tem conseguido que esses procedimentos policiais e judiciais sejam adaptados de acordo com os direitos das pessoas com DI, ao mesmo tempo que facilita o trabalho

dos agentes policiais e judiciais e psicólogos/as forenses na sua intervenção com pessoas com DI.

Como mencionado, o protocolo ECAT-DI pretende implementar o apoio que pode ser necessário ao longo do processo policial e judicial. Cumpre uma função dupla: em primeiro lugar, acionar o apoio que a pessoa com DI requer para garantir o seu acesso à justiça (quer seja vítima, testemunha ou arguido/a); em segundo lugar, providenciar o apoio que a polícia e os/as magistrados/as possam necessitar. No fundo, realizar o seu trabalho com uma população cujas modalidades relacionais e de comunicação são frequentemente desconhecidas.

Por exemplo, pode ser pedido ao/à facilitador/a que avalie se a pessoa com DI tem capacidade de decidir ou de se relembrar dos factos anos mais tarde, em julgamento (e, consequentemente, determinar se deverão ser implementadas medidas de preservação de testemunho, tais como evidência pré-constituída para memória futura); que avalie a capacidade de reconhecer um/a suspeito/a numa ronda de reconhecimento; ou, que tem sido o mais comum, que obtenha um testemunho válido (neste caso, será aplicado enquadrado na Entrevista de Obtenção de Testemunho por Fases Adaptadas a Pessoas com DI).

Ao longo do protocolo, as capacidades que possam afetar o testemunho da pessoa com DI serão avaliadas, como um passo essencial para acionar todo o apoio necessário durante o processo judicial (Recio, Alemany, 2014). Estas capacidades são as seguintes:

- Comunicação, que inclui a análise da forma como a pessoa é capaz de se expressar (linguagem verbal e não verbal) assim como as suas limitações, a terminologia que usa e o seu vocabulário. Nos casos em que a pessoa com DI usa outros métodos de comunicação, tais como o uso de pictogramas ou linguagem gestual, o seu uso e competência devem ser avaliados.
- Perceção, visual e auditiva.
- Memória, episódico-autobiográfica e semântica.
- Localização espaço-temporal, que irá permitir antecipar se a pessoa irá ser capaz de responder a questões sobre o local e tempo dos eventos.
- Quantificação, que irá permitir antecipar se a pessoa será capaz de responder a questões que requerem a capacidade de contar ou enumerar objetos, eventos ou ações.
- Atenção, seletiva (prever a capacidade de relembrar detalhes secundários) e contínua (antecipar a organização cronológica dos eventos durante a prestação de declarações).
- Processos mentais e meta-cognitivos, que incluem o raciocínio, a tomada de decisões e a função reflexiva, que irão permitir a avaliação da forma como os eventos da pessoa são atribuídos e o tipo de formulações, conceitos e questões que a pessoa será capaz de compreender.

- Sugestibilidade, em que intervêm os fatores cognitivos e sociais como a autoestima, a dependência emocional e a autoconfiança. Isto irá permitir avaliar a informação que a pessoa com DI terá adicionado ou pode adicionar à sua história, com base na forma como lhe é perguntado o que aconteceu pelos diferentes agentes.
- A desejabilidade social ou tendência de responder exclusivamente de forma a satisfazer a entrevista, independentemente se a resposta é verdade ou não.
- A aquiescência ou a tendência de responder "sim" ou na mesma linha em que a questão é formulada. Correlaciona-se com o QI e as capacidades de comunicação, assim como com a linguagem e a memória.

As cinco fases que constituem o protocolo ECAT-DI estão resumidas na tabela seguinte e posteriormente detalhadas.

I	Recolha de informação com os/as principais cuidadores/as da pessoa com DI
II	Fase de criação de relacionamento e avaliação indireta de capacidades
III	Avaliação direta de capacidades
IV	Registo da avaliação de capacidades e planeamento dos apoios
V	Relatório sobre a Avaliação de Capacidades que Afetam o Testemunho da Pessoa com DI

I. Recolha de informação com os/as cuidadores/as principais da pessoa com DI

Antes do encontro com a vítima, testemunha ou arguido/a com DI, é feito uma rigorosa recolha de informação com os/as principais cuidadores/as ou profissionais de cuidado que melhor conhecem a pessoa. Nesta recolha, devem ser registados os seguintes aspetos:

- Aspetos pessoais e ocupacionais (idade, composição familiar, estado civil, habilitações literárias, centro ocupacional, horários ou rotinas diárias).
- Aspetos relacionados com a deficiência (tipo de deficiência, síndromes ou desordens associadas com a deficiência, momento do diagnóstico, consciência da deficiência, medicação e efeitos secundários associados).
- Doenças físicas que podem afetar a memória ou o testemunho (perturbações visuais ou auditivas).
- Primeira abordagem às capacidades básicas que afetam o testemunho: linguagem, memória, atenção, localização espaço-temporal.
- Primeira abordagem às capacidades sociais: assertividade, submissão, dependência, desejabilidade social.
- Conhecimento de sexualidade e principais elementos envolvidos.

Para além destes aspetos, deve ser recolhida a informação básica que permita

contrastar com a dada pela pessoa com DI objeto de avaliação na próxima fase, de forma a obter dados objetivos e válidos para uma direta avaliação das suas capacidades. A informação que deve ser recolhida é:

- A morada da pessoa com DI.
- O itinerário desde casa até ao centro, escola ou estabelecimento a que a pessoa vai diariamente, assim como o tempo estimado que demora (se não vai a nenhum estabelecimento, escolher um local que vá regularmente).
- Se este caminho é feito a sós ou com companhia.
- Como é o seu dia no trabalho ou no centro ou em casa / estrutura de saúde mental.
- As tarefas realizadas durante o dia.
- O que normalmente faz com os/as amigos/as nos tempos livres.
- Relato de episódios passados específicos, com os quais a memória autobiográfica da pessoa possa ser avaliada.

Por exemplo, escolher um episódio significativo experienciado pela pessoa num momento perto dos eventos que estão sob investigação criminal. Será pedido ao/à cuidador/a que relate com o maior detalhe possível tudo o que aconteceu nesse dia - tal como uma excursão, uma visita ao/à médico/a, um acidente, um incidente significativo - e, mais tarde, na segunda fase, a pessoa com DI será questionada diretamente sobre esse incidente.

Com este pequeno exercício, o/a facilitador/a terá uma primeira aproximação ao nível de detalhe com que a pessoa é capaz de expressar as suas memórias. Mais ainda, através desta avaliação, o nível de detalhe e a riqueza do testemunho podem ser avaliados com e sem a inserção de apoio.

Com este primeiro registo, o/a avaliador/a irá ter informação suficiente para antecipar as principais adaptações a serem feitas na comunicação com a pessoa, assim como o apoio que pode ser necessário se uma entrevista na esquadra ou no tribunal for necessária.

Por fim, esta primeira entrevista com o/a principal cuidador/a ou profissional de cuidados diretos servirá para clarificar a necessidade de gravar as entrevistas realizadas com a pessoa, e obter o consentimento informado para este propósito (que tem de ser assinado pelo/a tutor/a nos casos em que a vítima é menor ou legalmente incapaz).

É fortemente recomendado que cada entrevista realizada com a pessoa com DI e com algum/a seu/sua familiar seja gravada, para o qual toda a gente terá de dar o seu consentimento informado. Este deve estar numa versão de fácil leitura para a pessoa com DI.

II. Fase de criação de empatia e avaliação indireta de capacidades

Esta fase vai permitir ao/à avaliador/a compreender como a pessoa comunica, estabelecer uma relação de confiança, familiarizar a pessoa com DI com as “grandes regras” de qualquer entrevista pericial e, especificamente, avaliar as capacidades que afetam o testemunho e o processo policial e judicial.

Após apresentar o/a entrevistador/a, explicar a razão para a entrevista (conhecer a pessoa com DI, aprender a comunicar com ela e ajudá-la durante o processo policial ou judicial), e requisitar o seu consentimento para a gravação da entrevista, o/a entrevistador/a começa por explicar as "grandes regras da entrevista", que são:

- "Dizer a verdade". Por exemplo, pode ser dito: "É muito importante que tudo o que eu e tu dizemos seja apenas a verdade. Se eu disser algo que é uma mentira, diz-me. Por exemplo, se eu disser que a minha camisola é vermelha" - o/a entrevistador/a tem uma camisola de cor diferente do que vermelha - "é verdade ou mentira? É muito importante que tudo o que me digas seja apenas a verdade." O/A entrevistador/a deve verificar que a pessoa entrevistada sabe a diferença entre a verdade e a mentira com tantos exemplos quantos forem necessários.
- "Não ter medo de tirar dúvidas". As pessoas com DI, devido à sua alta desejabilidade social e a sua insegurança em contextos estranhos, geralmente não expressam quando não compreendem algo. Por isso, é muito importante afirmá-lo e que possam praticar, a partir do primeiro momento, a assertividade quando não compreendem uma pergunta. Não praticar estas perguntas antes de qualquer entrevista aumenta significativamente o risco de obter respostas sujeitas à aquiescência. Por exemplo, pode ser dito: "Às vezes eu não me expresso bem ou uso palavras estranhas e é importante que me corrijas e digas «Maria, eu não compreendi»." Tal como na primeira regra, devem ser praticados tantos exemplos quanto necessários até que a pessoa possa verbalizar diretamente que não está a compreender ou não sabe responder.
- "Estar à vontade para parar a entrevista". Devido à sua desejabilidade social, também é necessário tornar claro que a pessoa pode parar a entrevista quando quiser, referindo-se à pessoa de forma concreta (por exemplo, dizendo: "se estiveres cansado/a, aborrecido/a, precisares de ir à casa-de-banho, ou quiseres parar, por favor diz-me").
- "Estar à vontade para expressar ignorância ou falta de memória". Semelhantemente à regra acima, devido à sua alta desejabilidade social, muitas pessoas com DI podem ter dificuldades em expressar ignorância ou falta de memória sobre algumas das perguntas que vão ser feitas durante a entrevista. Portanto, é essencial que seja explicitada a possibilidade de não responder a perguntas às quais não se sabe ou não se lembra da resposta. (Por exemplo, dizendo: "Às vezes eu faço perguntas difíceis, se não souberes a resposta ou não te lembrares, é importante que me digas. É preferível que digas «Não sei» ou «Não me lembro» do que inventes uma resposta).
- "Estar à vontade para corrigir o/a entrevistador/a". Não é incomum que o/a entrevistador/a confunda conceitos ou termos usados pela pessoa com DI ao longo da entrevista. Encorajar a possibilidade do/a entrevistado/a corrigir o/a entrevistador/a irá reduzir o efeito da sugestibilidade. Por exemplo, dizendo: "Se eu não tiver compreendido algo que tu tenhas dito, é importante que me digas. Às vezes eu estou errado/a. Hoje é Terça-feira, não é?" (Quando a resposta foi Segunda-feira). "Vês? Eu estava errado/a. É importante que me digas quando estou errado/a, «Maria, eu disse Segunda-feira, não disse Terça-feira»").

Após especificar e praticar as grandes regras, o/a entrevistador/a pergunta sobre uma série de aspetos neutros da vida da pessoa, de forma a começar a estabelecer uma

relação de confiança ao mesmo tempo que avalia as capacidades da pessoa.

A seguinte tabela mostra exemplos de perguntas que podem ser usadas nesta fase, e como, com cada uma, o/a entrevistador/a está a obter uma avaliação indireta das questões enquanto estabelece uma relação de empatia ou confiança com a pessoa.

Perguntas	**Capacidades avaliadas**
Podes dizer-me que dia é hoje? Em que mês estamos? Em que ano? Quando é o teu aniversário? Então, se o teu aniversário foi em … quanto tempo passou? Onde vives? Demoraste muito tempo a vir para aqui?	Linguagem Localização temporal Localização espacial
Qual é o teu trabalho / o que estudas? Podes dizer-me como é um dia normal no teu trabalho / na tua escola? Desde o início até acabares, por favor, dá-me o máximo de detalhes quanto conseguires, mesmo que aches que não são importantes. O que é que mais gostas no teu trabalho / na tua escola? Porquê? Não gostas mais de…? O que é que gostas menos?	Linguagem (a quantidade de detalhes dados, a estrutura do conteúdo) Memória semântica Raciocínio Desejabilidade social Assertividade Aquiescência
Os teus pais disseram-me que antes do verão tu foste a… Podes dizer-me tudo o que fizeste nesse dia? Desde que acordaste até teres ido dormir. Por favor, dá-me todos os detalhes que conseguires, mesmo os que aches que não são importantes.	Memória episódica

III. Fase de avaliação direta de capacidades

Nesta fase, a avaliação das capacidades que podem afetar o testemunho continua de forma mais direta.

A avaliação direta de capacidades é composta por uma série de exercícios através dos quais é realizada uma avaliação rigorosa das necessidades de apoio, com o uso

de diferentes fotografias que a pessoa terá de descrever e relembrar após terem sido retiradas, e perguntas específicas a que terá de responder.

Nesta fase, pode também ser avaliado o uso de escalas psicométricas específicas para este propósito, se forem detetados défices específicos em áreas importantes (e que se verifique que necessitam de adaptações importantes no processo judicial). Por exemplo, se for notado durante a fase de empatia, num adulto com síndrome de Down, dificuldades especiais de memória, será necessário promover, na fase de instrução, a implementação das declarações para memória futura.

Esta medida é a única que permite preservar o testemunho e prevenir que a pessoa tenha de voltar a testemunhar anos mais tarde. A tomada de declarações para memória futura, portanto, pode ser baseada no relatório pericial com o protocolo ECAT-DI.

Durante estas fases, o/a avaliador/a deve ter experiência suficiente para, no caso de detetar limitações óbvias na pessoa, incluir os apoios que se sabe serem úteis para as aliviar.

Por exemplo, se for verificado, nestas fases, que a pessoa não tem a capacidade de localizar temporalmente os eventos, pode ser desenhado com ela um gráfico onde estão apresentados os episódios principais do último ano, que podem ser usados para localizar o momento em que os eventos falados nas entrevistas ocorreram. Este mesmo gráfico pode, mais tarde no contexto policial, servir como um apoio para localizar os atos criminais que estão a ser investigados.

IV. Registo da avaliação

Visto que a avaliação de capacidades é registada em apoio audiovisual, assim que a avaliação com a pessoa estiver finalizada, as respostas são registadas e é determinado o grau de afetação das capacidades que podem influenciar o testemunho e os apoios que devem ser implementados durante o processo judicial.

Se for pretendido usar a avaliação de capacidades para propósitos periciais, a metodologia de registo deve ser interavaliadores/as, ou seja, dois/duas assessores/as com experiência na matéria devem rever a avaliação separadamente e determinar o possível impacto nas capacidades.

Após a concordância interavaliadores/as, serão especificados todos os apoios que se estima serem necessários durante a intervenção policial e judicial com a pessoa.

V. Relatório de avaliação de capacidades

A avaliação das capacidades, assim como os apoios considerados necessários durante o processo, serão definidos claramente no relatório. Este relatório deve ser entregue a qualquer agente policial ou judicial (sejam magistrados/as, procuradores/as, advogados/as ou psicólogos/as forenses). O seu objetivo é ajudar a condução da investigação, para a qual é essencial um testemunho válido. E apenas pode ser conseguido um testemunho válido, no que toca a pessoas com DI, com o planeamento da entrevista de tomada de declarações e a realização de todo este

trabalho prévio.

A Entrevista para Obtenção do Testemunho em Fases Adaptadas às Pessoas com DI, que é apresentada na secção seguinte, integra o protocolo ECAT-DI como um trabalho fundamental anterior à obtenção do testemunho.

8.2.3 A entrevista adaptada

É previsível que diferentes problemas de comunicação surjam durante uma entrevista com uma pessoa com DI (Contreas, Silva, Manzanero. 2015). Algumas das peculiaridades mais frequentes do discurso da pessoa com DI são as contradições, os silêncios, o ritmo lento, a confusão e a insegurança.

Os problemas que podem surgir ao compreender a pessoa com DI não são causados pela pessoa entrevistada ou entrevistadora, mas devem-se a diferenças nas capacidades de comunicação. Estas apenas podem ser corrigidas realizando as adaptações pertinentes e implementando os apoios necessários (AAIDD, 2011).

A Entrevista de Obtenção de Testemunho por Fases Adaptadas a Pessoas com DI constitui uma proposta que garante as adaptações e apoios mencionados e procura obter um testemunho com o maior nível de detalhe que a pessoa é capaz de providenciar, e livre de contaminação pelo/a entrevistador/a. Para tal, o/a entrevistador/a tem três fases:

- A primeira fase, composta pelo Protocolo ECAT-DI para a Avaliação das Capacidades que Afetam o Testemunho da Pessoa com DI, cujo objetivo é planear a entrevista e a delineação dos apoios que devem ser implementados.
- A segunda fase, de Abordar o Evento para Investigar ou Obter o Testemunho (com as adaptações pertinentes baseadas na implementação dos apoios previamente planeados).
- A terceira fase, de Encerramento.

É altamente recomendada a gravação audiovisual da entrevista de forma a obter um registo fiável do que a pessoa entrevistada diz e como o diz. Isto irá assegurar o seu testemunho ao longo do tempo, visto que a gravação pode ser estudada posteriormente (pelos/as entrevistadores/as e por outros/as especialistas forenses) e pode servir para prevenir que a pessoa com DI tenha de testemunhar várias vezes em frente a diferentes intervenientes no processo.

<u>Fase 1: Protocolo ECAT-DI e planeamento da entrevista</u>

Depois de aplicar o Protocolo ECAT-DI, será permitido que a pessoa descanse, sendo que vai ser marcado um segundo momento para proceder à segunda fase de obtenção do testemunho com o apoio necessário. Concretizar o protocolo ECAT-TI e obter o testemunho no mesmo dia, devido à sua complexidade e à fadiga que pode causar tanto à pessoa entrevistada como ao/à entrevistador/a, deve ser exclusivamente limitado aos casos estritamente necessários.

Assim, é essencial que exista uma pausa entre o protocolo ECAT-DI e a obtenção do testemunho. Esta é a única forma de evitar improvisar o apoio e de planear

adequadamente a entrevista.

Durante esta pausa, o/a entrevistador/a deve determinar a extensão da afetação das principais capacidades que possam condicionar a narrativa dos eventos (e portanto ser capaz de antecipar se haverão muitos ou poucos detalhes; com detalhes centrais ou periféricos; concretos ou abstratos; com alto/moderado/baixo risco de desejabilidade social e aquiescência, etc.), assim como os apoios que devem ser acionados para obter um testemunho o mais fiável e preciso possível.

Se for verificada uma grande necessidade de apoio, recomenda-se que se utilize um/a psicólogo/a facilitador/a ou, na sua falta, um/a especialista em DI com experiência em implementar sistemas de apoio centrados na pessoa.

Fase 2: Abordar o Evento e Obter o Testemunho

A segunda fase da entrevista será aquela em que o evento investigado é abordado com os apoios previamente planeados para este propósito. A abordagem ao evento é crucial para obter um bom testemunho e requer, mais uma vez, a aplicação de uma série de passos:

- Passo 1: Introdução e grandes regras

Apesar de a norma em contextos forenses ser não sugerir o tópico sobre o qual se vai falar, é provável que a pessoa com DI não tenha qualquer consciência sobre a razão pela qual têm de falar com uma pessoa estranha.

O primeiro passo antes de questionar sobre o evento, portanto, será perguntar se a pessoa sabe porque é que está na entrevista, e depois fechar a pergunta. Por exemplo, “Sabes porque é que estamos aqui?”, “Há alguma coisa que me / nos queiras dizer?”, “Estamos aqui para falar contigo para que nos possas contar sobre uma coisa que te aconteceu”, “Estamos aqui para falar contigo sobre uma coisa que tu já contaste a…”).

Deve ser notado que o principal papel do/a avaliador/a é facilitar, não interrogar. É essencial não fazer demasiadas perguntas na parte inicial da fase de obtenção do testemunho, visto que é muito melhor obter a informação tão espontaneamente e livre de contaminação quanto possível.

Antes de começar a relatar o que aconteceu, é importante relembrar a pessoa das “grandes regras” da entrevista, que foram praticadas na fase do Protocolo ECAT-DI. Relembrar as grandes regras é útil não só para prevenir a aquiescência e problemas de assertividade comuns nas pessoas com DI, mas para continuar a estabelecer um clima de confiança antes de começar a relembrar o evento potencialmente traumático.

- Passo 2: Narração livre

As pessoas com DI frequentemente começam a relatar aspetos periféricos no início e não abordam os temas centrais dos eventos até se sentirem prontas ou confortáveis. É muito importante não começar imediatamente a perguntar sobre estes aspetos centrais, mas sim respeitar e tolerar o seu ritmo, as pausas, mesmo as mais

longas, e os silêncios.

Desta forma, mesmo quando a trabalhar com uma pessoa com DI, e independentemente das suas dificuldades de expressão e compreensão, a abordagem ao tópico a ser investigado será realizada através da narração livre. No entanto, fazer esta pergunta pode ser uma situação de novidade, visto que eles/as estão normalmente habituados/as a que sejam os/as seus/suas interlocutores/as a controlar e conduzir as conversas.

Tendo em conta que os testemunhos que melhor podem ser analisados são aqueles em que a narração livre é extensiva, devem prevalecer perguntas abertas nas entrevistas, que serão fechadas à medida que for importante aprofundar certos detalhes. Serão as perguntas abertas que irão obter as respostas mais precisas e com o maior nível de detalhe. Pelo contrário, há perguntas que podem ter um efeito adverso nas respostas das pessoas com DI.

Em geral, quanto mais fechada a pergunta, menos precisa será a resposta, visto que as pessoas com DI são mais sensíveis à desejabilidade social, levando-as a responder com aquiescência em maior proporção do que a população sem DI (AAIDD, 2011).

NARRATIVA LIVRE	Tentar obter informação sem pressionar ou encaminhar as respostas. *"Podes dizer-me, com todos os detalhes que quiseres, o que aconteceu?*"
PERGUNTAS ABERTAS	Tentar clarificar a informação dada à pessoa. *"Disseste que ele estava a falar contigo no parque. Podes contar-me mais sobre isso?"*
PERGUNTAS FECHADAS	Devem ser feitas, se for possível, com a oferta de mais do que duas opções de resposta. *"Quando disseste que ele te toca com «aquilo», queres dizer que é com a sua mão, com um lápis, com uma régua…?"* Estas perguntas devem ser equilibradas, repetindo as perguntas com opções de resposta diferentes para verificar se a resposta está sob efeitos de aquiescência.

Visto que a narração livre de uma pessoa com DI é sempre mais expansiva de compreender do que as respostas a perguntas, há um risco de que o/a entrevistador/a irá pôr de lado o relato livre e espontâneo dos eventos e focar mais nas perguntas do que ele/a. Eles/as dão respostas que são mais fáceis de compreender. No entanto, a grande maioria de pessoas com DI têm a capacidade de fazer um relato livre do evento. Em caso de dúvida, devem sempre ser gastos os recursos para o fazer, mesmo que a sua capacidade de expressão seja limitada.

- Passo 3: Perguntas fechadas

As perguntas apenas devem ser formuladas de forma fechada depois de ter sido

obtida a narração livre (independentemente do número de detalhes obtido) e após terem sido esgotadas as perguntas abertas. Perguntas dualistas, respondidas apenas com respostas “sim/não”, devem ser limitadas às pessoas com DI com graves dificuldades de expressão.

Fase 3: Encerramento da entrevista

Antes de terminar a entrevista, procede-se à terceira e última fase, que constitui o encerramento da entrevista e que tem três objetivos:

- Corrigir possíveis distorções no testemunho devido a falhas de comunicação que possam ter ocorrido entre o/a entrevistador/a e o/a entrevistado/a. O testemunho obtido deve ser revisto, dando à pessoa com DI a oportunidade de corrigir, expandir ou eliminar alguma informação. Para tal, é essencial, dados os frequentes problemas de desejabilidade social, fazer um pedido explícito de correção dos dados errados e adição do que parecer apropriado.
- Responder a quaisquer dúvidas que o/a entrevistado/a possa ter. Dado que, na maioria dos casos, as pessoas com DI raramente se sentem à vontade para expressar as suas dúvidas, deve ser o/a entrevistador/a a perguntar proativamente se a pessoa tem alguma dúvida sobre o que foi discutido.
- Suavizar o possível impacto que a entrevista possa ter deixado na pessoa, agradecendo-lhe pelo esforço (independentemente do que tiver sido conseguido) e terminando com um tópico neutro e agradável que ajude a reduzir a tensão, antes de dizer adeus.

Concluindo, a entrevista para obtenção de declarações da pessoa com DI não deve ser realizada sem saber os apoios que irão precisar durante a entrevista, para o qual é recomendada a aplicação do Protocolo ECAT-DI para a Avaliação das Capacidades que Afetam o Testemunho da Pessoa com DI como um trabalho anterior à abordagem do evento sob investigação.

Uma vez aplicada, podem ser antecipados os possíveis apoios que o/a entrevistador/a deve acionar desde o início da entrevista. Neste processo, o/a entrevistador/a deve ser paciente e esgotar todos os seus recursos de forma a obter uma narração livre do evento, para mais tarde usar as perguntas que lhe permitirão ter um testemunho válido. A entrevista deve ser encerrada respondendo às dúvidas da pessoa entrevistada e com um clima agradável que ajude a mitigar o impacto da memória dos eventos.

8.2.4. A Avaliação da Capacidade de Consentir a Relações Sexuais em Pessoas com DI

Historicamente, tem sido pensado que as pessoas com DI, independentemente da sua idade, não têm o direito a ter relações sexuais e que qualquer ato sexual constitui abuso. Felizmente, a sociedade está a tornar-se cada vez mais consciente do direito destas pessoas a aceder à sua sexualidade de forma livre e saudável. O consentimento da pessoa com DI é crucial na decisão sobre se uma relação sexual ou ato sexual é abuso.

Essa decisão, devido à sua complexidade, requer ter o conhecimento que permite

tirar uma conclusão na forma mais rigorosa possível, tendo sempre em mente que não podem ser tiradas conclusões sobre a capacidade geral de consentir, visto que uma pessoa pode ser incapaz de tomar certas decisões na sua vida e ser capaz de tomar outras.

A determinação da capacidade da pessoa de consentir a uma relação sexual não é fácil, mas os/as facilitadores/as podem ajudar nesta determinação, providenciando informação valiosa através de uma avaliação rigorosa e o planeamento dos apoios adequados para o efeito.

Escusado será dizer que nem todos os casos em que uma pessoa com DI foi alegadamente abusada requerem uma avaliação da sua capacidade de consentir a relações sexuais. Casos existem em que é evidente se existiu ou não consentimento. No entanto, vários casos também existem em que podem surgir dúvidas, e é nesses casos que deve ser feita uma avaliação realizada por profissionais especializados/as na matéria.

A lei atual não pune todos os atos sexuais entre um/a adulto/a e uma pessoa com DI, visto que se tal fosse o caso, seria entendido que as pessoas com DI não podem ter relações sexuais. De acordo com o que a jurisprudência determina, devem ser diferenciados dois tipos de cenários:

a) Casos em que a vítima tem um grau de deficiência grave ao ponto de qualquer contacto sexual estabelecido com ela deva ser considerado não-consensual. Nesses casos, entende-se que o sujeito ativo necessariamente se aproveitou da deficiência da vítima, visto que a pessoa que a sofre não tem consciência da sexualidade e das suas implicações, e portanto nunca será capaz de dar o seu consentimento para nela participar.
b) Assunções em que a vítima sofre de uma dependência menos grave, que lhe permite ter uma certa noção da sexualidade e até ter uma ideia elementar sobre as suas implicações.

“Há casos em que existe uma manipulação pelo sujeito ativo através de ameaças implausíveis - que não têm a gravidade da intimidação - ou promessas banais, mas capazes de coagir a vontade da vítima precisamente devido aos seus parcos recursos intelectuais” (Núñez, 2011). Nestes casos, é essencial realizar uma avaliação específica da capacidade de consentir a uma relação sexual.

Uma avaliação da capacidade de consentir a uma determinada relação sexual requer que seja especificamente sobre as capacidades de compreender as relações sexuais e interpessoais específicas que a pessoa experenciou.

Portanto, deve ser avaliado se existe a capacidade de consentir a uma dada relação sexual e se esse consentimento foi, de facto, dado. É importante notar, então, que uma pessoa com DI pode ter a capacidade de consentir a uma relação sexual em um certo contexto e relação e não em outro.

Assim, a avaliação neste sentido deve ser única e deve contar com os elementos que fazem parte de uma determinada relação sexual. Recomenda-se que qualquer avaliação da capacidade de consentir a relações sexuais seja baseada nas seguintes

premissas:

- A pessoa deve possuir um certo conhecimento sobre a sexualidade de forma a consentir a atividade sexual.
- A pessoa deve compreender os principais elementos de comportamento sexual e deve ser capaz de distinguir que o sexo é diferente de outras relações de cuidado tais como ajudar alguém com higiene corporal ou um exame médico.
- A pessoa deve compreender que o sexo pode ter consequências previsíveis tais como a gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis.
- A pessoa deve compreender que as relações sexuais devem ser livres e consensuais e em caso algum obrigatórias.
- A pessoa deve compreender que as relações sexuais não podem e não devem ser mantidas com qualquer pessoa.

Considerando estas premissas, compreende-se que existem claras situações em que o consentimento a relações sexuais não pode ser considerado válido:

- Se a pessoa não compreende o que está a ser pedido.
- Se a pessoa não compreende as consequências que podem derivar de uma relação sexual.
- Se a pessoa não sabe que tem o direito a recusar ter sexo com a outra pessoa.
- Se a pessoa não sabe como expressar a sua rejeição a uma relação sexual.
- Se a pessoa não tem consciência que ter sexo não precisa de ser desconfortável ou doloroso.
- Se a pessoa não sabe que está a ser usada quando recebe uma prenda em troca de sexo.
- Se a pessoa não sabe que algumas relações sexuais não são socialmente aceites, tais como com os/as seus/suas pais/mães ou entre subordinados e pessoas em hierarquias superiores.

Com tudo isto, é possível concluir que o consentimento pode ser tomado como válido se a pessoa sabe ao que está a consentir e tem uma opção real de comunicar esse consentimento. Sobre este último ponto, poderia tirar-se a errada conclusão de que, se uma pessoa com DI mostra limitações significativas na sua expressão verbal, então não deve ter a capacidade de consentir a relações sexuais.

Devido a esta ideia, existem muitos casos entre pessoas com DI que, depois de se saber que estão a ter relações sexuais, surge a questão sobre se existiu ou não consentimento, precisamente devido às dificuldades da expressão verbal da alegada vítima.

Por esta razão, os/as profissionais encarregues de facilitar a avaliação da capacidade de consentir a relações sexuais em pessoas com DI devem ter adaptações dirigidas a pessoas com limitações significativas na sua comunicação. Essas avaliações devem apenas ser realizadas quando há uma suspeita de que podem ter consentido porque houve intimidade com o sujeito ativo, quando podiam comunicar entre si e havia uma certa relação de confiança (por exemplo, entre colegas do centro ocupacional), não superioridade.

Se a relação sexual é com uma pessoa com quem não tenha uma relação regular e, portanto, não sabe como compreender esta pessoa, entende-se que não há capacidade para consentimento devido à incapacidade de expressar a sua decisão.

Em casos em que a pessoa apresenta várias limitações de comunicação, extremamente complexos, é essencial ter materiais especificamente adaptados para saber o que aconteceu, assim como avaliar a capacidade para consentir a relações sexuais em pessoas com DI. Recomenda-se especialmente os materiais do *British Institute for Learning Disabilities* (Instituto Britânico de Deficiências de Aprendizagem).

Se o/a facilitador/a tiver avaliado previamente as capacidades que afetam o testemunho da pessoa com DI, esta avaliação vai-lhe permitir ter os apoios necessários para a entrevista com o objetivo de avaliar a capacidade de consentir aos factos a serem investigados.

Se a avaliação for realizada por um/a profissional diferente do/a facilitador/a, este/a profissional deve, de forma a garantir uma avaliação válida, realizar uma avaliação prévia das capacidades que afetam a forma de relatar os factos.

Antes de proceder à avaliação da capacidade de consentir a uma relação sexual, é importante explicar à pessoa com DI o que será discutido.

É importante não assumir que a pessoa sabe o que está a ser referido quando se menciona “sexo” ou “relações sexuais”. A pessoa pode referir-se a isso e não saber o que significa ou pensar que significa algo diferente (por exemplo, para uma pessoa com DI, “sexo” pode significar exclusivamente beijar). O mesmo pode acontecer com outros termos, tais como “felácio”, “masturbação” ou “violação”.

Sempre que a pessoa mencione uma expressão deste tipo pela primeira vez, deve ser perguntado o que a pessoa quer dizer com essa palavra, usando exatamente o termo usado pela pessoa avaliada. (“O que queres dizer com … -usar a mesma expressão-?”)

Seguidamente, será avaliada a presença dos fatores mencionados que afetam a capacidade de consentir a uma específica relação sexual, adaptando as questões ao nível de compreensão previamente determinado. Esta avaliação deve consistir em duas partes:

Parte **a** (consentimento geral): é usada para avaliar se houve claras situações em que o consentimento para ter relações sexuais não possa ser considerado válido, nomeadamente:

- A pessoa não é capaz de compreender o que lhe está a ser pedido;
- A pessoa não sabe que pode recusar o que lhe está a ser pedido;
- A pessoa não sabe expressar a sua rejeição;
- A pessoa não compreende as consequências de relações ou não sabe com quem pode ou não pode ter relações.

Se for observado incompetência ou sérias dificuldades em alguma destas quatro, a pessoa não tem a capacidade de consentir às relações.

Parte **b** (consentimento a uma situação particular): a pessoa pode ter uma certa capacidade de consentir, porque tem as noções básicas do que é uma relação sexual e as suas consequências, sabe que pode rejeitá-la e sabe com quem não pode ter relações, mas estima-se que este conhecimento é muito limitado no sentido em que pode não ter a capacidade de consentir ao que lhe foi particularmente pedido ou feito (por exemplo, penetração anal ou felácio).

8.3 Conclusões

Após o cometimento de um ato criminal, acontece frequentemente que, para além dos danos físicos, económicos, psicológicos e sociais produzidos, a vítima experiencia um grave impacto emocional, que é por vezes agravado ao ter contacto com o enquadramento legal-criminal geralmente desconhecido.

Assim, é de vital importância que sejam feitas as adaptações necessárias para que as pessoas com deficiências, especialmente as mais vulneráveis, tenham igual acesso à justiça. Isto depende da capacidade do sistema, começando com agentes da polícia e peritos/as e profissionais forenses, de oferecer e aplicar os apoios e ajustes procedimentais necessários.

- ➔ A implementação do apoio apenas pode ser feita se as/os profissionais mostrarem a humildade necessária para reconhecerem as suas limitações no que toca à intervenção com pessoas com DI.

A heterogeneidade que caracteriza o grupo de pessoas com DI é imensa e o conhecimento da forma em que as capacidades são afetadas numa pessoa com DI será melhor adquirido com formação especializada e experiência.

A adoção de medidas específicas para o grupo de pessoas com DI, tais como a figura do/a Facilitador/a, é justificada dada a necessidade de proteger a pessoa. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2006, também nos obriga a:

"Os Estados Partes asseguram o acesso efectivo à justiça para pessoas com deficiência, em condições de igualdade com as demais, incluindo através do fornecimento de adaptações processuais e adequadas à idade, de modo a facilitar o seu papel efectivo enquanto participantes directos e indirectos, incluindo na qualidade de testemunhas, em todos os processos judiciais, incluindo as fases de investigação e outras fases preliminares" (art. 13º, número 1).

Dadas as especificidades do trabalho com pessoas com DI quando estão envolvidas num processo policial e judicial, é necessário o acompanhamento por profissionais ou facilitadores/as especializados que providenciem o apoio necessário.

8.4 RECOMENDAÇÕES

Através deste projeto, as vítimas com DI são acompanhadas e apoiadas durante o processo criminal, é defendida a sua capacidade de participar no processo em igualdade com as outras pessoas, e as/os profissionais diretamente envolvidas/os nestes casos são treinadas/os (juízas/es, procuradoras/es, psicólogas/os forenses e

clínicas/os, etc.) para as/os ajudar a comunicar e interagir com estas vítimas e testemunhas vulneráveis da forma mais adequada.

Atualmente, uma parte importante do trabalho de projetos como o ATHENA consiste em promover a aplicação completa desta Diretiva da União Europeia e a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Para avançar neste objetivo, muitas organizações juntaram-se à Trustlaw para realizar um estudo comparativo de vários Estados-Membros da UE (Bélgica, Finlândia, França, Alemanha, Itália, Países Baixos, Portugal, Inglaterra e País de Gales, Espanha) sobre os direitos e proteção que cada legislação doméstica providencia às vítimas especialmente vulneráveis, com o objetivo de realçar e partilhar as boas práticas detetadas. Duas firmas de advocacia internacionalmente reconhecidas participaram neste estudo: White & Case e WilmerHale.

Esta investigação concluiu num relatório publicado em 2017 que analisa cada Estado-Membro listado e em que:

1) são identificadas as leis e regulamentos que têm sido adotados em relação às vítimas durante os processos criminais, e como cada lei interna se compara com a Diretiva da UE;

2) é feita uma descrição detalhada das medidas específicas e procedimentos adotados para proteger vítimas com necessidades especiais de proteção em processos criminais, incluindo medidas aplicáveis a juízes/as, procuradores/as, oficiais de justiça, agentes da política, etc.;

3) é feita uma síntese da jurisprudência e de todos os dados que demonstram como esta legislação e a Diretiva da UE estão a ser interpretadas, e como estas medidas e procedimentos especiais são aplicados na prática.

Os aspetos mais notáveis de cada um dos estados analisados são descritos de seguida:

- **Portugal**

Para cumprir com as garantias da Diretiva, a 4 de outubro de 2015, entrou em vigor a Lei nº 130/2015. Esta é uma transposição quase literal da Diretiva, que em alguns aspetos aprofunda ainda mais, permitindo o acesso ao cuidado e a centros de apoio para a vítima se a avaliação a classificar como necessitando de medidas específicas de proteção.

No entanto, nos regulamentos adotados, tem também sido possível detetar algumas áreas para melhorias, tais como:

- ➢ Apesar de existir uma disposição para evitar o contacto entre a vítima e o/a ofensor/a, é uma disposição muito geral e, portanto, a sua aplicação é difícil. Em particular, não está estipulada a existência de diferentes salas de espera para cada parte.
- ➢ Apesar da nova legislação mencionar a formação que os/as profissionais em contacto com vítimas devem receber, fá-lo de forma muito geral e não

desenvolve protocolos para a sua implementação.

Entre os grupos de apoio para vítimas que prestam serviços no Estado Português, destacam-se os seguintes:

- ➢ Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco: supervisiona e coordena as organizações especializadas na assistência de crianças e adolescentes em risco; e também cria estruturas de acolhimento seguras para a sua proteção e promove os direitos destes grupos em risco.
- ➢ Direção Geral da Segurança Social: acompanha inquéritos de menores que participam em processos criminais e apoia e protege crianças vítimas de crime.
- ➢ APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima): informa, protege e apoia vítimas de crime.
- ➢ Projeto CARE: canal especializado de apoio a crianças e jovens vítimas de violência sexual.
- ➢ IAC (Instituto de Apoio à Criança): responsável pela defesa e promoção dos direitos das crianças.

- **Espanha**

A Diretiva foi adotada em Espanha pela Lei nº 4/2015, de 27 de Abril, sobre o Estatuto da Vítima de Crime, que entrou em vigor a 28 de Outubro de 2015. Tal como em Portugal, esta lei transpõe o corpo da Diretiva de forma praticamente idêntica, estabelecendo uma série de medidas e direitos de todas as vítimas independentemente da sua condição e do crime sofrido, e adicionando um capítulo sobre medidas de proteção adicionais para vítimas especialmente vulneráveis.

Como aspetos favoráveis das regulamentações, pode ser sublinhado o seguinte:

- A Lei nº 4/2015 inclui cada um dos direitos e medidas contemplados na Diretiva, e ainda estende alguns deles a casos que nela não estavam estipulados, tais como a tomada de declarações para memória futura em certos casos mesmo quando a vítima não é menor, ou a designação de um/a defensor/a quando os interesses da vítima menor ou com deficiências entram em conflito com os dos/as representantes legais.
- As novas regulamentações estabelecem a criação dos Gabinetes de Atenção à Vítima, assim como a formação de todos/as os/as profissionais (forças de segurança, profissionais de administração judicial, advogados/as, profissionais de saúde, profissionais dos serviços sociais, etc.) que terão contacto com vítimas.
- Foi também adotada a regulamentação para o desenvolvimento da lei que, em conjunto com outros aspetos, define os procedimentos para a realização da avaliação das vítimas de forma a determinar as suas necessidades especiais de proteção.
- As forças de segurança e órgãos de polícia criminal têm protocolos específicos para lidar com vítimas vulneráveis.

No entanto, foram também identificadas algumas áreas que necessitam de melhorias,

nomeadamente duas que se destacam principalmente:

- Não foi estabelecido um protocolo para lidar com vítimas vulneráveis nos tribunais.
- Não foi especificado o tipo de formação que polícias e operadores legais devem receber de forma a melhor lidar com as vítimas, especialmente aquelas com necessidades especiais de proteção.

Tal como na Alemanha, o planeamento territorial de Espanha e o sistema de competências atribuídas às Comunidades Autónomas fazem com que existam diferenças significativas em certas matérias da Lei, tal como a implementação dos Gabinetes de Apoio à Vítima.

Relativamente a instituições de apoio a vítimas, Espanha tem uma rede de apoio especializado consideravelmente abrangente:

- A nível estatal, destacam-se os gabinetes de apoio a vítimas de crimes violentos e crimes contra a autodeterminação sexual, que têm também os seus equivalentes em algumas Comunidades Autónomas com jurisdição sobre a justiça.
- A nível regional, existem outras entidades privadas que providenciam serviços a vítimas de crime, como CAVAS, FAVIDE e AMUVI.
- Em relação às vítimas com necessidades especiais de proteção, destacam-se as seguintes:
    - FAPMI (Federação de Associações para a Prevenção do Abuso de Menores em Espanha): dedicado à prevenção, deteção, apoio e intervenção com crianças vítimas de abuso ou crimes sexuais, as suas famílias e o seu contexto.
    - CIASI (Centro Especializado para Intervenção em Abuso de Menores) em Madrid.
    - REVELAS-M, que apoia vítimas menores em Castela-Mancha.
    - KEEP ME SAFE: procura prevenir a violência e abuso sexual de menores com deficiências.
    - Unidade para Atenção a Vítimas com DI: oferece apoio psicoterapêutico, forense e jurídico a vítimas com DI na sua passagem pelo processo criminal.

As conclusões do estudo incluem o seguinte:

1) A maioria dos países analisados, excepto a Bélgica e os Países Baixos, cumpriram o prazo de transposição estabelecido pela Diretiva, adotando, a um maior ou menor nível, as medidas para proteção dos direitos das vítimas impostas pelas regulamentações Europeias;

2) Muitos dos países que são objeto deste estudo têm desenvolvido provisões e protocolos específicos para o apoio de vítimas com necessidades especiais de proteção (a maioria, no entanto, foca-se em menores, ignorando o resto dos grupos vulneráveis);

3) Dado o curto espaço de tempo que tem estado em vigor a obrigação para os Estados Membros adaptarem a sua lei doméstica à Diretiva - pouco mais de um ano -, há ainda poucos dados sobre a sua aplicação. Neste aspeto, é possível destacar positivamente países como a Itália, a Inglaterra e o País de Gales ou Espanha, que têm conseguido reportar jurisprudência e/ou estatísticas sobre esta questão;

4) Quase todos os Estados Membros têm - e já tinham, antes da aprovação da Diretiva - iniciativas, tanto públicas como privadas, para abordar as necessidades das vítimas de crime (especialmente no que toca às vítimas vulneráveis), que têm ainda sigo protagonistas na defesa dos direitos e da proteção das vítimas.

9. TERAPIA PARA QUEBRAR O CICLO DE VIOLÊNCIA

9.1 Introdução ao conceito de trauma na pessoa com DI

O termo “impacto”, “dano” ou “trauma” é frequentemente usado para referir as consequências ou desequilíbrios físicos ou psicológicos que um certo evento negativo causa na pessoa. Após um acidente rodoviário, por exemplo, é possível exprimir estar “chocado/a”, “lesionado/a” ou “traumatizado/a”. O uso da palavra “trauma” baseia-se na etimologia da palavra (deriva do conceito grego que significa “ferida”) e portanto é entendida, no vocabulário comum, como uma lesão gerada por um agente, circunstância ou experiência externa.

Um trauma físico está ligado a uma lesão ou quebra sofrida pelo corpo, que altera o curso normal da saúde física. Por sua vez, um trauma psicológico está associado com uma lesão ou quebra que altera a saúde mental da pessoa (Salvador, 2019).

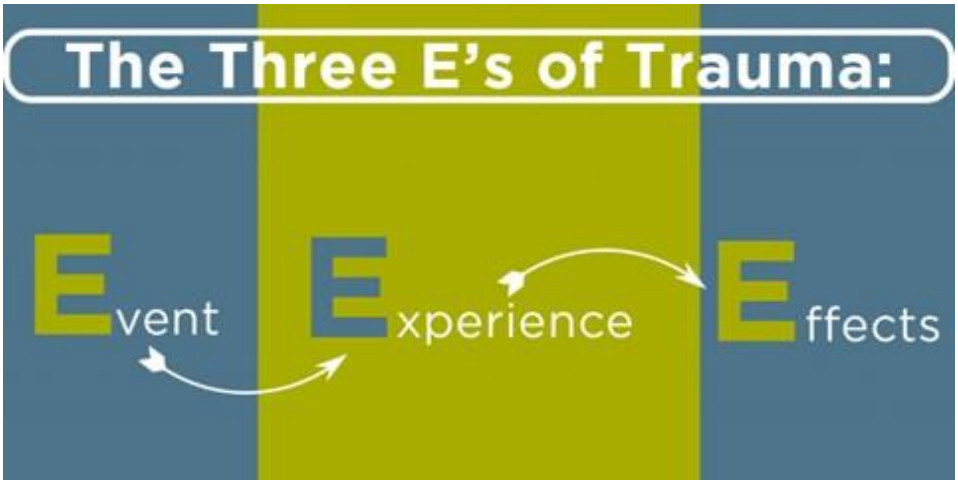
As causas de tal alteração podem variar bastante. No entanto, existe consenso sobre as duas dimensões associadas ao trauma:

I) A dimensão da valência negativa, isto é, os eventos traumáticos são codificados como experiências negativas,

II) A dimensão da intensidade, que se refere à alteração significativa na saúde física ou mental ou stress excessivo. Adicionalmente, têm também sido identificadas ligações entre representações do evento traumático e respostas afetivas (Foa, Steketee, Rothbaum, 1989).

Assim, o termo “trauma” é usado geralmente para referir a esses eventos negativos que causaram um impacto ou alteração de grande intensidade na pessoa.

Em relação à dimensão da intensidade, no contexto das avaliações periciais do dano mental, são usados outros termos relacionados que contribuem para a complexa rede de conceitos associados ao trauma.



Fonte: Imagem retirada de Zebra Child Protection Centre

“Dano psicológico”:

- é usado para se referir a todos os desequilíbrios psicológicos derivados da exposição da pessoa a uma situação de vitimação criminal. Por outro lado, “lesão mental” refere-se a uma alteração clinicamente significativa que afeta a pessoa como consequência de ter sofrido um crime violento e que a incapacita significativamente de lidar com os requisitos da vida quotidiana.

Exemplos de lesões mentais frequentes após um evento traumático são desordens adaptativas ou Síndrome de Stress Pós-Traumático. Por fim, “sequela psicológica” refere-se à estabilização e consolidação do dano psicológico, tal como alterações permanentes na personalidade.

Quando aplicamos estes conceitos ao contexto clínico e forense das pessoas com DI, podemos começar a compreender a complexidade que envolve a avaliação do dano psicológico em pessoas que já têm uma lesão ou trauma prévio devido à própria DI. Chamamos a isto lesão prévia tendo em conta que todas as pessoas com DI estão de certa forma incapacitadas, a um nível maior ou menor, de se adaptar às exigências do seu ambiente.

É importante relembrar que as pessoas com DI têm maior taxa de doenças mentais do que as pessoas com função intelectual normal (Cooper & Bailey, 2007).

Em qualquer contexto de avaliação clínica ou forense com vítimas com DI, tanto para diagnosticar o dano derivado de uma situação de vitimação criminal, assim como para estabelecer apropriadamente os objetivos da psicoterapia, prevenir sequelas psicológicas e atingir a estabilidade psicológica, emocional e relacional, é essencial a familiarização com dois conceitos:

1) O conceito de **patoplastia** em pessoas com DI, que se refere às **formas que a sintomatologia toma no grupo de pessoas com DI**. As manifestações clínicas diferem significativamente em pessoas com DI comparativamente à população geral (Novel, Rueda, Salvador, 1990), portanto, será necessário aos/às profissionais de saúde, forenses e de psicoterapia conhecer o dano ou trauma patoplástico nas pessoas com DI.

2) A distinção entre trauma primário e trauma secundário. A pessoa com DI (e a sua família) tem já uma lesão derivada do luto em relação à deficiência e às vicissitudes que sofreram ao longo do ciclo de vida familiar. Este impacto é chamado, na avaliação e intervenção com vítimas com DI, de trauma primário. As manifestações que dele derivam devem ser diferenciadas do dano psicológico derivado da experiência do abuso sexual, violência ou situação de vitimação criminal, ao qual chamamos “trauma secundário”.

Tanto no trauma primário como no trauma secundário intervêm fatores que irão modular o impacto que a DI e a situação de vitimação deixam na pessoa.

No grupo de pessoas com DI, a avaliação de fatores de proteção e de vulnerabilidade ao impacto adquire uma complexidade adicional, e pretende-se contribuir para a sua

compreensão ao longo deste capítulo.

As pessoas com DI estão numa situação especial de vulnerabilidade (Hawking, 2014).

O trauma primário deve ser considerado como um dos fatores de vulnerabilidade que condicionam o dano psicológico na pessoa com DI após um evento violento. A própria DI fará com que a pessoa não só enfrente um processo judicial ou pericial com uma vulnerabilidade prévia derivada da sua própria deficiência, mas também tenha uma muito maior probabilidade de sofrer o que a doutrina chama de "vitimação secundária", à qual iremos prestar especial atenção.

Será apresentado um modelo de intervenção psicoterapêutico adaptado a vítimas com DI e as suas famílias para reparar o dano ou mitigar o impacto que os diferentes traumas com que a pessoa com DI vítima de abuso sexual ou violência possa ter vivido.

9.2 Patoplastia em pessoas com DI

O conceito de patoplastia refere-se a diferenças individuais na expressão sintomática da mesma doença mental. Consequentemente, entende-se que a expressão de problemas de saúde mental é única em cada indivíduo.

No que toca a comparar os sintomas de uma determinada doença mental entre pessoas com DI e o resto da população, as diferenças são ainda maiores. São tais que é necessário desenvolver critérios adaptados a este grupo, que resultam na criação de manuais de diagnóstico específicos adaptados, tais como o DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001) ou o DM-ID (Fletcher, R., Loschen E ., Stavrakaki, C., First, M., 2010).

- ➔ A principal diferença entre a população com DI e sem DI na expressão de problemas de saúde mental prende-se no uso mais pronunciado do comportamento como método de expressão dos sintomas psiquiátricos por parte das pessoas com DI. O conceito de "equivalente comportamental" refere-se à expressão dos sintomas psiquiátricos através do comportamento. A maior expressão de "equivalentes comportamentais" entre pessoas com DI é sem dúvida devido aos seus problemas de comunicação (May, Kennedy, 2010).

As limitações das pessoas com DI nas capacidades cognitivas pode levar a dificuldades na introspeção (AAIDD, 2011). Esta limitação torna difícil a deteção de problemas de saúde mental, visto que as/os médicas/os usam esta capacidade para, em muitos casos, fazer os seus julgamentos clínicos.

De forma a compreender as dificuldades em diagnosticar adequadamente as pessoas com DI:

- ➢ Deve ser adicionado o chamado "efeito eclipsante" às limitações na comunicação, na função cognitiva e na patoplastia.
- ➢ Deve ser considerado o contexto que envolve a pessoa com DI.

Este efeito limita a implementação dos sistemas de intervenção e diagnóstico para os problemas de saúde mental destas pessoas. Mais ainda, a DI produz uma distorção

no julgamento do/a profissional clínico/a, minimizando a relevância da doença mental e a sua significância e importância para o bem-estar do/a paciente.

Por exemplo, se um/a adulto/a sem DI bater com força na sua cabeça com objetos, nenhum/a médico/a duvidaria do seu desconforto e, consequentemente, seriam ativadas as intervenções terapêuticas pertinentes. Se o mesmo comportamento autolesivo ocorrer num/a adulto/a com DI, tende-se a assumir que esse comportamento é devido à própria DI e que não é tão preocupante como no caso do/a adulto/a sem DI (Martorell et al. 2009).

Assim, devido aos problemas de comunicação, dificuldades na introspeção, patoplastia e o efeito de ofuscação, as desordens psiquiátricas são imensamente difíceis de detetar em pessoas com DI. Mesmo quando o/a profissional deteta um desconforto significativo na saúde mental de uma pessoa com DI, pode ser extremamente difícil fazer um diagnóstico diferencial adequado. Nos contextos periciais da avaliação do dano, lesões ou consequências psicológicas, esta ignorância é grave devido às consequências que daí derivam, contribuindo para a vitimação secundária, que será detalhada mais à frente.

Tendo em conta a alta incidência destas desordens, e a influência do trauma na sua aparência em pessoas com DI (Discapacidad intelectual y salud mental: evaluación e intervención psicológica. Plena Inclusión. 2014), é essencial conhecer:

- as formas que toma
- como estas desordens se apresentam na população com DI.

A principal dificuldade na deteção destas desordens nas pessoas com DI reside fundamentalmente na limitação de algumas pessoas com DI de identificar e exprimir fenómenos cognitivos complexos presentes em qualquer uma destas desordens, como a despersonalização, desrealização ou pensamentos recorrentes sobre a morte (APA, 2013).

Um dos critérios de diagnóstico presentes em várias desordens de ansiedade, tais como fobias ou agorafobia, prende-se com o comportamento de evitar certas situações ou objetos. Nas pessoas com DI que são dependentes de terceiros, esta evasão frequentemente não é realizada visto que a autonomia da pessoa é determinada por outras pessoas.

- ➔ Nos distúrbios de disposição, é comum uma diminuição no interesse e na realização de atividades. Quando falamos sobre pessoas com DI, é importante ter em atenção que, em muitas ocasiões, elas não têm possibilidade de reduzir o seu número de atividades visto que esta escolha não lhes é permitida. A Síndrome de Stress Pós-Traumático merece uma menção especial neste Módulo. O critério base para esta desordem é que a pessoa tenha sido exposta a um evento traumático em que a sua integridade, ou a de outros, foi posta em perigo. **Devido à baixa reserva cognitiva e outras deficiências no sistema de vinculação, por exemplo, explicado mais à frente, a experiência que pode ser traumática para uma pessoa com DI por vezes não o é aos olhos do seu contexto.**

Não considerar esta possibilidade pode levar a assumir que uma determinada experiência de uma pessoa com DI, tal como a morte de um animal de estimação num atropelamento, não pode ser traumático para a pessoa. No entanto, uma experiência deste tipo pode ser extremamente chocante para a pessoa com DI. Para além disso, certos critérios de diagnóstico desta desordem, tal como a re-experienciação e o aumento do nível de ativação, podem ser confundidos com certas perturbações comportamentais.

A descrição de cada uma das adaptações dos critérios de diagnóstico para desordens psiquiátricas excede os objetivos deste Módulo, e para tal é recomendada a leitura cuidadosa e aplicação dos manuais já mencionados, DM-ID (Fletcher et al., 2010) ou DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001).

Compreender a complexidade e dificuldade envolvidas na deteção e diagnóstico de problemas de saúde mental em pessoas com DI é um passo significativo. É importante que o/a profissional tenha consciência da relevância do comportamento como um método de expressão sintomática e não como um problema por si só. Como já referido, **uma alteração comportamental numa pessoa com DI revela sempre uma inquietação emocional.**

- ➔ De forma a que o/a profissional compreenda quais sintomas explicam uma determinada perturbação de comportamento, é necessário um registo rigoroso e meticuloso do comportamento, visto que a mesma perturbação comportamental pode ter diferentes sintomas psiquiátricos. Quanto mais detalhados e rigorosos forem os registos comportamentais feitos através de fontes de informação contextuais, melhor serão os níveis de fiabilidade e de identificação dos sintomas.

Assim, por exemplo, uma pessoa adulta com DI que faz uma fita em determinada atividade pode "significar" vários sintomas. No caso específico, essa mesma fita pode implicar um "medo forte e persistente que é excessivo e irracional, desencadeado pela presença (...) de um específico objeto ou situação".

No entanto, também pode implicar "uma diminuição no interesse ou na capacidade para o prazer em todas ou quase todas as atividades (...)", o que, no caso das pessoas com DI, pode ser manifestado através de agressividade quando lhe é pedido que participe numa determinada atividade. No caso da fita ser explicada através da primeira assunção, tratar-se-ia de um sintoma pertencente a Fobias Específicas. Sendo explicada através da segunda assunção, tratar-se-ia de um sintoma de um Episódio Depressivo Agudo.

De forma a saber em que sintoma está baseada a fita e ser capaz de fazer um julgamento eficaz de diagnóstico, é importante que o/a profissional consiga fazer um registo rigoroso do comportamento e providenciar à pessoa com DI espaços terapêuticos que ofereçam a possibilidade de explicação das suas experiências e comportamentos e, portanto, ser capaz de saber qual sintoma psiquiátrico corresponde a essa alteração comportamental.

- ➔ Concluindo: os/as profissionais que trabalham com pessoas com DI devem ter formação de forma a saber as particularidades na expressão e apresentação

de problemas de saúde mental nestas pessoas (NICE, 2016). Mais ainda, é essencial que o/a profissional compreenda que a DI por si só nunca é um argumento válido para explicar as alterações comportamentais diferentes e que se estas ocorrerem, fazem-no como uma expressão do sofrimento interno.

9.3 O trauma primário derivado da DI

9.3.1. O trauma primário relacionado com o luto familiar

Numa revisão da conceptualização do termo "trauma", é compreendido que a própria DI se constitui como um primeiro trauma na pessoa, como um primeiro impacto que altera o seu equilíbrio e o de todos/as os/as seus/suas familiares. E ainda, é importante relembrar que as pessoas com DI estão mais vulneráveis a desenvolver um luto traumático (Brickell, Munir. 2008).

No enquadramento de qualquer avaliação clínica ou forense, é necessário distinguir:

- o trauma primário (originado da deficiência)

versus

- o trauma secundário (derivado da situação de vitimação)

A notícia de uma gravidez desencadeia uma onda de sentimentos em toda a família, mas especialmente nos/as pais/mães. Quer o verbalizem ou não, fantasiam sobre a criança que está para vir e como é que serão como pais/mães. É gerada uma série de desejos e expectativas à volta da criança que irá nascer (será saudável, bem-sucedida, bonita, irá parecer-se com …). As necessidades de apoio destas famílias são diferentes (Giné, Balcels. 2011).

Se todo o nascimento envolve frustração quando confrontando os desejos com a realidade, a notícia da deficiência da criança supõe uma perda ainda maior, visto que, entre outras dificuldades, a distância entre o desejo e a realidade é ainda maior. Todos estes sentimentos são assumidos como parte da identidade da pessoa com DI (Sorrentino, 1990).

Este facto produz sentimentos tais como perplexidade, tristeza ou frustração, que colocam a família num estado de luto. Falar de deficiência, portanto, é falar de luto: luto dos/as pais/mães, luto da criança com deficiência, luto da família ideal ou luto do estilo de vida ideal da família.

Assim, apesar de cada família ser única e experienciar e enfrentar as experiências e vicissitudes na sua própria forma, todos/as os/as que recebem o diagnóstico de DI numa criança enfrentam o mesmo facto, nomeadamente o luto pela/o filha/o (ou irmã/ão, sobrinha/o, neta/o, …) que não tiveram.

- ➔ O processo de luto e as exigências, tanto externas como internas, que as famílias têm de enfrentar para o cuidado da família e da criança com deficiência, podem prejudicar o bem-estar individual dos membros da família e o vínculo com a criança e, portanto, o cuidado básico que o bebé precisa para

o desenvolvimento da sua estrutura psicológica (Dominguez, Vasques, 2017).

Em famílias com uma criança com DI torna-se mais difícil estabelecer uma vinculação (Pérez-Salas, Santalices. 2009), devido a:

a) luto por parte dos/as pais/mães;

b) a própria deficiência (que implica circunstâncias especiais, tais como precisar muito cedo de figuras de fora da família a quem as famílias possam delegar as suas funções de cuidado; ou o facto de que o bebé pode ser pouco estimulante para os/as pais/mães devido às suas limitações, o que reduz os momentos de contacto e interação entre os/as pais/mães e a criança.

É comum para uma criança com DI ver que as semelhanças com os/as seus/suas pais/mães ou familiares desaparecem ("tem o nariz do seu pai"). O risco é que a pessoa com deficiência seja reduzida a um diagnóstico e deixe de ser vista como uma pessoa completa, com a soma das suas limitações e capacidades.

➔ A pessoa com DI irá identificar-se apenas com as limitações da sua deficiência e não com os seus recursos e os seus pontos fortes, e o seu narcisismo, ou integridade, estabilidade e bem-estar da sua representação de si próprio/a serão danificados. A marca deste dano irá demonstrar o défice na autoestima da pessoa com DI (Rubio, 2016).

Para o desenvolvimento da autoestima, o olhar de constante preocupação dirigido a esta criança, que tanto vemos nestas famílias, não ajuda. **Um dos medos mais frequentes expressos pelas famílias é o receio de que a criança vai sofrer.**

É importante fazer a criança sentir:

Quando os/as pais/mães usam demasiado o medo, isso irá inevitavelmente levar à superproteção e ao controlo, que têm consequências muito negativas no desenvolvimento da identidade do sujeito e nas capacidades adaptativas (Domínguez, Vasques, 2016).

i. A exploração do mundo,
ii. a diferenciação entre o *eu* e o *outro* (identidade, desejos, etc.),
iii. a assunção de responsabilidades,
iv. a regulação emocional,
v. o sentimento de intimidade (tanto espacial como intrapsicológica),
vi. a perceção do mundo como um lugar seguro

- ➢ serão seriamente impedidas. **A superproteção e o controlo impedem o crescimento, mantendo a pessoa numa eterna infância (Torres, López. 2015)**
- ➢ No entanto, é importante notar que **as perturbações familiares não surgem como consequência da deficiência, mas sim de acordo com as possibilidades, ou falta delas, das famílias implementarem recursos para**

se adaptarem a esta situação e conseguirem trabalhar o seu luto de forma funcional em cada uma das fases do ciclo de vida familiar.

Para a família, poder contar com profissionais e recursos para os/as acompanhar neste processo constitui um elemento de extrema importância para uma boa adaptação e para minimizar o risco de disfunções que perturbem as dinâmicas familiares e dos seus membros.

9.3.2 Fatores modulares de luto ou trauma primário

De seguida apresenta-se um modelo de avaliação de todos os fatores modulares do luto na família com um membro com DI, que devem ser considerados na avaliação do impacto ou trauma primário da deficiência. Esta avaliação é considerada um trabalho prévio necessário para avaliar o trauma secundário ou dano psicológico derivado do abuso sexual, maus-tratos ou situação de vitimação.

A forma em que cada família trabalha e processa o luto é determinada por múltiplos fatores e como estes interagem entre si. Mais ainda, é importante notar que nenhum fator é explicativo por si só, mas sim que todas as variáveis envolvidas devem ser tidas em conta para abordar e explicar o processo de luto na família.

FATORES QUE MODULAM O PROCESSO DE LUTO E O TRAUMA PRIMÁRIO NA DI.
I. CARACTERÍSTICAS INERENTES AO TIPO DE DI.
II. FATORES AMBIENTAIS. - Cultura e religião. - Disponibilidade de recursos. - Momento do diagnóstico. - Exigências médicas, físicas, sociais e emocionais para o cuidado da pessoa com DI. - Interação da família com os sistemas de tratamento.
III. CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA - Composição familiar. - Estrutura familiar. - A família conversar sobre a deficiência, as suas causas e a forma de ajudar. - A personalidade dos/as pais/mães. - As expectativas sobre a criança com DI. - A rede social e apoio familiar. - O estatuto económico.
IV. CICLO DE VIDA FAMILIAR

I. <u>Características inerentes ao tipo de deficiência</u>

A deficiência pode ser:

- adquirida
- ou genética

➢ A forma da sua evolução, o grau de afetação, o cuidado médico que requer, se há informação sobre a sua evolução, a esperança média de vida, etc., serão fatores a ter em conta, visto que cada um destes aspetos pode desencadear diferentes respostas (emocionais, fardos familiares), que devem ser considerados na avaliação do processo do luto familiar (AAIDD, 2011). Por exemplo, síndromes associados com DI com uma esperança de vida mais curta irão produzir um maior fardo emocional e maior dificuldade no luto.

Do mesmo modo, síndromes pouco frequentes, pouco estudados pela comunidade científica, e com evolução incerta, irão causar muito mais incerteza na família e também maior dificuldade no processo de luto.

II. Fatores contextuais

➔ **Cultura / religião**: A cultura ou religião à qual a unidade familiar pertence irá modular como a deficiência impacta a família. As diferentes ideias associadas à deficiência e a conceptualização que a sociedade ou a cultura criam sobre ela, são fatores determinantes no impacto sentido pela família ao longo de cada uma das fases do ciclo de vida.

➔ **Tipo de recursos e a sua disponibilidade**, tanto para as famílias como para as pessoas com DI, em diferentes momentos do ciclo de vida.

- ◆ Apesar de, recentemente, o número de serviços, intervenção e tratamento, ter aumentado consideravelmente, na maioria dos casos têm-se focado numa intervenção individual com a pessoa com deficiência, colocando a família num nível residual e pontual. A família é normalmente apenas abordada quando os recursos encontram dificuldades no tratamento individual.

- ◆ Por outro lado, existem poucos recursos para pessoas com deficiências na adultez e idade avançada, o que causa um elevado nível de stress e incerteza nas famílias.

➔ **Momento do diagnóstico**: Um diagnóstico precoce pode ser favorável ao processo de luto, visto que os tratamentos serão iniciados cedo, mas é também um risco para o estabelecimento de vínculos com a criança, devido ao próprio processo de luto. Um diagnóstico tardio pode aumentar os sentimentos de culpa sobre o tempo perdido, mas também pode salvaguardar esses vínculos iniciais com a criança.

- ◆ É também muito relevante a quem o diagnóstico é dado e como (é dado a um/a dos/as pais/mães e é esta pessoa que comunica ao resto da família; é dado a ambos/as pais/mães, etc.), pois pode afetar a organização familiar e o ritmo entre cada membro.

- ➔ **Exigências médicas, físicas, sociais e emocionais** às quais a família deve responder para cuidar da pessoa com deficiência. Quanto mais exigência a família tiver de cumprir, maior o fardo e maior a reestruturação que terá de realizar.

- ➔ **Interação da família com os sistemas de tratamento**, que é de extrema importância em famílias com crianças com DI, visto que estas famílias, a partir do momento em que a deficiência é detetada no menor, entram em contacto com equipas de saúde, profissionais de cuidados primários, assistentes sociais, psicólogos/as, etc., e a relação com eles/as será permanente e contínua ao longo do tempo. Existem vários riscos que as famílias têm de enfrentar: o primeiro é a substituição ou delegação de funções parentais para profissionais, como apontado por Núñez (2010):

    - ◆ O sentimento de impotência parental frente ao/à filho/a que se tornou um/a estranho/a faz com que deleguem para o/a profissional o "saber", o "fazer", porque ele/a é o/a perito/a. Isto resulta num distanciamento cada vez maior para com a criança e uma intensificação do sentimento de culpa pela incapacidade e ineptitude mostrada pelos/as pais/mães.

    - ◆ Outro perigo é a contínua prossecução que estes/as pais/mães percecionam por parte das/os profissionais, o que também gera um sentimento de culpa e ineptitude em relação a criar e educar a criança. Um exemplo disto são as palavras de uma mãe ditas num grupo de famílias e o aplauso que ela recebeu de todos os/as pais e mães, que mais tarde afirmaram ter sentido isto em várias ocasiões:

        - ★ "Desde que o meu filho nasceu, senti-me julgada por todos os profissionais que tiveram contacto com ele: se eu não fizesse a atividade que eles disseram para fazer, eles não me perguntavam porquê, mas sim imediatamente me repreendiam; Nenhum destes profissionais me perguntou o que eu pensava sobre as tarefas e muitas vezes nem me explicavam para que é que elas serviam".

III. <u>Características da família.</u>

- ➔ **Composição familiar**. Existem muitos tipos de composições familiares: famílias nucleares tradicionais (pai-mãe-crianças), famílias monoparentais, famílias reconstituídas (um ou mais dos/as pais/mães tem filho(s)/a(s) de outras relações), famílias adotivas, etc. Cada uma destas composições (Minuchin and Fishman, 1984) tem uma série de características e uma série de exigências, pontos fortes e limitações que serão condicionadas pela existência e educação de uma criança com DI.

- ➔ **Estrutura familiar**. A flexibilidade do sistema familiar, a capacidade dos/as pais/mãe de realizar adequadamente as suas funções nutricionais e normativas, a possibilidade de exprimir emoções entre os membros da família, limites claros entre subsistemas e em relação ao contexto externo, assim como

uma hierarquia adequada, são elementos de proteção que irão facilitar o processo de luto na família.

- **Conceções da família sobre a deficiência, as suas causas e sobre o pedido de ajuda**. As nossas crenças afetam a nossa perceção sobre nós próprios/as, os/as outros/as e o mundo. Todas as famílias possuem uma conceção sobre o que representa a deficiência, a sua origem e a possibilidade da família receber ajuda, quer seja vinda do ambiente envolvente ou de recursos especializados.

    - Estas crenças sobre a deficiência ou sobre a procura de ajuda podem ajudar as famílias ou, pelo contrário, ser fontes de sentimentos de culpa e vergonha. Por exemplo, se a família considerar a deficiência como um castigo divino, terão maior dificuldade em pedir ajuda aos sistemas exteriores e tenderão a isolar-se.

    - A culpa e vergonha provocada por este sentimento de punição vai gerar estes comportamentos. Em relação à capacidade da família de pedir ajuda, Imber Black (2000) descreve como as famílias têm regras que determinam a sua relação com sistemas de apoio ou abrangentes. Um exemplo disto são as diferentes regras sobre qual o género que pode pedir ajuda (um pedido de ajuda feito por um homem é visto como uma fraqueza, apenas mulheres podem pedir e receber ajuda) ou regras que governam o género que pode ajudar (só pode receber ajuda se for de uma mulher). Estas regras podem dificultar à família o acesso a recursos, assim como limitar os recursos que podem oferecer ajuda à família.

- **Personalidade dos/as pais/mães**: A personalidade dos/as pais/mães será um fator decisivo, tanto devido aos diferentes mecanismos que cada um terá aprendido para lidar com o luto, como devido à própria estrutura da personalidade. O aparecimento de um duelo ativa duelos anteriores que cada pai/mãe terá tido. Um duelo não trabalhado por nenhum deles irá funcionar como um fardo adicional na presente situação, fazendo com que os mesmos recursos que falharam sejam implementados (Blanca Núñez, 2010).

    - Por outro lado, as diferentes estruturas da personalidade e a codificação do duelo em função dessa personalidade vão facilitar ou prejudicar o duelo. Por exemplo, personalidades depressivas, com tendência para sentimentos de culpa, vão codificar o luto de forma a atribuírem a responsabilidade do que aconteceu a si próprios/as.

    - A incidência deste fator nos/as pais/mães e não no resto da família deve-se ao facto de que não só facilita ou prejudica o processo de luto para os/as pais/mães, mas são também eles que, através do seu cuidado e o olhar que dirigem à criança, à pessoa com deficiência, irão estruturar a vinculação, o narcisismo, ou a identidade, estruturas básicas na construção da psique.

- **Expectativas e lugar atribuído à criança com DI**. Quanto maiores as

expectativas dirigidas à criança, mais difícil é aceitar a deficiência (Núñez, 2010).

- **Rede social da família**. A qualidade da rede social da família permite ter recursos para o apoio emocional e apoio ao enfrentar dificuldades que surjam no ciclo de vida familiar. É importante analisar as diferentes redes sociais de todos os membros da família, incluindo a pessoa com deficiências, e as qualidades dessas redes (comunicação, apoio, etc.).

    - O próprio processo de luto, os sentimentos a ele associados (raiva, vergonha, tristeza, …) e as elevadas exigências a que estas famílias estão sujeitas podem levar a um gradual abandono das redes sociais e recursos de apoio. Este abandono pode ser causado quer pelas próprias famílias quer pelas redes de apoio que, confrontadas com as grandes exigências emocionais e físicas destas famílias, sentem-se sobrecarregadas e afastam-se.

- **Nível económico**. Por outro lado, de forma geral, as famílias com poucos recursos enfrentam crises com uma atitude de maior resignação e submissão. Estas podem colocar um menor nível de expectativas na criança.

    - As famílias de rendimentos mais altos têm processos de luto mais complexos devido, entre outros aspetos, a um alto nível de expectativas e feridas narcisistas (Núñez, 2010). Por outro lado, o acesso a recursos de ajuda (individual e familiar) está condicionado aos recursos económicos que a família tem, o que influencia os seus níveis de stress e funcionamento familiar.

IV. Ciclo de vida familiar

A família é um sistema em constante movimento que se altera ao longo do tempo com base em dois tipos de mudanças:

- **Mudanças evolucionárias**: mudanças que obedecem à passagem de uma fase evolucionária para outra, como a constituição do casal, o nascimento do/a primeiro/a filho/a, o início do percurso escolar da criança, etc. (Minuchin, 1984). O conjunto destas fases evolucionárias na família é chamado de ciclo de vida familiar (Carter and McGoldrick, 1980).

- **Mudanças acidentais**: estas são crises inesperadas que aparecem subitamente (por exemplo, acidentes, desemprego, nascimento de uma criança com DI, abuso, etc.). Estas mudanças consequentemente modificam as posições dos seus membros no grupo, as regras que governam a família e as tarefas que a família tem de enfrentar. Como resultado, as experiências de cada membro da família e do sistema como um todo são alteradas.

    - Para além das mudanças evolucionárias pelas quais todas as famílias têm de passar para enfrentar as diferentes exigências de cada momento no ciclo de vida familiar, as famílias com uma criança com DI têm de

adicionar todas as que derivam do cuidado da pessoa com deficiência.

- ➢ A deficiência vai condicionar a forma de enfrentar as diferentes tarefas evolucionárias e a capacidade da família de estabelecer uma estrutura funcional, com uma hierarquia e limites claros. Cada estágio no ciclo de vida implica reabrir a ferida inicial (o luto pela deficiência) e, portanto, cada estágio abre a oportunidade de ressignificar essa crise.

★ As/Os profissionais de assistência devem conhecer não só as tarefas que as famílias enfrentam em cada estágio do ciclo de vida, mas também como a família se adaptou a cada uma delas e como a família enfrenta as mudanças que devem ser feitas para atingir o bem-estar familiar e de cada membro.

ESTÁGIOS DO CICLO DE VIDA (Carter & Mc Goldrick, 1980)		
Estágios do ciclo de vida	**Processo emocional de transição e princípios de indícios**	**Alterações de segunda ordem, necessárias no estatuto familiar para o seu desenvolvimento.**
JOVENS ADULTOS/AS SOLTEIROS/AS	Aceitação de responsabilidades emocionais e financeiras sobre si próprios/as.	- Diferenciação do ego em relação à família de origem. - Desenvolvimento de relações próximas com pares. - Estabelecimento do ego no trabalho e desenvolvimento de independência económica.
O NOVO CASAL	Compromisso com o novo sistema familiar.	- Criação do sistema conjugal. - Redefinição de relações com a família alargada e o grupo de pares para inclusão do casal.
FAMÍLIA COM CRIANÇAS PEQUENAS	Aceitação de novos membros no sistema familiar.	- Adaptação do sistema marital de forma a criar espaço para a criança. - Partilha da educação da criança assim como das obrigações domésticas e financeiras. - Redefinição das relações com a família alargada para incluir os papéis de pais/mães e avós.
FAMÍLIA COM ADOLESCENTES	Relaxamento dos limites familiares de forma a ter em conta a independência das	- Alteração da relação pais/mães-filhos/as para dar espaço ao/à adolescente para entrar e sair do sistema.

	crianças e lidar com a redução da força dos avós.	- Foco nos aspetos maritais e profissionais da meia idade. - Início da mudança em direção ao cuidado conjunto da geração mais velha.
DESPEDIDA DOS/AS DESCENDENTES	Aceitação da diversidade de saídas e entradas no sistema familiar.	- Renegociação do sistema familiar como uma díade. - Desenvolvimento de relações adulto/a-adulto/a entre pais/mães e filhos/as. - Redefinição de relações para inclusão de genro(s)/a(s) e neto(s)/a(s). - Processo de lidar com a doença e morte de avós.
FAMÍLIA ENVELHECIDA	Aceitação das alterações dos papéis geracionais.	- Manutenção do interesse em próprio funcionamento e do/a parceiro/a face o declínio fisiológico; explorar possíveis novos papéis familiares e sociais. - Apoio à geração intermédia para que assuma um papel mais central. - Criar espaço para o sistema para a sabedoria e experiência dos mais velhos. - Lidar com a perda do/a parceiro/a, irmãos/ãs ou outros pares e preparar para a própria morte.

O nascimento de um bebé implica sempre uma crise (a díade do casal passa a incluir, agora, um bebé), com a sua consequente reestruturação e transformação no subsistema conjugal e a emergência dos subsistemas parental e filial:

- ➔ Para além de todas as mudanças típicas da entrada neste novo estágio do ciclo de vida familiar, nestas famílias adiciona-se a crise acidental do nascimento da criança com deficiência.
- ➔ Qualquer família, dependendo das exigências e necessidades individuais e familiares, oscila entre períodos de alta coesão familiar ou centrípeta (tal como a que normalmente ocorre na educação de crianças pequenas) e períodos de coesão mais baixa ou centrífuga (mais presente na adolescência).
- ➔ Durante o período centrípeto, destaca-se a vida familiar interna e íntima, os limites com o mundo exterior são reforçados e as fronteiras entre os membros da família são mais difusas. Tudo isto contribui para o ideal cumprimento das exigências requeridas na educação de crianças pequenas. Na transição para

um período centrífugo, a estrutura da vida familiar altera-se para se adaptar a objetivos em que se destaca a interação de cada membro da família com o contexto extra-familiar.

➔ É muito provável que a deficiência de um membro da família exerça uma atração centrípeta, criando pressões para maior coesão, tanto na unidade familiar como nos seus membros individuais. Assim, em famílias com uma criança com deficiência, os ciclos centrípetos são alargados ou até mesmo perpetuados. Isto leva a que as famílias desconectadas se sintam sobrecarregadas pelas exigências e necessidades da criança com deficiência.

A tabela seguinte resume as exigências e necessidades que complicam o ciclo familiar da família com um membro com DI.

Necessidades e exigências enfrentadas por famílias com crianças com DI (autoria própria, adaptado de Heller, 1993, e Turnbull e Turnbull, 1986)	
Estágio do ciclo de vida	**Necessidades e exigências**
Infância e educação pré-escolar	- Diagnóstico de DI - Informar outros/as sobre o diagnóstico - Reajustar expectativas enquanto pais/mães - Impacto no grupo de irmãos/ãs - Alteração no cuidado parental de todas as crianças - Localização dos serviços de apoio necessários - Responder às necessidades físicas da criança - Responder às reações de outros/as - Aceitação da criança - Adaptação aos sistemas que providenciam serviços
Educação primária	- Diagnóstico de DI - Transição para o ambiente escolar - Participação em programas de educação personalizada - Admitir as diferenças da criança em relação a outras crianças da mesma idade - Maior discrepância entre o desenvolvimento físico da criança e a sua capacidade para o desenvolvimento intelectual - Inclusão - Lidar com as relações do grupo de pares com o/a menor - Lidar com as relações do contexto com o/a menor - Responder às necessidades físicas da criança
Adolescência	- Emergência da sexualidade - Possível isolamento e rejeição dos pares - Planeamento da transição para a adultez

	- Maior necessidade de independência da criança - Assegurar as necessidades físicas
Adultez	- Reajustamento das expectativas parentais em relação à independência da criança - Reajustamento das expectativas parentais sobre a sua libertação do cuidado da criança - Planeamento de necessidades de guarda - Ajustamento a mudanças causadas pelo fim do estágio escolar - Tomada de decisão em relação a recursos de ajuda e/ou saída para o mercado de trabalho por parte da pessoa - Pesquisa de colégios internos e residências - Envelhecimento dos/as pais/mães - Preocupação em cuidar da pessoa com DI quando os/as pais/mães estão ausentes - Assegurar necessidades físicas

9.4 Fatores modulares do impacto psicológico ou trauma secundário derivado da situação de vitimação criminal

Num contexto de avaliação do impacto derivado do abuso sexual, da violência doméstica ou de género numa vítima com DI (à qual chamamos trauma secundário), devem ser considerados os fatores de proteção e de vulnerabilidade ao impacto.

Está mais do que documentado que o dano, as lesões ou as consequências que a situação de vitimação deixa na vítima dependem:

A) das características da situação de vitimação criminal,

B) das variáveis individuais da personalidade da vítima,

C) das variáveis da família e do contexto.

Em relação a estas últimas, se o contexto de proteção, o contexto policial e o contexto judicial que envolvem a vítima com DI, não garantirem o apoio necessário através de facilitadores/as especializados/as, irão provavelmente contribuir para um processo de vitimação secundária.

Serão analisados os diferentes fatores moduladores, que devem ser sempre considerados na avaliação do impacto psicológico após uma experiência de vitimação criminal. **Não os considerar leva ao erro de aderir demasiado ao modelo médico-legal, que se tem focado tradicionalmente na deteção de sinais psicopatológicos derivados do crime, colocando de lado outros fatores de vulnerabilidade e de proteção.**

Todos os fatores devem ser compreendidos como situados em diferentes continuums

interrelacionados. Dependendo da posição da vítima nestes continuums, ela vai estar numa situação de alta vulnerabilidade de sofrer um impacto psicológico após um ato de vitimação, com graves consequências na sua estabilidade mental e emocional, ou, pelo contrário, numa situação com menor tendência à instabilidade por ter mais fatores de proteção.

9.4.1 O trauma primário ou a situação de prévia vulnerabilidade devido à DI

É necessário analisar os fatores modulares do trauma primário de DI de forma a determinar o impacto derivado da situação de vitimação, visto que a sexualização traumática leva ao condicionamento da pessoa com DI e a própria atividade sexual fá-la reexperienciar memórias negativas.

- ➢ **Exemplo**: num caso de abuso sexual de uma pessoa com DI cuja sexualidade tem sido negada (isto é, a sua família demonstra uma crença sobre a DI enquadrada na assunção errada de que as pessoas com DI são eternas crianças assexuais), o impacto que o abuso sexual tem na vítima pode ser mínimo comparado com o impacto derivado do trauma primário da deficiência que levou a que a sua sexualidade fosse proibida;
- ➢ No mesmo caso criminal, nos casos das pessoas que não sabem o significado da sexualidade, e que estão habituadas a ter a sua privacidade acessível a outras pessoas (por exemplo, os casos de pessoas altamente dependentes que necessitam de ajuda com a higiene), um abuso sexual não violento por um/a cuidador/a também não precisa de ter um impacto significante na pessoa.

No entanto, em ambos casos, se eles tiverem de relatar a pessoas desconhecidas (outras/os profissionais, polícias, psicólogas/os forenses, procuradoras/es e juízas/as) em entrevistas desnecessariamente repetidas e sem a integração dos apoios necessários que garantem uma compreensão adequada entre os agentes judiciais e a vítima, então o impacto virá da situação de vitimação secundária derivada da sua passagem pelo sistema judicial.

De notar que, devido a estas circunstâncias, a emocionalidade que acompanha o relato dos eventos pode ser neutra, o que demonstra o porquê da emocionalidade não poder ser considerada um critério de credibilidade do testemunho.

9.4.2 Características da família ou instituição que amplificam ou mitigam o impacto

Nas pessoas com DI, devido à sua maior dependência e vulnerabilidade pelo facto de terem uma deficiência, as circunstâncias familiares constituem a maior fonte de vulnerabilidade ou de proteção contra o impacto de um ato criminal. De seguida detalham-se as famílias cujas dificuldades irão condicionar um maior impacto psicológico após uma experiência de vitimação:

- Famílias transgeracionalmente perturbadas (Barudy, 1998) em que o abuso de menores é uma “forma de vida”, em que os adultos tendem a repetir padrões de interação, crenças e contextos que levam a repetir cronicamente os comportamentos abusivos e violentos com as suas crianças.

- Famílias “descontroladas”, que transbordam e abusam em momentos de stress ou crise.
- Famílias negligentes, em que os adultos não são capazes de cuidar das suas crianças, tanto em termos de funções nutricionais e de funções normativas.
- Famílias com dificuldades em estabelecer vínculos seguros. Pais/Mães que sejam capazes de estabelecer uma ligação ou um vínculo seguro com as suas crianças vão ativar nelas um sistema de comportamentos que pretendem procurar a proteção de adultos de referência em momentos de insegurança, medo ou falta de proteção.

Do mesmo modo, a segurança do vínculo permite-nos continuar a explorar e continuar a enfrentar o mundo, apesar das vicissitudes que podemos ter sofrido. Pelo contrário, se os/as pais/mães não forem capazes de estabelecer vínculos seguros, as crianças terão menor capacidade de pedir ajuda e de lidar com o mundo ao enfrentar eventos difíceis ou traumáticos.

- Famílias imersas num luto não elaborado pelo trauma primário da deficiência da criança.

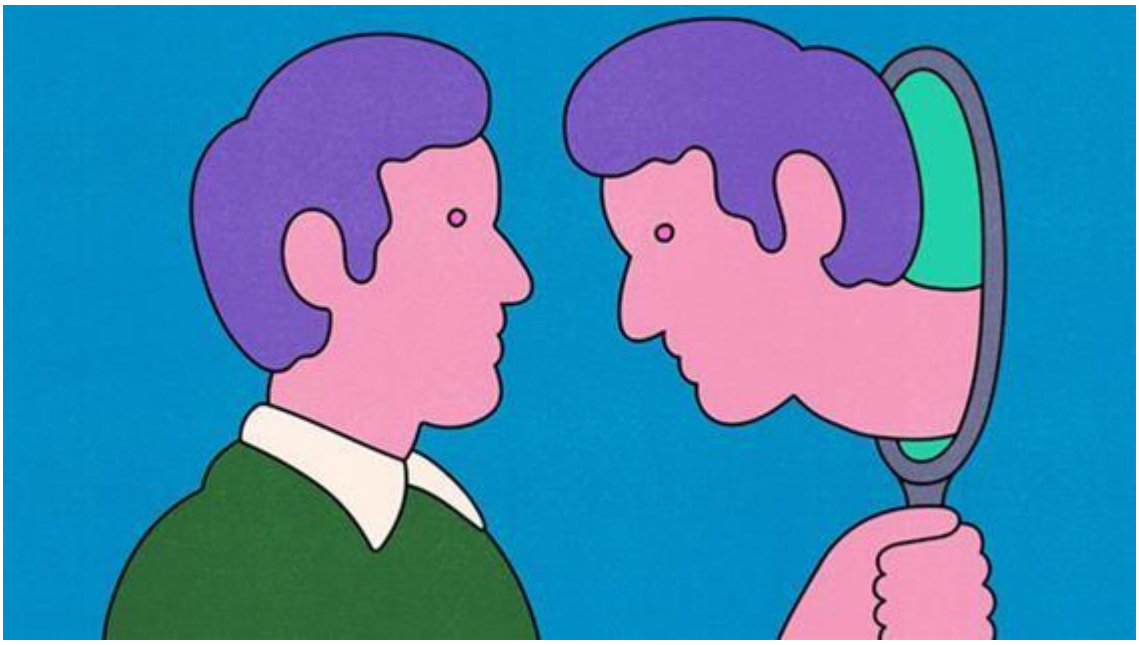
Se extrapolarmos estas variáveis familiares do contexto institucional que tem guarda ou é responsável por cuidar da pessoa com DI que foi vítima, é compreendido que as instituições negligentes ou instáveis para utentes com DI serão as que amplificam o impacto que o ato criminal tem na pessoa.

9.4.3 A personalidade

As relações familiares vão determinar uma série de variáveis pessoais que vão tornar a pessoa mais ou menos resistente às experiências de vitimação. É sabido que a mente não reside no indivíduo, como uma estrutura independente, mas sim que é relacional, é construída e alterada através das relações com pessoas significativas.

Uma pessoa que, ao longo da sua vida, desenvolveu relações inseguras ou caracterizadas pelo abuso ou negligência, tem maior probabilidade de apresentar uma série de desequilíbrios na sua personalidade base, que a tornam mais vulnerável ao dano psicológico.

Estes desequilíbrios podem ser, entre outros, desregulação emocional, baixo autoconceito, baixa autoestima, limitações na capacidade de resolver o luto (perceção da experiência como algo irreversível) ou um estilo atribucional interno sobre a responsabilidade do crime.



9.4.4 Fatores contextuais relacionados com a situação de vitimação criminal e vitimação secundária

As/Os peritas/os utilizam os seguintes fatores de avaliação relacionados com a situação de vitimação criminal:

- Parâmetros quantitativos (frequência, intensidade e duração).
- Parâmetros qualitativos (nível de vexação).
- O vínculo de afetividade com o/a agressor/a.
- As múltiplas consequências negativas derivadas do crime.

Por fim, será considerado o impacto que o mesmo contexto de denúncia e de passagem através do sistema policial e judicial possa ter tido na vítima, que a doutrina chama de "vitimação secundária". De entre estes fatores, devido à sua alta prevalência em contextos judiciais com pessoas com DI, sublinhamos o seguinte:

- A menor credibilidade percecionada no seu testemunho.
- A reiteração de frases desnecessárias.
- O uso de instrumentos forenses inadequados, e o uso generalizado de instrumentos de avaliação da credibilidade baseados em critérios.
- A incapacidade do sistema de adaptar as diligências e procedimentos a vítimas com DI.

Tudo isto alerta-nos sobre a responsabilidade direta dos agentes policiais e judiciais, com a sua falta de formação na intervenção com vítimas, na vitimação secundária.

É importante usar a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, nos artigos que se referem ao acesso à justiça, para obter as chaves para a prevenção da vitimação secundária nas pessoas com DI, adaptando o processo às suas necessidades, com o apoio fundamental da figura do/a facilitador/a.

9.5 Psicoterapia com vítimas com DI.

9.5.1 Um modelo adaptado de psicoterapia e de diagnóstico.

As pessoas com DI têm sido e continuam a ser marginalizadas da psicoterapia. Quantas vezes não teremos ouvido “se não descobrirem não irão sofrer”? Por detrás desta afirmação está o mito que a deficiência protege estas pessoas dos sentimentos negativos que as experiências traumáticas ou negativas causam. E, explorando este mito, surge outra crença perniciosa: que as pessoas com DI não sentem.

No entanto, tal como toda a gente, elas sentem, mas com uma estrutura psicológica que é, em muitas pessoas com DI, mais fraca, como demonstrado nas taxas de doenças mentais muito mais altas no grupo de pessoas com DI do que no resto da população, ou no facto de que parecem ser menos resilientes do que as pessoas sem DI a eventos traumáticos ou stressantes.

Assim, contrariamente à opinião geral, “não compreender” (ou “compreender com capacidades diferentes”) torna a pessoa mais vulnerável psicologicamente. Se ela for mais vulnerável, é porque, sendo e sentindo igual, é menos compreendida e ouvida, apenas porque tem limitações.

Consequentemente, permanece uma consideração geral de que, devido às suas limitações intelectuais e de introspeção, as pessoas com DI dificilmente serão capazes de tirar proveito dos benefícios que um contexto psicoterapêutico oferece. Basta uma revisão das parcas publicações sobre psicoterapia com pessoas com DI para perceber e verificar que a estas pessoas não tem sido oferecido muito mais do que intervenções comportamentais baseadas em reforço e punição.

No entanto, as pessoas com DI beneficiam da psicoterapia, e até das correntes mais dinâmicas, da mesma forma que as pessoas sem deficiência.

Quando uma pessoa com DI é vítima de abuso sexual, de uma relação violenta, ou de outra experiência traumática, a psicoterapia é uma das poucas formas de eliminar o desconforto derivado dessa experiência, que se pode manifestar com uma variedade de sintomas que, por sua vez, podem tomar diferentes formas devido ao facto de serem pessoas com DI, como foi já referido na secção sobre patoplastia em pessoas com DI.

9.5.2 Uma intervenção com conhecimento em patoplastia em pessoas com DI

A pessoa que orienta a psicoterapia deve conhecer a patoplastia dos sintomas em pessoas com DI, por duas razões: em primeiro lugar, os sintomas indicam o grau de desconforto ou impacto que a experiência traumática deixou na pessoa; e, em segundo lugar, são uma das primeiras formas do/a terapeuta comunicar com o/a seu/sua paciente, estabelecendo uma aliança terapêutica.

Por exemplo, o comportamento disruptivo ou agressivo que uma pessoa com DI que foi vítima de um crime sexual pode apresentar pode indicar que a pessoa sente raiva, medo, ou está a reviver o evento traumático.

Hipotetizar adequadamente sobre a possível origem, sentimento ou experiência que causa o sintoma vai permitir, a partir de uma curiosidade terapêutica saudável, saber como perguntar e, portanto, ser capaz de compreender. Por último, compreender vai permitir criar contextos que podem conter, regular e, consequentemente, curar.

O que não irá permitir a cura é cair na influência do efeito eclipsante e atribuir o sintoma à própria deficiência. O sintoma indica sempre desconforto e é, em muitos casos, a única forma do/a psicoterapeuta começar a conectar-se com a pessoa que o sofre.

Qualquer mapa de diagnóstico ou estratégia de intervenção psicoterapêutica tradicionalmente usado com pessoas traumatizadas deve ser adaptado aos mapas do trabalho psicoterapêutico com pessoas com DI.

Por exemplo, o modelo traumatogénico sobre os fatores explicativos do impacto que o abuso sexual de menores pode ter na pessoa serve para exemplificar a adaptação que deve ser realizada no trabalho com vítimas de abuso sexual com DI na psicoterapia. Finkelhor e Browne referem-se a quatro razões explicativas para o impacto traumático do abuso sexual: sexualização traumática, perda de confiança, sentir-se indefeso/a, e a estigmatização que o abuso sexual contínuo na infância deixa na pessoa. Tudo isto leva a uma distorção do autoconceito e da visão do mundo.

No entanto, podemos perfeitamente utilizar essas mesmas quatro razões para explicar o trauma que a própria DI deixa na pessoa. Isto é, a pessoa com DI vai, muito provavelmente, experienciar uma sexualidade traumática porque é geralmente proibida, secreta e portanto perturbada; as barreiras encontradas ao longo da sua vida por uma sociedade incompreensível devoram a sua confiança potencial no mundo; e, por fim, se há dois conceitos associados com a experiência de deficiência, é a de se sentir indefeso/a e de estigmatização.

Consequentemente, é possível compreender porque é que é necessário trabalhar o trauma primário de deficiência, e o trauma secundário da experiência traumática, não só no contexto de avaliar o dano psicológico, mas especialmente no contexto psicoterapêutico.

9.5.3 A importância de abordar o trauma primário da deficiência e do luto familiar

O trauma secundário derivado da situação de vitimação criminal dificilmente pode ser ultrapassado sem a reparação do possível trauma primário que a deficiência possa ter deixado na família e, portanto, na/o nossa/o paciente. De forma a avaliar o impacto que o trauma da deficiência deixou na família e, consequentemente, na pessoa com DI, foi apresentada uma proposta de todos os fatores modulares do luto da família com um membro com DI.

Assim, trabalhar com uma família com uma pessoa com DI deve sempre começar com um trabalho focado no luto. Elaborá-lo é essencial para reparar o trauma primário da deficiência e, consequentemente, elaborar o trauma secundário de abuso sexual, violência ou situação de vitimação criminal.

9.5.4 Uma psicoterapia focada na vinculação

As pessoas com DI traumatizadas por um evento traumático, apesar de poderem apresentar uma multitude de diferentes sintomas, e do impacto depender de uma multitude de fatores, já todas sentiram insegurança, medo e falta de proteção, devido às características intrínsecas da experiência traumática.

É por isso que o foco da psicoterapia não será tanto na própria experiência traumática como na vinculação. Ao contrário de outras terapias cognitivistas focadas na resolução do trauma, criar ligações de confiança e segurança com as pessoas próximas e significativas da pessoa com DI traumatizada será o objetivo transversal e central de todo o processo de terapia no modelo de intervenção que propomos.

O trabalho de Bowlby e Ainsworth, que conceberam o procedimento laboratorial conhecido como a situação estranha (1978), que se tem tornado o teste mais usado na investigação sobre a vinculação em todo o mundo, contribuiu para que a teoria da vinculação se tenha tornado a melhor fundação do desenvolvimento sócio-emocional das crianças. A vinculação é uma motivação primária independente, dirigida à satisfação da necessidade de segurança. Refere-se a qualquer forma de comportamento que tem como consequência a proximidade do/a outro/a, que é considerado/a uma fonte de alívio e bem-estar.

De relembrar que o estabelecimento de um vínculo seguro por parte da pessoa com deficiência com os/as seus/suas cuidadores/as principais é frequentemente ameaçado pelo processo de luto da família. Para uma criança ter um bom desenvolvimento, precisa de ter um impacto positivo nas figuras significativas na sua vida.

O perigo para as crianças com DI é que este impacto é quase sempre negativo. A raiva, os problemas de comunicação, os desafios que o diagnóstico impõe, as dificuldades de aprendizagem, podem ativar dúvidas nos/as pais/mães sobre as suas capacidades parentais e fazê-los sentir-se desprotegidos/as e inseguros/as em frente à criança com DI. O seu valor enquanto pais/mães é constantemente questionado.

Quanto maior o historial de vinculação insegura nos/as pais/mães, maior o efeito negativo que irá causar. A história dos/as pais/mães de uma criança com DI começa normalmente com trauma emocional, dor, choque, luto e um sentimento de injustiça, de ser diferente. Se estes sentimentos são os que foram sentidos na infância, antes de se tornarem pais/mães, serão certamente ampliados na experiência de parentalidade de uma criança com DI.

Assim, apenas uma terapia focada na vinculação pode abordar o trauma primário da deficiência e o trauma secundário do abuso. Adicionalmente, isto forma a base para a alteração dos modelos internos de operação de si próprio/a e do mundo.

Só se a pessoa se sentir digna de assistência e com a segurança de que as pessoas significativas na sua vida virão em seu auxílio face às vicissitudes da vida é que ela se sentirá encorajada a explorar e, consequentemente, a desenvolver o seu autoconceito e autoestima.

Só se a pessoa se sentir amada é que se sentirá valorizada. Portanto, apenas uma terapia focada na vinculação pode restaurar o dano que a pessoa tem no seu narcisismo. Isto, relembrando, refere-se à integridade e equilíbrio na representação de si próprio/a, que está habitualmente muito lesado nas pessoas com DI.

9.5.5 A afetividade e a sexualidade nas pessoas com DI.

O vínculo que é estabelecido entre os/as pais/mães e o filho ou filha com DI vão condicionar o desenvolvimento da afetividade e da sexualidade. Ambos, como o narcisismo e a vinculação, têm a sua origem a partir do momento do nascimento e no encontro e relação com outros/as.

A perceção do próprio corpo é determinada em cada pessoa pelo vínculo (desejo parental, tipo de contacto) que os/as pais/mães estabelecem com o bebé. Esta imagem corporal vai determinar as possibilidades de uma vida sexual e emocional plena em cada um de nós (a imagem do corpo como uma fonte de prazer).

Os riscos para as pessoas com deficiências são:

- Muitos dos contactos realizados na infância precoce entre os/as cuidadores/as e o/a menor são determinados mais por aspetos relacionados com a estimulação e os objetivos terapêuticos do que por brincadeira e prazer, aspetos fundamentais no desenvolvimento emocional de qualquer menor.
- O distanciamento dos/as pais/mães face a este/a filho/a inesperado pode gerar uma rejeição em relação a contactos com o corpo da pessoa com deficiência.
- O desenvolvimento de aspetos fundamentais da sexualidade, como o sentimento de intimidade e privacidade, estará em défice. A invasão do espaço intrapsíquico da pessoa com deficiência pelo ambiente que a envolve (superproteção) coloca em risco o desenvolvimento do seu próprio espaço (privado e íntimo).
- A negação da sexualidade das pessoas com deficiências, quer devido à crença errónea de que as pessoas com DI são assexuais, quer a uma crença igualmente errónea mas perigosamente difundida de que elas têm uma sexualidade escandalosa que deve ser reprimida.
- A sexualidade é um dos motores que levam o indivíduo a procurar um caminho fora da família. A superproteção e o medo do mundo exterior, ou medo das consequências da sexualidade (gravidez), são alguns dos fatores que intervêm nesta negação a um nível familiar.
- O medo dos serviços profissionais de confrontar as famílias, a superproteção e a falta de formação são também algumas das causas que mantêm este silêncio.

A consequência de tudo isto é a falta de programas educativos com agentes que intervêm com pessoas com deficiência. Programas de educação sexual não só previnem estes aspetos negativos da sexualidade (doenças, gravidezes indesejadas, abuso), mas também desenvolvem e ensinam os aspetos relacionados com o prazer da sexualidade.

No entanto, deve ser notado que a afetividade, a sensualidade e a sexualidade da pessoa com DI são necessidades às quais o/a terapeuta também tem de ser capaz

de responder, trabalhando com a família e o contexto que os envolve para a construção de relações baseadas no respeito pela intimidade da pessoa e o seu direito ao desenvolvimento de uma sexualidade livre e saudável.

9.6 Conclusões.

A psicoterapia centrada na vinculação implica que o/a terapeuta se torne um modelo de vinculação segura com o/a paciente e se torne um modelo de vinculação segura com as pessoas significativas. Isto envolve uma responsabilidade ética e terapêutica e implica ser responsivo/a, saber como regular emocionalmente, ser diferenciado/a, saber como comunicar de forma significativa e ajudar na exploração do mundo.

Quanto mais danificado estiver o contexto potencialmente protetivo do/a paciente (como acontece no caso do abuso ser cometido pelos/as pais/mães ou cuidadores/as da pessoa), maior a necessidade de desencadear contextos de proteção e vinculação segura à volta da pessoa.

Uma terapia focada na vinculação vai contemplar as diferentes necessidades que devem ser respondidas tanto ao nível individual com o/a paciente com DI como ao nível familiar.

Para identificar as necessidades, deve ser realizada uma rigorosa análise das diferentes variáveis modulares no impacto do luto (trauma primário) e, mais tarde, no impacto do abuso, maus-tratos ou experiência de vitimação criminal (trauma secundário). Assim, serão planeados os objetivos terapêuticos, sendo que o objetivo transversal será o estabelecimento de vínculos seguros que possibilitem à pessoa restaurar os seus sentimentos de segurança e valor, permitindo-a sair pelo mundo e desenvolver uma personalidade resiliente.

10. OUTROS RECURSOS

I) NA GRÉCIA.

A Linha Direta 15900 é um serviço nacional que permite às mulheres vítimas de violência ou a terceiros comunicar diretamente com um serviço de apoio em situação de violência baseada no género. A linha é composta por psicólogos/as e sociólogos/as que prestam assistência imediata para emergências e violência numa base de 24 horas por dia, 365 dias por ano. Do mesmo modo, as mulheres podem utilizar o seguinte endereço de correio electrónico: sos15900@isotita.gr (Fonte: https://womensos.gr/15900-24ori-tilefoniki-grammi/).

A Secretaria Geral para a Igualdade de Género (GSGE) opera Centros de Aconselhamento a nível nacional, fornecendo informação e serviços de aconselhamento GRATUITOS às mulheres que a eles recorrem.

Os Centros de Aconselhamento oferecem serviços de aconselhamento:

- informação sobre igualdade de género, violência e discriminação múltiplacontra as mulheres,
- apoio social, psicológico, jurídico e de emprego (de uma perspectiva baseada no género),
- encaminhamento ou escolta - sempre que necessário - de mulheres para albergues, polícias e procuradorias, tribunais, hospitais, centros de saúde, centros de saúde mental, organismos de assistência social ou outros, promotores de emprego e empreendedorismo, agências de protecção e apoio à criança, etc,
- assistência jurídica, em cooperação com as associações jurídicas. Para mais informações, por favor visite: https://womensos.gr/sumvouleutika-kentra-ggif/

Os Centros de Aconselhamento do Governo Local prestam serviços localmente em todo o país.

Da mesma forma, implementam acções para a prevenção, informação e sensibilização da comunidade local. Para mais informações, visite: https://womensos.gr/symvouleutika_kentra_ota-2/

II) EM PORTUGAL.

Em Portugal existe um abrigo adequado para mulheres vítimas de violência com deficiência, a "Casa de Abrigo para Mulheres Vítimas de Violência com Deficiência e/ou Incapacidade" (CERCIAG), que alberga temporariamente pessoas mediante algumas de condições.

O website institucional pode ser consultado em: http://www.cerciag.pt/servicos/casa-de-abrigo. Informações importantes relacionadas com a assistência às vítimas em Portugal podem também ser encontradas no funcionário da Comissão de Cidadania e Igualdade de Género (CIG), em: https://www.cig.gov.pt/

Outros contactos relevantes:
Comissão para a Cidadania e Igualdade do Género (cig@cig.gov.pt);
Delegação Regional (cidmdelnorte@mail.telepac.pt)
Estrutura de Missão Contra a Violência Doméstica (emcvd@seg-social.pt)
Amnistia Internacional Portugal (aiportugal@amnistia-internacional.pt)

Associação de Mulheres Contra a Violência (sede@amcv.org.pt)
Centro Anti-Violência (ca@amcv.org.pt)
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (apav.sede@apav.pt)
Rede nacional de Gabinetes de Apoio à Vítima (GAV)
Associação Portuguesa de Mulheres Juristas
Plataforma Portuguesa para os Direitos da Mulher (plataforma@plataformamulheres.org.pt)
Uma lista de centros/instituições/associações que prestam apoio a pessoas com deficiência está disponível em: https://dges.gov.pt/en/node/938?plid=1752

As vítimas também podem contactar:
A Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica:
800 202 148
SMS: 3060
Linha Nacional de Emergência Social: 144
Associação de Mulheres Alternativas e de Resposta (UMAR):
Centros de apoio:
Cidade de Almada: 212 942 198
umar.almada@sapo.pt
Cidade do Porto: 222 025 048 | 910 504 600
e-mail: umarprati@gmail.com
Cidade do Porto - para vítimas de violência sexual: 220 933 787 | 914736078
e-mail: eir.centro@gmail.com

As seguintes linhas estão também disponíveis para apoio às pessoas com deficiência: 961 010 200, apenas para mensagens escritas (especificamente desenvolvidas pela Guarda Nacional Republicana para prestar apoio a pessoas com deficiência auditiva que necessitam de apoio urgente);
213 649 773 (LINADEM - Liga Nacional para o Estudo e Apoio da Deficiência Mental).

III) EM ESPANHA

Em Espanha o principal recurso para as vítimas com deficiência intelectual é a Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual (UAVDI).
Este serviço é especializado na intervenção em casos de abuso ou maus-tratos a pessoas com deficiência intelectual. Trabalha através de três linhas de trabalho: intervenção (facilitação nos processos policiais e judiciais e terapia psicológica), investigação e sensibilização.
O contacto é gratuito e não deixa vestígios.
Informações de contacto:
Número de telefone: 900 33 55 33
Web: www.nomasabuso.com

Outro recurso importante é a linha de apoio às vítimas de violência baseada no género. Esta linha é operada 24 horas durante todo o ano. Além disso, o contacto é gratuito e não deixa vestígios.
Este serviço oferece atenção em 53 línguas, informação geral, aconselhamento jurídico e atenção psicossocial.
Informação de contacto:
Número de telefone: 016
WhatsApp: 600 000 016

Email: 016-online@igualdad.gob.es

11. BIBLIOGRAFIA

Alemany, A., Quintana, J. M., Recio, M., Silva, E., Manzanero, A. L., Martorell, A., González, J. L. (2012). Guía de intervención policial con personas con discapacidad intelectual. Madrid: Fundación Carmen Pardo-Valcarce.

Alemany, A. y Cartagena, I. (2016). Estadísticas de la atención a víctimas con discapacidad intelectual en España. Haurdanik, Asociación Vasca para la ayuda a la infancia maltratada, N./ZK.33, 8-9.

Brown, H., Stein, J., y Turk, V. (1995). The sexual abuse of adults with learning disabilities. Mental Handicap Research, 8, 3–24.

Cendra, J. (2013). El consentimiento prestado por personas con discapacidad intelectual en relación con el delito de abusos sexuales. La Ley Penal: revista de derecho penal, procesal y penitenciario, 104, 53-62.

Cendra, J. (2015). Seguridad ante la agresión. Escuela de Bienestar, Módulo V, tema 3, capítulo 2.

Cendra, J. (2015). Mujeres en situación de mayor vulnerabilidad: discapacidad intelectual. En F. Fernando Pombo - Proyecto EXEQUO (Ed.), Guía práctica sobre la casuística legal habitual de mujeres víctimas de violencia de género. Madrid: Fundación Fernando Pombo.

Cendra, J., Alemany, A., y Hernández, M. (2016). Abuso y discapacidad intelectual: la necesidad de un trabajo en red. Actas de coordinación sociosanitaria, 18, 21-32.

Etxeberría, X., et al. (2013). El enfoque ético del maltrato a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Deusto Digital, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe.

Fundación Carmen Pardo-Valcarce y FEAPS Madrid (2014). Abuso y discapacidad intelectual. Orientaciones para la prevención y la actuación. Madrid: Fundación Carmen Pardo-Valcarce.

Fundación Carmen Pardo-Valcarce y FEAPS Madrid (2014). Protocolo de actuación ante los abusos sexuales y la violencia doméstica y de género a personas con discapacidad intelectual. Madrid: Fundación Carmen Pardo-Valcarce.

González, J. L., Cendra, J., y Manzanero, A. L. (2013). Prevalence of disabled people involved in Civil Guard's police activity. Research in Developmental Disabilities, 34, 3781-3788.

Horner-Johnson, W., y Drum, C. E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with ID: a review of recently published research. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12, 57-69.

Manzanero, A. L., Recio, M., Alemany, A. y Martorell, A. (2011). Identificación de personas y discapacidad intelectual. Anuario de Psicología Jurídica, 21, 41-48.

Manzanero, A. L. y Recio, M. (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. Cuadernos de Medicina Forense, 18(1), 19-25.

Manzanero, A. L., Contreras, M. J., Recio, M., Alemany, A. y Martorell, A. (2012). Effects of presentation format and instructions on the ability of people with ID to identify faces. Research in Developmental Disabilities, 33, 391-397.

McCarthy, M., y Thompson, D. (1997). A prevalence study of sexual abuse of adults with ID referred for sex education. Journal of Applied Research in ID, 10, 105-124.

Recio, M. y Alemany, A. (2013). Guía NO+ABUSO para personas con discapacidad intelectual. Madrid: Fundación Carmen Pardo-Valcarce.

Recio, M., Alemany, A., y Manzanero, A. L. (2012). La figura del facilitador en la investigación policial y judicial con víctimas con discapacidad intelectual. Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, 43, 54-68.

Sobsey, D. (1994). Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance? Baltimore: Brookes.

Sobsey D. y Varnhagen C. (1991) Sexual abuse and exploitation of disabled individuals. En C. Bagley y R. J. Thomlinson (Eds.), Child Sexual Abuse: Critical Perspectives on Prevention, Intervention and Treatment (pp. 203-216). Toronto: Wall & Emerson.

Sullivan, P. M. y Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: a population

based epidemiological study. Child Abuse and Neglect, 24, 1257-1273.

Tharinger, D., Horton, C.B., y Millea, S. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. Child Abuse and Neglect, 4, 301-312.

Verdugo, M. A., Alcedo, M. A., Bermejo, B., y Aguado, A. (2002). El abuso sexual a personas con discapacidad intelectual. Psicothema, 14, 124-129.

Westcott, H. y Jones, P. (1999). Annotation: The Abuse of Disabled Children. Journal of Child Psychology & Psychiatry, 40, 497-506.

ATHENA

BEGIN

The content of this document represents the opinions of the authors only and is their sole responsibility. The European Commission accepts no responsibility for the use that may be made of any information contained herein.

Co-funded by
the European Union

www.athenabegin.org