

# A ADOLESCÊNCIA E A SEXUALIDADE DISTORCIDA

Trabalho de Curso

(2009)

**Tiago Lopes Lino**

Psicólogo Clínico e mestrando em Sexualidade Humana pela Faculdade de Medicina de Lisboa, Portugal

Email:

[loptiago@gmail.com](mailto:loptiago@gmail.com)

---

## RESUMO

A sexualidade é um fenómeno que acompanha toda a ontogénese, ou seja, desde o nascimento da criança até à velhice e morte. Sabe-se ainda que, em vida intra-uterina, o feto experimenta sensações sexuais, tal como excitação e toque involuntário nos órgãos genitais. A primeira infância é também um período de descobertas sexuais e sexualidade. A descoberta do seu órgão sexual, posteriormente a descoberta do outro e do seu órgão sexual, faz parte de um desenvolvimento psicosexual saudável.

O desenvolvimento psicosexual atípico surge, maioritariamente, em crianças que foram sexualmente abusadas numa fase muito precoce. Este trauma condiciona toda a sua conduta sexual futura, quer por inibição, quer por extroversão.

Actualmente, as instituições de acolhimento temporário de crianças e jovens, reúnem vários indivíduos cujos motivos de institucionalização diferem. Os principais motivos, segundo recentes estatísticas, são: a negligência, os maus-tratos psicológicos e físicos e os abusos sexuais, praticados, em grande número, pelos progenitores, familiares ou amigos íntimos.

Vários autores interessaram-se pela prática sexual de crianças institucionalizadas, provando que existe uma elevada correlação entre práticas sexuais precoces, a puberdade precoce, as práticas homossexuais e a promiscuidade sexual.

**Palavras-chave:** Sexualidade na adolescência, abuso sexual, inibição sexual, extroversão sexual, promiscuidade sexual, homosociabilidade e comportamentos homossexuais temporários

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objectivo dar a conhecer, através de casos clínicos, alguns comportamentos sexuais existentes em crianças e jovens raparigas que vivem em instituições de acolhimento.

Começar-se-á por falar sobre abusos sexuais na infância e qual o impacto na sexualidade dessas crianças abusadas. Será esse trauma inibidor ou facilitador de uma sexualidade distorcida? Ou apenas de uma sexualidade precoce? Iremos ver isso de uma forma específica, ilustrando com o caso clínico de uma criança de seis anos que foi abusada pelo pai durante a primeira infância.

Um segundo ponto é dedicado ao desenvolvimento da puberdade e ao despertar da sexualidade na adolescência. Conterá com uma breve descrição de como se processa o desenvolvimento da puberdade desde a menarca, o desenvolvimento físico, as alterações hormonais, a primeira relação amorosa, até ao primeiro contacto sexual.

O terceiro ponto diz respeito à promiscuidade sexual de uma jovem institucionalizada, relatando os comportamentos sexuais por ela vividos. A compensação alimentar junta-se agora à compensação sexual, o que faz com que os comportamentos de dependência se intensifiquem e os comportamentos de risco se tornem comportamentos de perigo. Com o uso de substâncias aditivas, o desprezo da saúde sexual e a rotatividade de parceiros, a sexualidade é vivida de uma forma distorcida e bastante angustiante.

Um quarto ponto foca a homosociabilidade e a prática de comportamentos homossexuais de jovens raparigas. A vivência diária e exclusivamente partilhada com outras raparigas condiciona práticas homossexuais. Estas práticas surgem como forma de reconhecimento do próprio corpo e do conhecimento do corpo do outro. Estes comportamentos são naturais, não devendo ser desprezados ou punidos, como acontece frequentemente por parte do pessoal que intervém na sua educação.

O último ponto deste trabalho é dirigido à promoção da saúde sexual de crianças e jovens institucionalizadas. É feita uma abordagem à definição de saúde sexual e aos papéis que os técnicos e o pessoal que intervém diariamente com as crianças e jovens acolhidas deverão desempenhar nas instituições, no âmbito da educação sexual.

### **O abuso sexual na infância**

Desde o conturbado e polémico processo Casa Pia até aos casos particulares actuais, muitos são os de abuso sexual. Embora a maioria desses casos não sejam denunciados considerando que as crianças têm medo de dizer a alguém o que se passou com elas, muitos são-no. Os danos

emocionais e psicológicos a longo prazo, decorrentes dessas experiências, podem ser devastadores. No que diz respeito à sexualidade da criança, poderão chegar a ser totalmente destruidores.

O abuso sexual de crianças pode ocorrer na família. Geralmente através do pai, do padrasto, do irmão ou outro parente qualquer. Também pode ocorrer fora de casa, como por exemplo na casa de um amigo da família, na casa da pessoa que toma conta da criança, na casa do vizinho ou de um professor. Por vezes pode ser perpetrado por um desconhecido.

Entende-se como Abuso Sexual qualquer conduta sexual com uma criança levada a cabo por um adulto ou por outra criança mais velha. Além da penetração vaginal ou anal na criança, o abuso sexual consiste também em tocar seus genitais ou fazer com que a criança toque os genitais do adulto ou de outra criança mais velha. Ainda o contacto oral-genital ou roçar os genitais do adulto persuasor. Mostrar os genitais de um adulto a uma criança, incitar a criança a ver revistas ou filmes pornográficos, ou utilizar a criança para elaborar material pornográfico ou obsceno, são também outras formas de abuso.

Para a National Resource Center on Child Abuse and Neglect (NRCCAN)<sup>i</sup> o abuso sexual de crianças consiste em contactos e interacções entre um adulto e uma criança, quando o adulto usa a criança para se estimular sexualmente a si próprio, à criança ou a outrem. Também pode ser cometido por pessoa menor de 18 anos, quando a sua idade for significativamente superior à da vítima, ou quando está em clara posição de poder ou controlo sobre ela.

Para Paulino<sup>ii</sup> em 2009, o abuso sexual abrange uma variedade de práticas sexuais, tais como a penetração do ânus ou vagina com objectos, dedos ou pénis; exibição dos genitais perante a criança; tocar ou acariciar os órgãos sexuais da criança; obrigar a criança a masturbar o adulto; obrigar a criança a encenar relações sexuais com pessoas do mesmo sexo; coito vaginal, anal ou oral; forçar a criança a ter actividades sexuais com animais; obrigar o menor a assistir a actividades sexuais de outros ou imagens pornográficas.

O facto da criança ser abusada muito nova e não estar preparada psicologicamente para o estímulo sexual, acaba por desenvolver invariavelmente problemas emocionais depois da violência sexual. A criança de cinco anos ou pouco mais, mesmo conhecendo e apreciando a pessoa que o abusa, sente-se profundamente em conflito entre a lealdade para com essa pessoa e a eventual percepção de que essas actividades sexuais são más. Para aumentar esse conflito, pode experimentar profunda sensação de solidão e abandono.

Quando os abusos sexuais ocorrem na família, a criança pode sentir medo da ira do parente abusador, medo das possibilidades de vingança ou da vergonha dos outros membros da família ou, pior ainda, pode temer que a família se desintegre ao descobrir seu segredo.

A criança que é vítima de abuso sexual prolongado, usualmente desenvolve uma perda violenta da auto-estima, tem a sensação de desvalorização e adquire uma representação anormal da sexualidade. A criança pode tornar-se muito retraída, perder a confiança em todos adultos e pode até chegar a considerar o suicídio, principalmente quando existe a possibilidade da pessoa que abusa ameaçar com violência se a criança se negar aos seus desejos.

*Vejam os seguintes casos: A “Maria” é uma criança de 6 anos que ingressa numa instituição por motivos de maus-tratos e suspeita de abuso sexual por parte da figura paterna. É uma criança de olhar meigo e dócil, muito simpática e sociável. Não demonstra qualquer inibição perante indivíduos do sexo masculino, pelo contrário. A partir do momento em que a “Maria” ganha a confiança de determinado indivíduo (técnico ou monitor), a “Maria” adora estar ao colo. Porém fá-lo de uma forma muito peculiar: é costume “abraçar” com as suas pernas a cintura de quem lhe pega ao colo. Quando sentada ao colo, tende a abrir as pernas e a mexer na vagina, dizendo “está a arder” ou “estou com cócegas”. Este tipo de comportamentos é referido por alguns técnicos do sexo masculino, como bastante “estranhos”. Outras técnicas e monitoras referem que é prática comum existirem comportamentos homossexuais por parte da “Maria” junto das outras meninas, principalmente na hora do banho. Já por algumas vezes foi encontrada tocando, acariciando e, por vezes, beijando os órgãos genitais das outras meninas. Esta prática ocorre quando se junta com mais 2 ou 3 meninas. A hora do deitar também é um período propício a esse tipo de comportamentos, tendo por hábito sair da sua cama e ir para a cama de outras meninas (estas também têm habitualmente estas práticas).*

Este caso ilustra os comportamentos tendenciosos de uma criança institucionalizada que foi abusada em muito nova. Os comportamentos característicos das crianças abusadas sexualmente podem incluir: interesse excessivo ou negação da natureza sexual; pesadelos ou outros problemas com o sono; depressão ou isolamento de amigos e da família; preocupação exacerbada com sujidade ou contaminação do próprio corpo; medo de que haja algo de mal com seus genitais; negar-se a ir à escola, irreverência ou delinquência; agressividade excessiva; comportamentos suicidas; terror e medo de algumas pessoas ou de alguns lugares; retirar-se ou não querer participar em actividades desportivas ou de exposição física; temor irracional diante dos médicos ou qualquer técnico que tenha que examiná-la fisicamente; mudanças súbitas de conduta.

Algumas crianças abusadas sexualmente podem ter dificuldades em estabelecer relações harmoniosas com outras pessoas, podem-se desenvolver como adultos que também abusam de outras crianças, tenderem para a promiscuidade sexual, prostituição, ou terem perturbações sérias de personalidade permanentes.

Comumente as crianças abusadas estão aterrorizadas, confusas e muito receosas em contar o incidente. Com frequência elas permanecem silenciosas por não desejarem prejudicar o

abusador ou, como referido, provocar uma desagregação familiar. Silenciam ainda por receio de serem consideradas culpadas ou castigadas. Crianças maiores podem sentir-se envergonhadas com o incidente, principalmente se o abusador é alguém da família.

Mudanças bruscas no comportamento, no apetite ou no sono podem ser um indício de que alguma coisa está a acontecer, principalmente se a criança mostrar sinais de isolamento, perturbada quando deixada só ou quando o abusador está por perto.

### **A puberdade e a iniciação à sexualidade**

Para Pagès-Poly e Pagès<sup>iii</sup>, a puberdade é um fenómeno misterioso que não se sabe concretamente como é que é despoletada. Contudo a natureza dos processos que se desencadeiam é bastante conhecida. As glândulas supra-renais são as primeiras a entrar em actividade na fase da pré-adolescência, definida por «puberdade supra-renal» que antecede em dois a três anos o despertar genital. De seguida dá-se o salto de crescimento sob a influência conjunta da hormona de crescimento e das hormonas tiroideias que estimulam o metabolismo. Esse salto de crescimento anuncia e depois acompanha as manifestações genitais (menarca).

Sabe-se que puberdade feminina se inicia, em geral, entre 10 e 14 anos, variando esse período de pessoa para pessoa. Em geral, a puberdade tem início com a primeira menstruação, que coincide com o surgimento de uma série de transformações do corpo que já se vinham a manifestar na fase conhecida como pré-puberal.

O salto de crescimento é bloqueado pelos estrogénios dos ovários que inibem o crescimento dos ossos. A adolescente começa por sentir uma discreta elevação da auréola dos seios e alguns pêlos nos grandes lábios, provocados pelas hormonas supra-renais. A partir dos onze anos, forma-se uma discreta penugem púbica, enquanto que o mamilo se torna mais sensível, aumenta de volume e nascem pêlos nas axilas.

O desenvolvimento da pilosidade do púbis (triângulo com vértice para baixo) e das axilas faz-se em cerca de dois anos. O crescimento dos seios em quatro anos, por vezes com uma assimetria transitória. Paralelamente, a posição da vulva modifica-se (horizontalização), a pigmentação dos pequenos lábios muda, o tamanho do monte de Vénus, dos grandes lábios e do clitóris aumenta, assim como o da vagina, o do útero e dos ovários.

Outras características sexuais secundárias aparecem: o desenvolvimento da bacia, das nádegas e das ancas efeminando a silhueta, modificando a voz. Paralelamente, as glândulas sudoríparas desenvolvem-se, tornando o odor do corpo mais intenso e provocando maior sudorese nas axilas. Essas mudanças causam insegurança e inquietação na adolescente, intensificando-se a primeira menstruação. Durante os dois anos seguintes à primeira menstruação os ciclos podem ser ainda irregulares, mais longos ou mais breves.

Essas alterações hormonais e as eventuais incapacidades ou relutâncias em adaptar-se às alterações físicas contribuem também para alguns estados de depressão, característicos dos adolescentes. Alternadamente, observam-se períodos de intensa energia física, entusiasmo e inquietação sem limites. Também pode observar-se, em alguns casos, uma reação de rebeldia, de oposição e irritabilidade. Apesar da maioria dos adolescentes ser dependente economicamente dos pais, normalmente eles sentem grande desejo de exprimir a sua própria personalidade, formar o seu caráter definitivo.

Nessa fase os adolescentes costumam ansiar entusiasticamente por sensações novas, chegando a fumar, tomar bebidas alcoólicas ou usar drogas, tudo isso como forma de auto-afirmar a sua independência. Portanto, a puberdade é marcada por significativas mudanças biológicas e psicossociais. É neste momento que ocorre, simultaneamente, maior separação dos filhos em relação aos pais e maior busca de novos laços afetivos.

No período da adolescência-puberdade, as jovens enfrentam exigências sociais novas e, às vezes, drásticas. Fazer tudo o que fazem os adultos não lhes é permitido, nem podem fazer coisas de crianças, pois os adolescentes não são nem uma coisa nem outra. Entre meninos e meninas da mesma idade surgem obstáculos intransponíveis, pois os ritmos de amadurecimento são diferentes. Isso também pode gerar consequências psicossociais importantes no sentido do despertar sexual.

Para Braconnier<sup>iv</sup> o despertar sexual é composto por duas fases. Numa primeira fase, como já vimos, a jovem adolescente vai assistindo às diferentes transformações do seu corpo, sendo igualmente confrontada com a emergência das sensações, de sentimentos e de novos desejos. Durante esta etapa fundamental, misturam-se vários sentimentos, angústia e orgulho, curiosidade e culpabilidade. O facto da sexualidade ter lugar privilegiado no desenvolvimento juvenil é igualmente fonte de desconforto ou de embaraço.

Uma segunda fase é marcada pela primeira experiência sexual e amorosa e pelo estabelecimento de uma sexualidade pessoal que se deseja harmoniosa. A masturbação e os cenários imaginários assumem papéis importantes nas adolescentes, não só permitindo o conhecimento do próprio corpo sexual e da sua sexualidade, como permitindo canalizar e exteriorizar impulsos violentos e sentimentos ambíguos oriundos das várias etapas “turbulentas” do desenvolvimento da sexualidade, que são essenciais à consolidação e ao desenvolvimento da personalidade.

Nas jovens institucionalizadas, a puberdade e o despertar da sexualidade muitas vezes ocorrem de uma forma prematura. A sexualidade é vista como algo agressivo e vazio, a sua prática é despojada de afecto e ternura. O sexo é visto como compensatório de um vazio interior ou, então, é utilizado como instrumento de socialização no estabelecimento de relações interpessoais, de poder e de assédio.

## **A homosociabilidade e os comportamentos homossexuais**

Numa determinada fase da adolescência ocorre o “fantasma” da homossexualidade, o que traduz motivações psicológicas complexas. As fantasias com adolescentes do mesmo sexo é um dos cenários imaginários do desenvolvimento da sexualidade na jovem. Porém transforma-se em receio, quando este desejo se intensifica e se torna real.

As práticas sexuais com características homossexuais (toques e carícias) são comuns nas instituições de acolhimento, principalmente quando essas instituições são exclusivas para jovens do sexo masculino ou feminino. Essas práticas têm o papel de suscitar o despertar da sexualidade, mais do que o papel de confirmar ou provocar a orientação sexual dos jovens que os praticam.

A homosociabilidade nessas instituições facilita estes comportamentos. Ou seja, a vivência diária de muitas raparigas num determinado espaço físico durante longos períodos de tempo, em locais onde a partilha dos quartos é feita por duas ou mais adolescentes e onde os banhos diários são em conjunto (em regra, não supervisionados por adultos) facilita exponencialmente esses comportamentos homossexuais.

*Vejam o seguinte caso: A “Fernanda” e a “Carla” são duas jovens de 15 e 16 anos, respectivamente. Ambas partilham o mesmo quarto, na instituição que as acolheu. A “Fernanda” namora há seis meses com um colega de escola. A “Carla” não tem namorado, mas apenas relações esporádicas com alguns rapazes. Na instituição consideram-se as melhores amigas, chegando a dormir na mesma cama inúmeras vezes. Gostam de apreciar o vestuário e o corpo uma da outra, tomam banho juntas e nenhuma delas adormece sem a outra estar presente. Como são jovens, necessitam de mais privacidade, coisa que lhes é dada. É referido por algumas monitoras que, por vezes, ouvem alguns sons “estranhos” na hora de deitar ou mesmo durante a noite. Suspeitam de envolvimento sexual. Certo dia, a “Fernanda” referiu que já tinha tido relações sexuais com a “Carla” e que gostou muito. Referiu que se tinham acariciado, beijado e masturbado uma à outra. Nega ser lésbica, pois tem namorado de quem gosta muito, porém demonstra grande satisfação quando se refere a estes episódios homossexuais com a “Fernanda”. Refere que não são as únicas a fazê-lo, que é hábito acontecer isso durante a noite, entre as outras jovens.*

Estes momentos de intimidade suscitam ao mesmo tempo nestas jovens por um lado uma atracção excitante e inquietante, por outro sentimentos de vergonha e uma auto-desvalorização. As masturbações mútuas, e outras brincadeiras sexuais entre as raparigas institucionalizadas, podem traduzir uma forma imatura de encarar a heterossexualidade. Verifica-se, no último caso

acima relatado, que as práticas homossexuais deixaram há muito de ser esporádicas, são recorrentes.

### **A promiscuidade sexual**

Como já vimos anteriormente, nalguns casos de meninas abusadas sexualmente em tenra idade, estas tendem a ter um contacto com a sexualidade de uma forma muito precoce. Se a isto juntarmos uma baixa auto-estima, uma auto-imagem negativa, por obesidade ou por anorexia, sentimentos constantes de abandono e uma elevada desconfiança de tudo que as rodeia, teremos jovens raparigas que vivem a sua sexualidade de uma forma muito distorcida, onde a compulsividade do desejo sexual, fá-las recorrer a comportamentos de risco, rotatividade de parceiros e promiscuidade sexual.

Abordaremos um último caso: A “Cristina”, jovem de quinze anos está institucionalizada desde os sete anos. Quando ingressou na instituição constava que teria sido violada por um “cliente” da mãe. Esta fora sempre muito protectora, porém era toxicod dependente e fazia da prostituição o seu modo de vida. Como viviam numa pequena casa, a “Cristina” assistiu inúmeras vezes às práticas sexuais da mãe com homens, chegando mesmo a ser convidada para participar, pela mãe ou pelo “cliente”. A “Cristina” refere que nessa altura chorava e não aceitava (suspeita-se que um deles a terá violado). Agora com quinze anos, a “Cristina” tem uma auto-imagem negativa, pois sofre de obesidade mórbida, buscando comportamentos alimentares compensatórios como forma de consolo, bem como enveredou pelo consumo de drogas (leves?). Iniciou a sua sexualidade muito cedo, porém quanto a relações sexuais teve a sua primeira experiência aos 14 anos. Desde essa altura, a “Cristina” encontrou outro comportamento compensatório, tendo iniciado um comportamento sexual compulsivo e bastante explícito. Desinteressou-se de uma vez por todas das aulas (nunca tinha sido uma aluna muito motivada às novas aprendizagens), falta frequentemente às aulas para ir a encontros com outros rapazes, que conhece pela internet ou na escola. A sua postura deixou de ser de jovem dócil e algo tímida, para se tornar numa postura exageradamente sedutora com demonstrações exuberantes da sua sexualidade. Actualmente, a “Cristina” refere que adora sexo e que o faz em qualquer lugar, com quem quer que seja (basta ela querer). Quanto ao uso de contraceptivos refere que apenas utiliza a pílula. Quanto aos preservativos, não usa, pois incomodam, dizendo que “sabe a borracha, para isso usava uma chupeta”. É vista a praticar relações sexuais (predominantemente sexo oral) na rua, num bairro social junto da escola que frequenta, demonstrando nenhum pudor ou vergonha. A mãe de “Cristina”, informada da situação, quando a visita zanga-se com ela, porém a resposta a sempre a mesma, por parte da “Cristina”: “olha também já assisti a tanta coisa e nunca te preocupaste, vens agora dar-me sermões!”. A mãe acata e nada diz. Deixou de visitá-la, ou pelo menos, há já dois meses que não a visita.



É preocupante o rumo que esta jovem está a levar. Os comportamentos sexuais de risco intensificam-se, o uso de contraceptivos é irregular, o risco de gravidez está latente, a personalidade da “Cristina” começa a cristalizar-se em torno de uma conduta desviante e destruidora.

### **A intervenção na promoção da saúde sexual de crianças e jovens institucionalizadas**

Perante esta panorâmica apresentada, os técnicos e auxiliares das instituições de acolhimento adoptam, empiricamente, uma conduta de resignação, menosprezo e por vezes de castração/julgamento. A situação torna-se insuportável e os comportamentos sexuais de risco tendem a intensificar-se. A intervenção na saúde sexual destas jovens passa por estes técnicos e auxiliares, bem como por toda a comunidade (pares, família biológica, escola e centro de saúde). A postura perante comportamentos sexuais, pudores e preconceitos a eles associados deverão ser trabalhados.

A intervenção dos adultos, que hoje é deixada ao “bom senso” de cada um, deverá ser objecto de formação prévia, a fim de que, quando esses comportamentos forem detectados ou pressupostos, possa haver uma integração serena dos mesmos no processo de desenvolvimento das crianças/jovens. E bem assim deverá haver uma clara identificação dos técnicos aos quais essas situações deverão ser imediatamente reportadas. Esses técnicos deverão garantir o posterior acompanhamento psicoterapêutico individual, ou integrar a conformação destes factos no acompanhamento que, porventura, já tiver sido iniciado com cada uma. Trata-se de garantir a sua boa saúde sexual.

Segundo Galvão,<sup>v</sup> a saúde sexual inicia-se com um desenvolvimento sexual saudável, relacionamentos responsáveis e equitativos com prazer sexual e a ausência de enfermidades, infecções sexualmente transmissíveis, deficiências, violência e outras práticas de risco relacionadas com a sexualidade.

Mas para a HERA<sup>vi</sup>, a definição de saúde sexual é mais extensa e completa, tratando-se da habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar a sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações humanas.

Assim os técnicos destas instituições deverão assumir mais uma função, para além de tantas outras que têm, de promover junto das crianças e jovens, bem como junto das auxiliares de acção

acolhedora, uma educação sexual saudável. Desmitificar os comportamentos homossexuais típicos da adolescência, informar sobre as infecções sexualmente transmissíveis, bem como da prevenção do vírus do papiloma humano (HPV); realçando a importância do uso do contraceptivo masculino ou feminino (preservativo); prevenir e promover a diminuição dos comportamentos sexuais de risco, bem como dos consumos de estupefacientes e álcool; supervisionar as consultas de planeamento familiar face à gravidez indesejada na adolescência e ao uso de contraceptivos (nalguns casos seria aconselhável o injectável intramuscular ou o chip sub-cutâneo). Por último, não esquecer o mais importante: informar como a sexualidade saudável incide no carinho e na troca de afectos, permite desenvolver, de forma positiva, as relações interpessoais e contribui para uma estabilidade emocional tranquila.

## CONCLUSÃO

Este trabalho teve como interesse dar a conhecer até que ponto é que as crianças e jovens, que vivem em instituições de acolhimento, lidam com a sua sexualidade. Crianças em risco que foram abusadas, que foram negligenciadas, mal-tratadas, obrigadas a assistir a actos sexuais praticados por adultos de forma intencional, que previsivelmente irão desenvolver uma sexualidade distorcida.

Este artigo contou com o relato de três casos clínicos dentro da temática da sexualidade. Um primeiro caso sobre uma criança de seis anos com comportamento hipersexuais, que foi abusada na primeira infância; um segundo caso sobre uma jovem com comportamentos sexuais de risco, cuja sua infância foi passada dentro de um contexto prostituição e promiscuidade; e um terceiro caso sobre duas jovens, que partilham o mesmo quarto e, que iniciam a descoberta dos próprios corpos, fazendo uso de comportamentos homossexuais.

Verificamos que perante este cenário de risco que se observa em várias instituições de acolhimento temporário de crianças e jovens do sexo feminino, para além da formação dos agentes adultos que com elas convivem, quer na instituição quer nas escolas, nomeadamente para saber o que fazer perante os actos evidentes ou sugeridos de uma actividade sexual distorcida, deverá haver um acompanhamento técnico individual em psicoterapia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

<sup>i</sup> <http://www.casenet.org/library/abuse/overview.htm>

<sup>ii</sup> Paulino M. Abusadores Sexuais de Crianças – A verdade escondida. Parede: Prime Books; 2009.

<sup>iii</sup> Pagès-Poly M e Pagès J. Quando os adolescentes despertam para a sexualidade. Lisboa: Terramar; 1997.

<sup>iv</sup> Braconnier A. O Guia da Adolescência – primeiro volume. Lisboa: Prefácio; 1999.

<sup>v</sup> Galvão L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: Galvão L. Diaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec, Population Council; 1999.

<sup>vi</sup> HERA, Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: idéias para acção. HERA – Health, Empowerment, Rights & Accountability. [www.iwhc.org/hera](http://www.iwhc.org/hera); 1999.