

WLSA MOÇAMBIQUE

**VIOLAÇÃO SEXUAL DE MENORES:
ESTUDO DE CASO NA CIDADE DE
MAPUTO**

Relatório de Pesquisa

Conceição Osório

Com a colaboração de Edson Mussa

Maputo, 2011

FICHA TÉCNICA:

Título: Violação sexual de menores: estudo de caso na cidade de Maputo

Autora: Conceição Osório

Assistente de Investigação: Edson Mussa

Editor: WLSA Moçambique

Capa: Diana Manhiça (Zoom)

Composição gráfica: WLSA Moçambique

Revisão linguística: Bertina Oliveira

Nº do Registo: 7162/RLIND/2011

Impressão: CIEDIMA, SARL

ISBN: 978-989-96871-1-0

Nº de exemplares: 500

A WLSA Moçambique é financiada pela Embaixada do Reino dos Países Baixos, OXFAM, OXFAM Canadá, HIVOS, MASC, Programa AGIR

Website: www.wlsa.org.mz

Maputo, 2011

Agradecimentos

Agradecemos a todas e todos os que, nas Instituições do Estado e nas Organizações da Sociedade Civil, contribuíram para a realização deste trabalho.

Um agradecimento especial para a mãe de Linda que, mesmo vivendo num inominável sofrimento, nos deu uma lição de vida e persistência.

Siglas e Acrónimos

ARES	Associação Reconstruindo a Esperança
ADDC	Associação dos Defensores dos Direitos das Crianças
AMMCJ	Associação das Mulheres Moçambicanas de Carreira Jurídica
ACORD	Agência de Cooperação e Pesquisa para o Desenvolvimento
CDC	Convenção dos Direitos da Criança
CP	Código Penal
CNAC	Conselho Nacional para os Direitos das Crianças
CERPIJ	Centro de Reabilitação Psicológica Infanto- Juvenil
EDMINT	Plano Estratégico do Ministério do Interior
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
FORCOM	Fórum das Rádios Comunitárias de Moçambique
HCM	Hospital Central de Maputo
ITS	Infecção por Transmissão Sexual
HIV	Vírus de Imunodeficiência Adquirida
IPAJ	Instituto de Patrocínio e Assistência Jurídica
LDH	Liga dos Direitos Humanos
LFC	Linha Fala Criança
MINT	Ministério do Interior
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MISAU	Ministério da Saúde
MISA	Media Institute for Southern Africa
MMAS	Ministério da Mulher e Acção Social
MULEIDE	Mulher, Lei e Desenvolvimento
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OSCs	Organizações da Sociedade Civil

OMM	Organização da Mulher Moçambicana
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONP	Organização Nacional dos Professores
PACOV	Plano de Acção para as Crianças Órfãs e Vulneráveis
PESS	Plano Económico e Social para o Sector da Saúde
PIC	Polícia de Investigação Criminal
PNAC	Plano Nacional de Acção Para a Criança
ROSC	Fórum da Sociedade Civil para os Direitos da Criança
REDE CAME	Rede Contra o Abuso de Crianças
SAAJ	Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens
SADC	Southern African Development Community
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
UNICEF	Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças
WLSA	Women and Law in Southern Africa Research and Education Trust

Índice

Introdução	11
1.Objectivos da pesquisa	15
2.Metodologia	17
3. A literatura	27
4.Legislação sobre Direitos das Crianças.....	51
5.Violação sexual de menores: representações e práticas familiares e institucionais.....	89
5.1. A estatística e a articulação intra e interinstitucional.....	90
5.2. Caracterização e percepções sobre a violação sexual e enquadramento legal: os diferentes pontos de vista e implicações	102
5.3. Atendimento e articulação: fluxo e constrangimentos	116
6.A História de Linda: entre o discurso e a prática	133
Conclusões	145
Recomendações	151
Bibliografia.....	155

Índice de Tabelas

Tabela 1: Entrevistas realizadas.....	20
Tabela 2: Códigos de denominação para o Ministério do Interior.....	20
Tabela 3: Códigos de denominação para o Ministério da Saúde.....	20
Tabela 4: Códigos de denominação para o Ministério da Mulher e da Acção Social.....	20
Tabela 5: Códigos de denominação para a Sociedade Civil.....	20
Tabela 6: População do Município de Maputo, 2007.....	22
Tabela 7: População por idade.....	23
Tabela 8: População da Cidade de Maputo por Faixa Etária	23
Tabela 9: Distribuição pelas diferentes Unidades Sanitárias.....	25
Tabela 10: Esquadras e Postos Policiais e sua jurisdição	26
Tabela 11: Registo da informação sobre violação sexual de menores de 12 anos na cidade de Maputo	96
Tabela 12: Casos de violação sexual reportados pelos serviços de Urgência de Ginecologia do HCM.....	98
Tabela 13: Casos de violação sexual reportados pela Medicina Legal do HCM	99
Tabela 14: Casos de violação sexual reportados pelos serviços de Pediatria do HCM	99

Tabela 15: Casos de violação sexual de crianças..... 100

Tabela 16: Número de casos de violação sexual recolhidos nas unidades sanitárias 100

Tabela 17: Número de casos recolhidos nas Organizações da Sociedade Civil..... 101

Introdução

A violação sexual de crianças tem sido objecto de diferentes e, por vezes, contraditórias perspectivas. A multidisciplinaridade do tema promove com frequência a departamentalização na análise da violação sexual. Isto é, se, por um lado, há uma íntima relação entre representações e práticas sociais e culturais sobre as manifestações e os graus diferenciados da violação sexual com a intervenção dos vários sectores no atendimento médico, policial e na administração da justiça, por outro lado, constata-se diferenças pronunciadas no modo como a violação sexual de crianças é abordada e “valorizada”. Esta situação, que gera dificuldades na realização de uma análise integrada do problema, é manifesta quando se constata a redução da violação sexual a uma perspectiva médico-legal, ocultando a sua visibilidade enquanto violação de direitos humanos.

Referimo-nos neste trabalho a três conjuntos de questões. O primeiro tem a ver com a definição de criança e de menor, e a idade que os define. Pela Convenção dos Direitos da Criança, pela Constituição da República e pela legislação aprovada, como a Lei da Família, considera-se que criança é todo o ser humano antes de completar os 18 anos. No entanto, se esta é a maioridade política, a maioridade civil é, segundo o Código Civil, de 21 anos, com algumas excepções previstas na lei. Por outro lado, o Código Penal, ao considerar a inimputabilidade criminal apenas para menores de 16 anos, cria incompatibilidades e alguma confusão na definição dos critérios do que é criança ou menor de idade, já que, para alguns fins, no que se refere à imputabilidade, os 18 anos são tomados como ponto de partida para a responsabilização, enquanto para outros são os 21 anos ou ainda os 16 anos.

Por outro lado, e no caso de Moçambique e da maioria dos países africanos, enfrentamos uma contínua violação dos direitos da criança, devido a práticas culturalmente aceites, como o “casamento” prematuro e a promessa de casamento¹. Esta cumplicidade com a violação de direitos não é apenas socialmente legitimada, mas continuamente silenciada pelo sistema da administração da justiça, onde, à revelia da legislação nacional, regional e internacional ratificada por Moçambique, apenas em situações excepcionais se assiste à sua penalização.

Se tivermos ainda em conta a moldura do actual Código Penal, que apenas considera a violação sexual como crime público quando cometida contra crianças menores de 12 anos, fica evidente a ausência de um padrão que defina claramente os conceitos de criança e de menor de idade, criando assim oportunidade para o incumprimento da lei, tanto por parte das famílias e das comunidades como das instâncias policiais e da justiça, responsáveis pela sua aplicação. A situação agrava-se se juntarmos a esta questão a noção de infância como um termo culturalmente utilizado para designar um estado de “irresponsabilidade” com consequências para a concepção da criança como sujeito de direitos.

A segunda questão que será abordada também neste trabalho tem a ver com a (in)definição dos conceitos de abuso e violação sexual e a sua articulação com violência.

Como distinguir violação sexual de abuso sexual? Como veremos mais adiante, não existe uma unanimidade de posições na literatura e também nas entrevistas ao grupo-alvo deste trabalho. A violação sexual tanto é tomada como sinónimo de abuso sexual como é

¹ Promessa de casamento é o compromisso assumido pela família de uma criança, muitas vezes recém-nascida, com um adulto que providencia as suas despesas até atingir a primeira menarca, altura em que lhe é entregue como “esposa”.

considerada apenas uma dimensão deste último conceito. O mesmo princípio existe no tratamento da violência sexual que é umas vezes confundida com abuso e outras com violação. A indefinição de conceitos permite interferências culturais na tomada de decisão e no enquadramento legal do crime de violação sexual e pode conduzir a uma diluição destes casos no conceito alargado de abuso, não permitindo a elaboração de informação estatística fidedigna.

Nesta pesquisa a violação será analisada como uma dimensão da violência sexual no quadro das relações de poder, que têm a ver com a idade e também com relações de género. Podendo a violação sexual ocorrer tanto com raparigas como com rapazes, fica claro pelos estudos realizados, que, no caso das meninas, estamos perante a naturalização da violência sexual intimamente relacionada com a construção das identidades de género (Saffioti, 1997). Quando se aceita que os ritos de iniciação sejam uma prática cultural a preservar e, com eles, por exemplo, a naturalização dos “casamentos” prematuros um elemento estruturante da ordem de género, não podemos deixar de considerar a violência sexual no contexto da violência de género. Isto não retira nem importância nem gravidade à violação sexual dos rapazes. O que fica claro é que esta, embora deva também ser observada no quadro das relações de poder, aparece, contudo, de forma muito visível como uma acção contranatura, ao contrário do que acontece com as meninas.

A terceira questão que mereceu alguma reflexão neste trabalho é a articulação intra e interinstitucional nos sectores da polícia e da saúde, ou seja, procurámos identificar o modo como as instituições concebem a violação sexual, tanto do ponto de vista formal e estratégico como na acção. Ao analisarmos a articulação interna e entre sectores, é nossa intenção evidenciar como e de que modo se estabelecem interpretações comuns e/ou diversas na identificação e/ou percepção da violação sexual como crime público e como isso se

pode reflectir na implementação dos mecanismos de atendimento e encaminhamento. Pretende-se, assim, reflectir sobre as dificuldades na aplicação de protocolos e legislação nos espaços vocacionados para o tratamento da violação sexual.

Neste estudo adoptámos o conceito de violação sexual numa perspectiva de violação de direitos humanos, procurando romper com o silêncio social e com o silêncio em que muitas crianças vivem e naturalizam as formas continuadas de violência sexual, principalmente quando ela se produz em contexto familiar.

Por outro lado, na pesquisa, a análise da violação sexual não é feita, fundamentalmente, através dos contextos da sua produção. Privilegiámos antes uma abordagem institucional, tendo como foco as políticas públicas e a aplicação da legislação. Tomámos como base a actual moldura penal para a consideração da violação sexual como crime público (crianças com menos de 12 anos), porque isso permite articular a aplicação da legislação com a realidade constatada no terreno e perceber, tal como referimos, de que modo as representações interferem no “julgamento” social e penal deste crime.

Para além da análise das políticas públicas e da legislação em vigor em Moçambique e de uma breve revisão da literatura, é dada neste estudo uma relevância particular às representações e práticas seguidas pelos actores que trabalham nas instituições de saúde, da polícia e nas organizações da sociedade civil que têm como objecto de trabalho a violação sexual de menores.

A introdução no texto de uma história de uma menina de seis anos violada no decorrer do trabalho de campo tem como intenção ilustrar os problemas no atendimento institucional de crianças violadas.

1. Objectivos da pesquisa

Os objectivos iniciais desta pesquisa consistiam essencialmente no levantamento estatístico dos casos de violação de menores nas organizações da sociedade civil, em algumas unidades sanitárias da cidade de Maputo e nas esquadras policiais de referência e na PIC (Polícia de Investigação Criminal), de modo a podermos correlacionar a informação nos vários espaços, identificar os problemas existentes com a recolha estatística e analisar o fluxograma dos casos de violação sexual de crianças.

Contudo, a diferença de critérios na classificação da violação sexual, incluindo divergências na definição das idades, a nível intra e interinstitucional, reflectindo-se na ausência de uma ficha única para registo, levou-nos a introduzir novos objectivos na pesquisa. Por outro lado, o secretismo dos sectores do Estado relativamente à informação sobre a estatística constrangeu o cumprimento dos objectivos previamente programados.

Assim, foram objectivos da pesquisa:

1. Analisar a legislação nacional e a legislação internacional ratificada por Moçambique, no contexto da violação sexual de menores.
2. Analisar as políticas públicas nos sectores da saúde e da polícia e os mecanismos institucionais de defesa dos direitos das crianças, no quadro da prevenção e penalização da violência sexual.

3. Identificar as áreas privilegiadas e as estratégias adoptadas pelas organizações da sociedade civil no combate à violação sexual de menores.
4. Analisar as representações e as práticas dos agentes de saúde, agentes policiais e activistas das organizações da sociedade civil no atendimento das vítimas de violação sexual (menores de 12 anos).

2. Metodologia

Tal como referimos, neste trabalho utiliza-se o conceito de violação sexual como dimensão da violência sexual na sua relação com a violência estrutural que caracteriza a situação de anomia (no sentido Durkheimiano) que se vive actualmente no país, na qual a ordem social está em permanente desagregação/reconstrução, com manifestações súbitas e inesperadas de decomposição de valores estruturantes tanto ao nível do que se considera a cultura tradicional como da interferência da modernidade na construção de um novo normativo social. É neste contexto que se analisa a questão da violência sexual contra crianças numa perspectiva de género, que implica a existência de relações de poder, as quais, exercendo-se sobre ambos os sexos, são determinadas e determinam a existência de hierarquias de poder fundadoras da subalternidade patriarcal.

Por estas razões, não se considera operativo o conceito de abuso sexual porque ignora que o poder, mesmo com aparente consentimento da vítima (como se verifica, por exemplo, com o assédio sexual das meninas em contexto escolar), é o elemento estruturante da violência sexual (mesmo manifestando-se como contra poder), e que desse poder derivam todos os outros factores, como a sedução, que aparecendo, por vezes, sem conotação de dominação, traduzem na realidade uma vontade de controlo do corpo do “outro”. Distinguir abuso sexual de violência sexual permite, na verdade, a ocultação da violência sexual como elemento que regula as relações de dominação que se exercem com poder, mesmo quando a

naturalização da violência de género possa induzir o consentimento da vítima. Esta situação é mais clara quando se fala em violência sexual de crianças, principalmente no caso em que, como acontece em Moçambique (mais evidente nas zonas rurais), a socialização da criança se realiza por mimetismo, obediência e silêncios que a elucidam como não sujeito de direitos.

Dimensões da análise

Tendo como objecto de estudo a violação sexual de menores de 12 anos, este estudo com a duração de três meses, constitui um trabalho preliminar ao estudo principal sobre ritos de iniciação e passagem para a idade adulta².

Isto significa que a análise das percepções sobre violação sexual de crianças por parte de agentes institucionais e a identificação de como essas representações interferem na aplicação dos mecanismos e da legislação em vigor em Moçambique podem fornecer elementos que apoiem a elaboração das categorias e dimensões a ter em conta na pesquisa sobre ritos de iniciação.

No quadro a seguir, apresenta-se a representação gráfica das dimensões e dos indicadores da análise.

² Projecto de pesquisa da WLSA Moçambique, “Ritos de iniciação, ritos de passagem”, 2011-2013.

Quadro 1: Expressão gráfica das dimensões e dos indicadores

Dimensões	Indicadores
Representação da violência sexual	Diferenças entre caracterização de abuso, violência e violação sexual Causas da violação sexual de menores Formas de violação sexual, relação com a idade das vítimas e perfil dos agressores
Práticas	Lei, políticas públicas e mecanismos Denúncia da violação sexual: agentes e dificuldades na prossecução da queixa Atendimento, articulação e encaminhamento no seio dos sectores e organizações e entre estes Retorno dos casos atendidos
Informação	Critérios utilizados para a construção de um registo integrado Relação com a idade e o enquadramento no conceito de criança, do ponto de vista legal e da saúde

Como instrumentos da análise foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com guiões diferenciados para os agentes que actuam a nível do Estado e para os activistas das organizações da sociedade civil.

As tabelas a seguir apresentadas mostram a distribuição das entrevistas realizadas por sector e a organização e a codificação que lhes foi conferida.

Tabela 1: Entrevistas realizadas

Hospitais	8
Postos de Saúde	3
Ministério da Saúde	2
Esquadras	8
Ministério do Interior	2
Ministério da Mulher e da Acção Social	1
Organizações da Sociedade Civil	10
TOTAL	34

Tabela 2: Códigos de denominação para o Ministério do Interior

	Mulheres	Homens
Nível central	Francisca	-
Esquadras	Maria	Omar

Tabela 3: Códigos de denominação para o Ministério da Saúde

	Mulheres	Homens
Nível central	Isabel	-
Unidades Sanitárias	Joana	-
Direcção de Saúde da cidade de Maputo	Lúcia	-

Tabela 4: Códigos de denominação para o Ministério da Mulher e da Acção Social

	Mulheres	Homens
Nível central	Ana	-

Tabela 5: Códigos de denominação para a Sociedade Civil

Mulheres	Homens
Joaquina	João

Área e unidades espaciais de pesquisa e grupo-alvo

A cidade de Maputo constitui a área espacial deste estudo, pelo facto de ser um exemplo mediatizado de violação sexual de menores e

onde se iniciou recentemente a introdução de mecanismos de atendimento e articulação intra e inter institucional. Esta situação permitir-nos-á avaliar a aplicação desses mesmos mecanismos, identificando as suas fragilidades e os seus pontos fortes.

A selecção das unidades espaciais recaiu em centros de saúde, hospitais e esquadras da polícia de referência (particularmente dos Gabinetes de Atendimento das Mulheres e Crianças) que, pela sua abrangência, pudessem servir de indicativo do que se passa ao nível do atendimento da violação sexual de menores na cidade de Maputo.

As unidades sanitárias e as esquadras que constituíram o campo de análise foram:

- Centro de Saúde da Polana Caniço, Hospital de Mavalane, Hospital José Macamo e Hospital Central de Maputo.
- 5^a, 12^a, 14^a e 18^a esquadras e postos policiais localizados nas unidades sanitárias.

O grupo-alvo foi, para além dos agentes de saúde e policiais que realizam o atendimento das vítimas de violação sexual e dos activistas das organizações da sociedade civil, quadros a nível central que actuam na definição das políticas de combate à violência sexual.

A amostra

A Cidade de Maputo, situa-se a sul de Moçambique, tem uma superfície de 346,77 km² e uma população aproximada de 1.094.315 habitantes (Censo de 2007).



Figura 1: Mapa do Município de Maputo
 Fonte: INE, 2010

Tabela 6: População do Município de Maputo, 2007

Distritos Municipais	Totais	Homens	Mulheres
Distrito Municipal KaMpfumo	107.530	52.674	54.856
Distrito Municipal Kalhamankulu	155.385	76.450	78.935
Distrito Municipal KaMaxaquene	222.756	109.528	113.228
Distrito Municipal KaMavota	293.361	141.706	151.655
Distrito Municipal KaMubukwana	290.696	140.279	150.417
Distrito Municipal KaTembe	19.371	9.325	10.046
Distrito Municipal KaNyaka	5.216 2.	2.467	2.749
TOTAL DO MUNICÍPIO	1.094.315	532.429	561.886

Fonte: INE, resultados definitivos do III Recenseamento Geral da População e Habitação, 2007

Tabela 7: População por idade

0	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39
728,239	3,153,215	3,202,546	2,406,607	1,917,052	1,760,939	1,549,019	1,251,554	1,037,587
360,976	1,556,818	1,587,302	1,222,668	925,729	774,413	707,603	583,689	481,396
367,263	1,596,397	1,615,244	1,183,939	991,323	986,526	841,416	667,865	556,191
40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 +
755,605	649,896	514,520	402,668	299,703	241,634	153,617	116,460	111,362
366,518	321,236	231,232	194,011	140,146	113,840	72,288	55,448	51,377
389,087	328,660	283,288	208,657	159,557	127,794	81,329	61,012	59,985

Fonte: INE, resultados definitivos do III Recenseamento Geral da População e Habitação

Tabela 8: População da Cidade de Maputo por Faixa Etária

Grupos de idades	População			Estrutura Percentual		
	Ambos os sexos	Homens	Mulheres	Ambos os sexos	Homens	Mulheres
00 - 04	134.843	67.606	67.507	12,3	12,7	12,0
05 - 09	131.660	64.801	66.859	12,0	12,2	11,9
10 - 14	128.570	63.024	65.546	11,7	11,7	11,8
15 - 19	125.846	62.233	63.613	11,5	11,7	11,3
20 - 24	135.739	65.397	70.342	12,4	12,3	12,5
25 - 29	112.039	55.226	56.813	10,2	10,4	10,1
30 - 34	76.446	36.014	40.432	7,0	6,8	7,2
35 - 39	58.965	26.591	32.374	5,4	5,0	5,8
40 - 44	51.106	23.758	27.348	4,7	4,5	4,9
45 - 49	44.734	22.212	22.522	4,0	4,1	4,0
50 - 54	33.187	16.777	16.140	3,0	3,2	2,9
55 - 59	21.374	10.892	10.482	2,0	2,0	1,9
60 - 64	14.320	17.141	7.179	1,3	1,3	1,3
65 - 69	10.283	4.861	5.422	0,9	0,9	1,0
70 - 74	7.044	3.074	3.970	0,6	0,6	0,7
75 - 79	4.398	1.698	2.700	0,4	0,3	0,5
80 +	3.460	1.124	2.637	0,3	0,2	0,5

Fonte: INE, resultados definitivos do III Recenseamento Geral da População e Habitação, 2007

O Sistema de Saúde em Moçambique inclui o sector público e o sector privado com fins lucrativos. Destes, até agora, o sector público que se organiza através do Serviço Nacional de Saúde (SNS) constitui o principal prestador de serviços de saúde à escala nacional.

Hospitais e Postos de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) está organizado em quatro níveis de atenção. O nível primário (I) corresponde aos Postos e Centros de Saúde que têm como função executar a estratégia de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Estas Unidades Sanitárias constituem o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde. O Centro de Saúde, tendo sob sua responsabilidade a Saúde da População e do Ambiente, deve assegurar a cobertura sanitária de uma população dentro de uma zona geográfica bem definida pela Área de Saúde.

O nível secundário (II) é composto pelos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais que têm como função prestar Cuidados de Saúde Secundários e constituem o primeiro nível de referência para os doentes que não obtêm resposta nos Centros de Saúde.

O nível terciário (III) é composto pelos Hospitais Provinciais e constituem a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais bem como dos doentes provenientes de Hospitais Distritais e Centros de Saúde situados nas imediações do Hospital Provincial e que não têm Hospital Rural ou Geral para onde possam ser transferidos.

O nível quaternário (IV) é composto pelos Hospitais Centrais e constitui a referência para os doentes que não encontram soluções ao

nível dos Hospitais Provinciais, Distritais, Rurais e Gerais bem como para os provenientes de Hospitais Distritais e Centros de Saúde que se situam nas imediações do Hospital Provincial e que não têm nem Hospital Provincial, Rural ou Geral para onde possam ser transferidos. Neste nível situam-se também os Hospitais Especializados que prestam cuidados muito diferenciados de uma só especialidade. De referir que estes hospitais só podem ser criados quando se prova ser essa a forma mais eficaz de prestação de cuidados dessa especialidade.

Na tabela 9 são apresentadas as áreas de abrangência das Unidades Sanitárias e na tabela 10 a correspondência dos Bairros e das esquadras e postos policiais que foram objecto deste estudo.

Tabela 9: Distribuição pelas diferentes Unidades Sanitárias

HOSPITAL	ÁREA DE SAÚDE	BAIRROS	POPULAÇÃO
Hospital Geral de Mavalane	Hospital Geral de Mavalane	<i>Distrito Municipal KaMphumo</i> (Polana Cimento A, Sommerchild, Malhangalene A, Malhangalene B e Coop) <i>Distrito Municipal KaMaxakene</i> (Mafalala, Urbanização, Maxaquene A, B, C e D, Polana Caniço A e B) <i>Distrito Municipal KaMavota</i> (Mavalane A e B, FPLM, Hulene A e B, Ferroviário, Laulane, 3 de Fevereiro, Mahotas, Triunfo, Costa do Sol, Chiango, Romão e Albazine) <i>Distrito Municipal KaNyaka</i> (Ribylene, Inhanguane e Inguane)	628.863
	Centro de Saúde da Polana Caniço		
	Centro de Saúde da Inhaca		
	Centro de Saúde 1º de Maio,		
	Centro de Saúde 1º de Junho		
	Centro de Saúde da Polana		
	Centro de Saúde de Albazine		
	Centro de Saúde da Malhangalene		
	Centro de Saúde de Mavalane		
	Centro de Saúde do Hulene		
	Centro de Saúde de Romão		
	Centro de Saúde do		

	Bairro de Pescadores Centro de Saúde de Muchina Centro de Saúde de Chiango		
Hospital Geral José Macamo	Hospital Geral José Macamo Hospital Psiquiátrico de Infulene Centro de Saúde da Catembe Centro de Saúde José Macamo Centro de Saúde Bagamoyo Centro de Saúde de Zimpeto Centro de Saúde de Magoanine Tendas Centro de Saúde de Magoanine Mini Centro Centro de Saúde de Inhagoia Centro de Saúde de Incassane Centro de Saúde de Mutsécua	<i>Distrito Municipal KaMubukwane</i> (Luis Cabral, Jardim, Inhagoia A e B, Nsalene, 25 de Junho A e B, Bagamoyo, George Dimitrov, Malhazine. Magoanine A, B e C e Zimpeto) <i>Distrito KaTembe</i> (Guachene, Chali, Incassane, Chamissane e Inguide)	310.067

Tabela 10: Esquadras e Postos Policiais e sua jurisdição

Esquadra	Áreas de abrangência/ Bairros
5 ^a esquadra (HCM)	Cobre toda a cidade de Maputo
12 ^a esquadra	Maxaquene A, B, C e D, Urbanização, Polana Caniço A e B
14 ^a esquadra	Albazine, Mahotas, Mavalane A e B, Laulane, 3 de Fevereiro, Hulene A e B, Ferroviário
18 ^a esquadra	Lhanguene, Luis Cabral, Malanga
Posto Policial n°19	Polana Caniço B
Posto Policial de Polana Caniço	Polana Caniço A

3. A literatura

A literatura escrita em Moçambique sobre violação sexual de menores, do ponto de vista da relação entre idade, moldura penal e articulação intra e inter institucional, ou se encontra dispersa em textos parcelares que avaliam o estado da implementação da legislação e dos mecanismos institucionais, ou é demasiado abrangente no que respeita à discussão de várias dimensões enquadradas pela violência sexual. Raros são os trabalhos que têm como objecto a discussão dos conceitos adoptados, e mais raros ainda os que analisam as interferências das representações culturais nas práticas institucionais.

Neste capítulo iremos apenas referir algumas das questões conceptuais que nos parecem contribuir para a reflexão sobre a violência sexual na dimensão de violação sexual de crianças, nomeadamente, a ambiguidade contida no conceito de abuso sexual e sua classificação. Procuraremos demonstrar que a noção de abuso sexual utilizada por muitos autores não é (pela sua ambivalência) operativa, quando se trata de analisar a violência sexual cometida contra crianças.

Para além da literatura nacional existente sobre o assunto serão analisados alguns trabalhos realizados na região e no mundo.

A questão dos conceitos

Numa pesquisa sobre violência e abuso sexual de crianças, Bagnol (2004) procura reflectir sobre a relação entre violência e abuso sexual, fazendo referência às formas como a legislação distingue os dois conceitos. Não fica claro, no entanto, que conteúdos compõem os dois conceitos e quais os diferenciam.

Segundo a autora “o abuso sexual existe em várias formas, sendo este em troca de pagamento”, referindo-se à violação sexual como forma de abuso (Bagnol, 2004). Ora, mais uma vez nos parece que, como querem vários autores, o abuso sexual abarca um conjunto diferenciado de manifestações de violência contra as crianças, permitindo uma interpretação (ao distinguir abuso de violência sexual) que dilui o carácter violento do abuso e, mais do que isso, oculta a estrutura das relações sociais que têm o poder como núcleo. Se, por exemplo, tomarmos em conta as percepções sociais dos casamentos prematuros, fica evidente que, com o argumento do “consentimento” da vítima (no sentido indicado pelo trabalho que temos vindo a referir), estamos perante uma forma de abuso que pode não implicar violação. No entanto, o que existe nas uniões forçadas de crianças com adultos é uma forma de violência sexual no contexto da violência de género. Bagnol descreve ainda as variáveis que determinam e condicionam a condenação do abuso sexual, identificando o pagamento de uma multa ou o casamento como forma de anular o crime.

Seguindo a mesma linha, um outro trabalho refere situações semelhantes, como se pode constatar pela transcrição da fala de um dos entrevistados: “Nalgumas zonas, o abuso sexual está sendo visto como uma ampliação das tradições. Aplicar para eles essa linguagem de abuso sexual é quase uma agressão, porque para eles o abuso sexual não é problema, problema é quando a menina não casar. Se um pai tem uma filha de 12, 13, 14, 15 anos de idade, se aparecer um

homem que quer casar com ela, o pai diz ‘tudo bem’, porque a honra e a dignidade das suas tradições foram preservadas” (Collet, 2010).

A escola e a casa são consideradas os espaços em que o abuso sexual é mais frequentemente perpetrado, seja sob a forma de assédio (nas escolas), seja por razões que têm a ver com novos mitos (enriquecimento familiar), com as dívidas e com o já identificado “casamento” prematuro.

O abandono da escola, principalmente pelas alunas, pode indiciar práticas de violência sexual aí desenvolvidas, como o assédio e a violação sexual, e pode também traduzir formas mais subtis de violência na família, manifesta na divisão de trabalho na casa, na ritualização (silenciosa ou não) para a conformação de papéis subalternos. A transferência desses papéis para a escola através da construção de modelos de dominação, desenvolvidos anteriormente no seio familiar, gera oportunidades para a produção da violência nas escolas. Uma auscultação realizada pelo MEC junto das Unidades de Género (Ministério de Educação e Cultura, 2008), em cinco províncias do país, mostrou que 70% dos membros deste sector e das alunas entrevistadas afirmaram que, nas escolas, muitos professores assediam e abusam sexualmente das alunas e que muitos desses casos resultam em gravidez. Também neste relatório é mencionada a existência da “promessa de casamento” que provoca o abandono da escola e a entrega das meninas aos homens logo que a primeira menarca tem lugar. No entanto, existe um penoso silêncio que encobre os casos de violência sexual, não tendo sido ainda possível elaborar informação estatística sobre o assunto nem desencadear medidas punitivas. Mais uma vez é interessante constatar a impunidade destes casos e a cumplicidade das famílias.

O relatório do MEC descreve ainda situações em que a vítima não denuncia a violação por medo de ser estigmatizada pela família e pela comunidade, estigma esse que só desaparece quando o agressor casa

ou vive em união de facto com a rapariga. Isto é, a violação e os traumas daí advindos são agravados com a obrigação social/cultural que a vítima tem de aceitar partilhar a casa com o seu violador, ocultando-se e despenalizando a prática do crime. Estes casos resultam de representações culturais que legitimam a inexistência de violência ou violação sexual, desde que exista uma compensação. Tal como temos vindo a referenciar, a construção das identidades de género é percorrida por uma relação de poder permissiva à violação de direitos humanos. Ao não se abordar a violência sexual com uma abordagem de género, continua-se a naturalizar (como aliás o texto explícita, por exemplo, através da caracterização do violador como uma pessoa “normal”) a violência sexual exercida sobre as jovens numa lógica de dominação patriarcal.

Tal como outra literatura, este relatório evidencia que “existe uma falta de clareza entre os conceitos de assédio e abuso sexual, salvo quando este resulta em gravidez” (MEC, 2008:9). Esta situação que poderia ser resolvida, pelo menos do ponto de vista de conhecimento da realidade, com a elaboração de um conceito de violência sexual que incluísse todas as suas dimensões, continua a permitir, como aliás é referido pelo relatório que temos vindo a mencionar, que as autoridades policiais aceitem a retirada da queixa por parte dos familiares, considerando que, no actual Código Penal em vigor em Moçambique, não existe a figura de abuso sexual.

Um outro trabalho que debateremos mais adiante analisa detalhadamente a situação dos direitos da criança em Moçambique (Rede Criança, 2009) e chama a atenção para a possibilidade de violação de direitos da criança, considerando que a lei moçambicana define a responsabilização criminal para crianças entre os 16 e os 18 anos, contrariando, assim, a Convenção dos Direitos da Criança que estabelece o limite até aos 18 anos. Referindo-se expressamente à violação sexual de crianças, o relatório identifica-a como uma das

dimensões mais visíveis da violação dos direitos das crianças, mas, tal como nos outros estudos, não se estabelece uma conceptualização de abuso sexual, permitindo, assim, a construção de uma diversidade de situações que não ajudam a analisar a realidade.

Uma pesquisa sobre “casamentos” prematuros põe em evidência a estrutura familiar e social que os promove. Referindo-se aos factores que motivam a existência desses casamentos, o texto menciona “o interesse das raparigas em se tornarem económica e socialmente independentes” e ainda “o aparente interesse das raparigas pelo casamento pode estar relacionado com o facto da integração do indivíduo na vida adulta ter como referência eventos fisiológicos e culturais...” (Nhantumbo et al. 2009:13).

No entanto, a constatação de que os interesses da rapariga em aceder a recursos podem ser uma das razões que explica a existência de casamentos prematuros deve ser realizada, na nossa opinião, no contexto das relações sociais de género que configuram como natural a construção de novas dependências. Isto significa que as uniões forçadas de crianças com adultos geram, apenas aparentemente, o acesso das raparigas a mais recursos, porque, na realidade, recursos como a terra, o ter filhos e deles cuidar são parte da construção de uma identidade de género marcada pela subalternidade.

Considerando que a passagem para a idade adulta através do casamento prematuro é uma forma de manter a ordem patriarcal, ou seja, de limitar os direitos das raparigas e mulheres a uma estrutura e hierarquia que tem como componente principal o poder, constata-se que o aparente carácter emancipatório e de passagem à idade adulta, contido neste tipo de união, serve, fundamentalmente, para manter e reproduzir a dominação masculina. Definir o casamento prematuro como uma “estratégia de emancipação económica e social da rapariga” parece-nos um erro, primeiro, porque esta união não implica um consentimento, mesmo quando aparece como tal (por

força da construção das identidades sociais femininas e masculinas no contexto familiar) e segundo, porque significa na realidade a manutenção de mecanismos de solidariedade inter ou intrafamiliar suportados pela violação de direitos. Ao ignorar que a manutenção de uma “paz” comunitária e familiar se realiza pela submissão dos indivíduos a uma estrutura hierarquizada em função do sexo e da idade e, ao não ter em conta as mudanças que se estão a produzir nessa estrutura, constrange-se a observação da realidade a uma estabilidade fatalista da subalternidade feminina.

A mesma questão se coloca, e carece de reflexão, quando se perspectiva a violência sexual no contexto da violação dos direitos humanos e se ensaiam tentativas de constranger o seu exercício ao modelo cultural. A relativização dos direitos em função da cultura ou a procura de compromissos resultam quase sempre na manutenção de uma estrutura de dominação, cuja fonte de legitimação reside numa tradição que procura reproduzir-se através da renovação e/ou recuperação de hierarquias e valores restritivos de direitos. Há, contudo, estudos (Osório e Silva, 2008, 2009) que mostram sinais de que as estruturas de género que se querem culturalmente justificadas por um modelo inamovível estão em constante mudança, registando-se já sinais de ruptura e contestação. Quando em alguns locais da província de Manica muitas crianças abandonam as suas casas para fugir à entrega ao homem a quem foram prometidas, ou quando em Nampula e noutros locais da zona centro e norte, lideranças e famílias afirmam criticamente que “agora elas e eles casam na rua” mostram inequivocamente que existem alterações na ordem de género que os investigadores e os fazedores de políticas devem aprofundar e ter em conta na definição das estratégias. São estas práticas que podem servir de base a uma reflexão e a um debate alargado que desoculte as novas realidades e que estimule a elaboração de políticas contraculturais.

Com o fim de se evitar a ambiguidade na análise do “casamento” prematuro como parte constitutiva de uma ordem social determinada, seria interessante inscrevê-lo numa estrutura de gênero que tenha nos rituais de iniciação um momento culminante. Nesta mesma ordem de ideias, discutir práticas socializadoras traumatizantes como o *puxa puxa*³, que deve ser entendido como uma forma de mutilação simbólica, reduzindo o corpo da rapariga ao “serviço” sexual, poderia contribuir para romper com a cumplicidade confortável em que vivemos. Este trabalho permitiria não apenas desconstruir o papel dos ritos na formatação de identidades de gênero, mas definir estratégias que tenham como alvo o acesso e o exercício dos direitos humanos.

Considerando “criança como categoria social e infância como espaço de actuação dessa categoria” (Nhantumbo, 2009:20), o trabalho que temos vindo a referir, debate, de forma muito interessante, as incompatibilidades existentes entre a concepção sociocultural de criança e a definição adoptada na legislação. Recorrendo ao “casamento” prematuro como exemplo, o texto informa que, do ponto de vista cultural, o que define criança é a dependência e a obediência aos familiares, sem possibilidades de negociação. Isto significa que a criança é um não sujeito de direitos, preparando-se através dos mecanismos de socialização que têm lugar na família e na comunidade (principalmente no que às raparigas diz respeito) para uma passagem de sujeito sem direitos para sujeito com direitos limitados pela estrutura de género. A conformação (e até a adesão) das raparigas à violência e à violação sexual expressa no “casamento prematuro”, oculta uma realidade cultural fundada na discriminação e na exclusão de direitos.

³ O *puxa puxa* é uma prática ritual que se caracteriza pelo alongamento dos lábios menores da vagina e se insere no processo iniciático da sexualidade feminina. Esta prática é caracterizada pela OMS como o 4º nível de Mutilação Genital.

Tendo como objectivo analisar o papel dos *media* tanto na divulgação de manifestações de violência contra crianças como na advocacia dos seus direitos, o MISA Moçambique realizou um trabalho de observação da cobertura da imprensa escrita no país sobre este tema (MISA, 2008).

No que se refere à violência sexual de crianças, o estudo evidencia que a violação sexual raramente é objecto de denúncia, mantendo-se a impunidade dos agressores, principalmente quando ocorre no seio familiar e escolar. Por outro lado, o trabalho revela que os artigos que descrevem o abuso sexual contra crianças, privilegiam os espaços públicos, conferindo pouco destaque aos que são perpetrados em contexto familiar e que, as reportagens, objecto desta pesquisa, limitando-se a relatar os factos, não fazem enquadramento legal dos mesmos nem advogam a favor da penalização dos agressores. A ausência de abordagem crítica por parte dos *media* e a falta de referências aos mecanismos protectores dos direitos das crianças contribuem para alimentar o silêncio social e desagrar a violação dos direitos das crianças. Salientem-se, como muito importantes para a protecção destes direitos, as recomendações feitas pelos autores, principalmente no que respeita “à necessidade de incluir uma abordagem de género na cobertura de assuntos relacionados com a protecção da criança” e de divulgar a violência contra crianças numa perspectiva de direitos humanos, contribuindo para o seu sancionamento social e legal (MISA, 2008:35).

Um outro estudo, cujo objectivo é a análise da literatura produzida em Moçambique sobre violência contra menores, analisa numa perspectiva multidisciplinar a situação actual sobre os direitos humanos das crianças (FDC, 2008). O abuso sexual é entendido, tal como constatámos noutras pesquisas, num sentido mais alargado abrangendo diferentes manifestações que têm o corpo sexuado como alvo. Considerando o abuso sexual intrafamiliar como o mais

comum, o estudo revela que, muitas vezes, este é secundado pelo abuso sexual nas escolas, sendo as raparigas o grupo mais atingido. Mais uma vez estamos perante uma grande ambiguidade conceptual, pois se, por um lado, a amplitude na definição de abuso sexual implica que toda e qualquer forma de ofensa tendo como alvo o sexo cabe dentro dessa definição, por outro lado, quando se analisa a prática do abuso sexual ele aparece sempre relacionado com violência ou mesmo com violação sexual. Estas dificuldades não se colocam apenas no campo teórico, mas na definição de políticas e mecanismos de combate à violência sexual, como se constata pela afirmação "o abuso sexual contra menores ocorre também a nível da comunidade sob forma de violação entendida como forma de violência onde um indivíduo força outro a ter relações sexuais contra a vontade dessa pessoa" (FDC, 2008:19). Como teremos também oportunidade de analisar, algumas pessoas por nós entrevistadas representam, do ponto de vista do senso comum, o abuso sexual (demasiado amplificado e confuso) com consequências na aplicação arbitrária ao nível da legislação. A não identificação de abuso sexual com violência sexual permite a consideração de que pode haver abuso sexual de menores sem violência, isto é, que, em certas circunstâncias, o abuso ocorre com o consentimento da vítima. Parece-nos que subjaz nesta ideia uma concepção de que a sedução e a conformação da vítima à violência alienam a questão principal que é o facto de, subjacente aos contextos em que o abuso se produz, estar sempre presente uma relação de poder que pode conduzir ao silêncio e ao prolongamento "pacífico" e "passivo" da violência. Esta questão é tão mais importante, quanto se reconhece que a maioria das vítimas de abuso sexual são raparigas, socializadas para o serviço do "outro", ou seja, identitariamente construídas para a subordinação.

Algumas das dificuldades que temos vindo a constatar na utilização de conceitos quando aplicados a situações particulares de violência

sexual ficam claramente expressas numa pesquisa realizada na província de Tete (Collet, 2010). Em primeiro lugar é levantado o problema da não correspondência do termo violência sexual nas línguas locais, o que pode condicionar o conhecimento da realidade, se não houver um entendimento prévio entre investigadores e fazedores de políticas públicas. Também neste trabalho não fica claro o que é abuso sexual pois, ao identificá-lo “como tipo de violação sexual” (Collet, 2010:3), pode induzir à compreensão de que existem várias formas de violação sexual, com graus diferenciados de gravidade e sancionamento. A ambiguidade existente entre os termos violência sexual e abuso sexual e a arbitrariedade na sua utilização ficam resolvidas se se tiver em conta a definição de violência sexual produzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - “violência sexual é qualquer acto sexual, tentativa de acto sexual, comentários ou acções sexuais não consentidas, ou acto para traficar ou acção coerciva contra a sexualidade de uma pessoa, por qualquer pessoa, independentemente do relacionamento com a vítima, em qualquer espaço, incluindo, mas não limitado ao domicílio e local de trabalho”⁴. Esta posição surge em contradição com definições que a autora que temos vindo a citar retira de outras pesquisas realizadas no país, como, por exemplo, quando afirma que Matavele⁵ “define o abuso sexual de menores como o envolvimento de uma criança em qualquer acto ou actividade sexual com um adulto ou crianças mais velhas, que ocorre antes da idade ou consentimento reconhecido legalmente” (Collet, 2010).

A ambivalência na caracterização entre abuso sexual e violência sexual existe também nas percepções das pessoas entrevistadas pela

⁴ Tradução realizada por Angela Collet de Krug EG et al. (2002). *World Report on Violence and Health*, Chapter 6. WHO, 2002.

⁵ Matavel et al. (2005). Relatório do estudo sobre o abuso sexual das raparigas nas escolas moçambicanas. Maputo: Save The Children, CARE, MEC, Rede CAME/FDC.

referida autora como se pode constatar: “no grupo focal com as alunas da Escola Secundária de Moatize a definição dada foi a de que existe violência sexual e abuso sexual, então violência sexual é todo o acto envolvido com a relação sexual que se faz entre maior de idade, ao passo que abuso sexual é o acto que se faz entre o maior e o menor” e ainda “(...) violência sexual é fazer a relação sexual sem que a outra parte queira, não só, como também fazer relação sexual com um indivíduo com uma idade menor” (Collet, 2010: 22).

O estudo evidencia ainda, através das falas de pessoas que trabalham no sector de saúde, no sector judicial e nas organizações da sociedade civil, diferenças pronunciadas entre a caracterização de violência sexual e violação sexual, nomeadamente na necessidade ou não de haver cópula.

O abuso sexual na literatura internacional: África Oriental, dois casos paradigmáticos

Na África subsariana algumas das pesquisas mais recentes procuram analisar a violação sexual de menores na sua relação com o quadro legal e com os mecanismos institucionais de defesa dos direitos humanos. Neste contexto são questionadas as estratégias de prevenção e combate à violência sexual.

No que se refere a um trabalho realizado no Quênia (ACORD, 2010), os autores constataam que, embora a Constituição queniana esteja de acordo com a definição de violência dada na Declaração de Beijing e na Plataforma para Acção, o sistema de justiça mantém-se insensível, sendo esta situação expressa na fragilidade da polícia e dos tribunais em investigar os casos de violação sexual. Por outro lado, o governo mostra-se negligente em aprovar instrumentos legais e administrativos para a protecção das vítimas de violação sexual,

apesar de o país ter ratificado instrumentos internacionais que protegem e condenam a violação sexual. O facto de estes instrumentos não terem sido domesticados surge como argumento para a sua não aplicação.

O mesmo estudo refere ainda que a situação de conflito vivida no Quênia conduziu a que a violação sexual atingisse níveis preocupantes, agravando-se pelo enfraquecimento das instituições legais de protecção dos direitos humanos (ACORD, 2010).

No que se refere ao sistema de administração da justiça, existem neste país os sistemas de justiça tradicional informal e o legal formal. As disputas nas comunidades rurais continuam a ser reguladas pelas instâncias informais, seja pela ausência de estruturas formais locais, seja pela influência de um modelo de justiça que aparece aos olhos dos cidadãos como mais rápido e com poucos custos. A legitimidade do sistema informal de justiça tem permitido, por exemplo, que casos de violação sexual sejam dirimidos através do pagamento de uma multa. Embora as vítimas e os seus familiares possam recorrer aos tribunais formais, a verdade é que mesmo os agentes de justiça reflectem na sua actuação as práticas tradicionais de regulação de conflitos. Deste modo, embora existam leis que orientam o tratamento a dar a casos de violação sexual, os agentes policiais, sob o argumento da severidade das penas, não as aplicam, sendo que muitos desses casos são geralmente retirados devido à inexistência de provas e outros são resolvidos nas esquadras, sem bases legais, acabando sempre pela soltura do agressor a troco de dinheiro.

A mesma situação acontece nos gabinetes especializados no atendimento das mulheres e crianças existentes nas esquadras onde as vítimas são ridicularizadas e intimidadas. No que se refere aos tribunais constata-se que, neste país, a violação sexual é sancionada com uma pena 15 anos de prisão no caso em que a vítima é menor. A contaminação deliberada do HIV durante a violação sexual constitui

uma agravante. Contudo, apesar disso, muitos processos não concluídos, a vítima e as testemunhas desaparecem (enquanto o processo está a decorrer) ou pedem clemência para o agressor, apelando para a aplicação das medidas segundo os usos e costumes. Para além destes constrangimentos devido à permeabilidade dos tribunais, o tratamento dos casos são muito morosos. As vítimas devem pagar às testemunhas para irem ao tribunal, se quiserem ter algumas possibilidades de que o caso não avance.

Por outro lado, os tribunais quenianos são relutantes em aplicar o que está definido pelos instrumentos internacionais que o País ratificou com o argumento de que isso ainda não faz parte do regime das leis locais.

Tal como acontece em Moçambique, como teremos oportunidade de evidenciar mais à frente, também no Quênia existe um sistema de protocolo a seguir pelos serviços de saúde cuja aplicação é ainda muito deficiente, dependendo da sensibilização dos agentes de saúde e do conhecimento das vítimas sobre os necessários procedimentos a serem seguidos. Esta situação dificulta a articulação com as instâncias formais de justiça, deixando impune a maioria dos casos de violação sexual.

Um outro trabalho realizado no Uganda (ACORD, 2010) mostra que a ausência de um acordo sobre a definição de violência sexual permite que cada investigador ou agente institucional e activistas da sociedade civil façam uma utilização arbitrária com implicações no atendimento e sancionamento. Neste trabalho, o termo violência sexual é usado para representar qualquer tipo de comportamento sexual que se assemelhe a abuso sexual, agressão sexual, assédio sexual e voyeurismo. O termo violência baseada no género é amplamente usado como sinónimo de violência contra as mulheres.

Tal como no Quênia, existe no Uganda o sistema de pluralismo jurídico embora haja um aparato legal para tratamento dos casos de violência e violação sexual. A questão coloca-se na deficiência do sistema e no facto de a maioria da população rural recorrer às instâncias informais que se orientam pelo modelo patriarcal na avaliação dos casos.

A administração da justiça é exercida a vários níveis, onde se incluem a polícia, o Ministério Público, os médicos legistas e os tribunais. O problema começa quando a vítima decide reportar o crime. Se pretenderem ir à polícia, é frequente que as vítimas tenham de percorrer longas distâncias até à esquadra mais próxima. Mas, mesmo que, por acaso, esta seja próxima do seu local de residência ou dos espaços onde o crime foi cometido, muitas vezes os agentes não possuem suficiente formação para lidar com casos de violência sexual, nem habilidades específicas para atender as vítimas (geralmente traumatizadas), nem conhecimento do quadro jurídico-legal. Por outro lado, em muito locais, as esquadras estão mal equipadas e solicitam dinheiro e meio de transporte às vítimas para se deslocarem ao local do crime ou para deterem o agressor.

A prova de evidência resulta num relatório policial sem qualquer suporte médico específico para as vítimas de violência sexual, tendo estas, ainda, de suportar custos adicionais para obterem o relatório médico. Este documento requer uma assinatura e dados do médico. Contudo, estes recusam-se a assiná-lo para não serem chamados a depor em tribunal, fazendo-o somente a troco de dinheiro. Assim sendo, o resultado que chega ao Ministério Público é geralmente inadequado e muitos processos são arquivados por falta de provas.

Se o caso avança, encontra constrangimentos como a demora, a corrupção e os altos custos judiciais para a vítima. Depois de 360 dias sem julgamento, os suspeitos devem ser soltos.

Alguns exemplos de pesquisas realizadas internacionalmente: conceitos e contextos

A ambiguidade na definição e na classificação de abuso sexual de menores é objecto de questionamentos a nível epistemológico por parte de um conjunto importante de pesquisadores. Neste sentido, Amazarray e Koller (1998) descrevem as diferenças, nalguns casos muito pronunciadas, entre vários autores, sobre abuso sexual de menores. É assim que autores como Cristoffel, Scheldt, Agran, Kraus, McLoughlin e Paulson (1992)⁶ incluem no conceito de abuso um amplo conjunto de manifestações que vão desde negligência à violência física. Outros como Watson (1994)⁷ descrevem “abuso sexual como qualquer actividade ou interacção onde a intenção é estimular e controlar a sexualidade da criança” (Amazarray, 1998:2). Um outro estudioso citado nesta pesquisa (Kutson, 1995)⁸ refere-se aos problemas criados pela indefinição e amplitude do abuso sexual, afirmando que este “não se deve limitar à actividade ou ao acto em si, mas deve envolver também as interacções que até podem ser verbais (...) e que a diferença de idade não deve ser a principal exigência para o diagnóstico, visto que é a relação de poder estabelecida entre abusador e vítima que caracteriza essa interacção” (Amazarray, 1998:3). Neste texto são ainda feitas referências à equiparação de abuso sexual com incesto e de estupro com violação sexual no contexto extrafamiliar. Esta multiplicidade de categorias e dimensões na caracterização de violência/abuso sexual impede o registo

⁶ Christoffel, K. et all (1992). *Standard definition for childhood injury research*. Washington, DC: NICHO.

⁷ Watson, K. (1994). *Substitute care providers: Helping abused and neglected children*. Washington, DC: National Center on Child Abuse and Neglected.

⁸ Kutson, J.F. (1995). Psychological characteristics of maltreated children. Putative risk factors and consequences. *Annual review of Psychology*, 46, 401-431.

rigoroso de dados, incluindo a clarificação entre contextos de produção da violência e definição de perfis das vítimas e dos agressores. Esta situação também comprovada na nossa pesquisa, não permite o reconhecimento integrado do problema, conduzindo à sua desvalorização e invisibilidade.

Sobre a violência sexual no mundo, Amazarray e Koller referem que “o silêncio perdoa o agressor e reforça o seu poder sobre a vítima. O agressor não percebe a vítima como uma pessoa mas como um objecto destituído de sentimentos e direitos” (Amazarray, 1998:1). Isto também se constata em Moçambique, onde a educação pela obediência e o não questionamento de rituais violentos promovem o silêncio das vítimas, principalmente quando a violação sexual é cometida no seio da família, dessa mesma família que as deve proteger e de quem dependem. Nesta ordem de ideias as mesmas autoras, referindo-se a diferentes realidades no mundo, afirmam, citando Kaplan e Sadok (1990)⁹, que a vergonha, a culpa e a tolerância da vítima, combinadas com a “relutância de alguns profissionais em reconhecer e relatar o abuso sexual, a insistência dos tribunais em regras estritas de evidência e o medo, por parte das famílias, da dissolução das mesmas (...)” desincentivam a denúncia (Amazarray, 1998:5).

As terríveis consequências do abuso sexual nas crianças exigem a formação de equipas multidisciplinares para evitar o agravamento dos danos psicológicos cometidos pelos agentes da justiça e da saúde. Estes últimos, tal como veremos nesta pesquisa, ao não denunciarem a violação sexual, estão, na realidade, a contribuir não só para a perpetuação da mesma mas, sobretudo, para criar na vítima um sentimento de culpa e legitimação da agressão. Por outro lado, a inexistência de sinais exteriores de violação consumada e de trauma

⁹ Kaplan, H. I. e Sadock, B.J. (1990). *Compêndio de Psiquiatria*. (2ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

não significa que fortes danos não tenham atingido a criança. Retomaremos esta questão na análise das entrevistas em que fica clara a forma displicente e negligente com que alguns observam e tratam a violação sexual de crianças na cidade de Maputo.

Um estudo sobre abuso sexual de crianças sob a forma de incesto, mostra que mais de 95% dos violadores são homens, tendo sido identificado pela autora um conjunto de efeitos negativos entre os quais se destacam: “transtorno de stress pós-traumático, desequilíbrio relacional contínuo e elevado risco de incesto intergeracional” (Nunan, 1998:20). Para outros autores, principalmente no contexto intrafamiliar, o abuso (entendido no sentido de violência sexual contra crianças) é, por vezes, de muito difícil comprovação, prolongado no tempo e constituindo um segredo familiar, levando, na maior parte dos casos, à sua banalização (Araújo, 2002). O rompimento com o pacto do silêncio familiar e a denúncia obrigariam a desconstruir os papéis de género e a pôr em causa o dominador, aquele a quem foi conferido o poder de impor regras e de definir o bem e o mal. Esta é a principal causa da ocultação da violência sexual exercida contra menores no seio da família. Neste trabalho é indicado que numa pesquisa realizada por Saffioti em São Paulo, Brasil, em 1997, “71,5% dos agressores eram pais biológicos e 11,1%, padrastos. Portanto, pai e padrasto foram responsáveis por 82,6% do total de abusos sexuais” (Saffioti, 1997:183).

Num trabalho sobre famílias onde foi perpetrada violência sexual em crianças, Penso et al (2002) analisam o abuso sexual de menores como uma forma de violência caracterizada pela existência de uma relação sexual determinada por um poder desigual, “compreendendo um modo particular de significação para cada um dos envolvidos (...). A vítima, enquanto criança/adolescente, assume uma posição submissa e é incapaz de compreender totalmente a natureza desta

relação no contexto de tantas outras que mantém com os seus progenitores e/ou cuidadores. Por sua vez, o autor do abuso utiliza-se da confiança e da dependência do dominado para se apoderar da sua sexualidade” (2009:143).

Recorrendo a Saffioti (2001)¹⁰, Penso et all afirmam que a dominação masculina é estruturante de uma ordem social que submete funções e papéis a um modelo que não é só androcêntrico mas também adulcêntrico, combinando a submissão de gênero com a submissão geracional. É neste sentido que referem que “a relação de submissão de uma mulher ao poder masculino violento está conectada, em alguma medida, à submissão ao poder masculino violento genérico de um pai sobre sua filha, de seu próprio pai sobre ela mesma e do genitor de sua filha sobre a sua própria criança” (2009:150). Isto significa que a mulher, ao silenciar a agressão do parceiro à sua filha, cumpre um mandato inscrito no modelo patriarcal.

No caso de Moçambique quando alguns pesquisadores, dirigentes ou fazedores de opinião pública apelam à interacção pacífica entre cultura, tradição e direitos humanos, recorrendo à especificidade de uma identidade local para despenalizar, ocultar ou conciliar interesses culturais com medidas legais (não tendo em conta que a violação de direitos se inscreve num modelo global androcrático) estão, na realidade, a estimular a permanência das crianças deste país como não sujeitos de direitos.

¹⁰ Saffioti, HI B (2001). Contribuições Feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*,16, 115-136.

Não se pode olvidar, principalmente no contexto familiar, que a violação sexual contra crianças deve ser vista no quadro desta mesma tradição cultural que naturaliza a dominação do pai, do tio, do padrasto ou do irmão, numa situação em que a dependência, a culpa e o afecto face ao adulto, interagem com um normativo configurador da violência de género.

Tal como tem sido constatado, também na literatura elaborada sobre diferentes realidades sociais, a questão da ambiguidade da definição de abuso sexual tem conduzido à subvalorização da violência sexual e, conseqüentemente, apenas ao seu tratamento médico e legal. Neste sentido, Amendola (2009:200) enuncia que “a violência sexual contra crianças, também designada como abuso sexual, agressão sexual, vitimização sexual, maus tratos, sevícia sexual, crime sexual e outros tantos termos, utilizados indiscriminadamente na literatura como sinónimos, reflecte não apenas uma questão de terminologia, mas, principalmente, uma questão epistemológica, segundo a qual a complexidade e a diversidade das manifestações da violência sexual sejam tratadas conforme opiniões e ideologias individuais e/ou compartilhadas pela cultura na qual o individuo está inserido”. Isto significa, também, que a caracterização de violência sexual deve ter em conta os contextos e os valores que a rodeiam de modo a impedir que questões de ordem moralizadora intervenham na sua categorização. É o caso, por exemplo, identificado na nossa pesquisa, de alguns dos entrevistados considerarem como agressores sexuais rapazinhos de 5/7 anos que interagem através do corpo com meninas da mesma idade. A inclusão de uma perspectiva preconceituosa naquilo que constitui a aprendizagem infantil sobre o corpo do outro, não apenas inclui uma dimensão violenta no que é apenas um “jogo” infantil, como pode gerar traumas que conduzam a uma percepção das diferenças sexuais e da sexualidade como algo pecaminoso e secreto, não contribuindo, na passagem da criança para a idade adulta, para o reconhecimento dos seus direitos.

Uma pesquisa realizada na Guiné-Bissau (Có et al, 2006), analisando a exploração e o abuso sexual de menores, inventaria criticamente as definições que são conferidas a abuso sexual, destacando que a maioria dos autores, incluindo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estabelece como critério para abuso sexual o contacto ou o acto sexual entre criança e adulto, num contexto do uso de força e poder. Colocada assim a definição de abuso aparece como sinónimo de violação sexual, alienando outras formas de violência, nomeadamente as que estão assentes na desigualdade de género.

O estudo refere que as principais práticas de violência e violação sexual na África Ocidental são a mutilação genital (apresentando o Mali com 94% como o país com maior incidência, seguindo-se a Gâmbia com 80%, Burkina-Faso com 70%, Guiné-Conacry e Libéria com 60% e Guiné-Bissau com 44,5%), os casamentos forçados, a gravidez precoce e o aborto de alto risco (estimando que, na África Subsariana, 40% dos abortos de risco ocorrem entre adolescentes). Em relação aos casamentos prematuros, o mesmo estudo menciona que “se projecta que, mais de 100 milhões de raparigas serão casadas nos próximos 10 anos sem ainda completarem os 18 anos (...) e que actualmente na África Ocidental cerca de 44% de mulheres casadas têm idade inferior a 15 anos” (Có, 2006:20) numa clara violação da legislação. Por outro lado, e referindo-se à violência provocada por conflitos armados na África Subsariana, os autores afirmam que “os raptos para fins de guerra e violação sexual estão associados ao aumento do HIV/SIDA e a infecções sexualmente transmissíveis. Por exemplo, na África do Sul, entre 28.000 a 30.000 crianças com menos de 18 anos (onde metade tem entre 10 a 14 anos) são abandonadas à prostituição. No Ruanda, estima-se que, durante o genocídio, meio milhão de raparigas e mulheres foram raptadas, das quais 67% ficaram infectadas pelo HIV/SIDA. De todas as crianças seropositivas do mundo, 80% são órfãs (de pais mortos devido ao HIV/SIDA) e vivem na África Subsariana. Em 2003, dos 143 milhões

de crianças órfãs que vivem na Ásia, África e Caraíbas, estima-se que 15 milhões terão perdido os pais por causa da SIDA, 12 milhões das quais pertencem à África Subsariana” (Có, 2006:20).

Tal como noutros países, também na Guiné-Bissau a situação de violação sexual intrafamiliar se mantém em silêncio, ao mesmo tempo que as instâncias de administração de justiça se mostram incapazes de fazer cumprir as leis. Aliás, esta ocultação da agressão está de acordo com a pressão que a comunidade exerce sobre as vítimas, ignorando o seu sofrimento e contribuindo, desde modo, para estimular o mesmo ou outros agressores a continuarem a violar novas vítimas, que são, frequentemente, para além das que se encontram no contexto familiar, as que se dedicam à venda de produtos informais e as que vivem na rua. É neste quadro em que as crianças são percebidas como não sujeitos de direitos, que os casamentos forçados entre crianças e adultos são culturalmente naturalizados e socialmente aceites. Já há, contudo, como se constata também no nosso país, sinais de resistência das raparigas que recusam esta forma indigna de união, denunciando-a e alertando as organizações da sociedade civil ou as autoridades policiais.

Como se pode constatar, a violência sexual de menores na dimensão violação sexual é objecto de estudo de um conjunto profuso de investigadores, principalmente em áreas específicas como a psicologia e a antropologia, mas poucos trabalhos privilegiam uma abordagem multidisciplinar.

Tendo em conta o tema da pesquisa, violação sexual de menores de 12 anos, evidenciamos na literatura analisada três questões: a primeira diz respeito à ambiguidade conceptual, principalmente entre abuso sexual, violência sexual e violação sexual. Tomados como sinónimos ou como categorias e dimensões segundo o arbítrio dos investigadores (por exemplo, a violência sexual tanto é considerada uma dimensão da categoria abuso, como seu sinónimo) e das

próprias agências internacionais que trabalham com direitos das crianças, é extremamente complicado (sendo que o tema já é, em si, complexo) identificar-se com rigor as particularidades que cada uma das manifestações de violência sexual assume, definir os contextos da sua produção e os perfis dos agressores e das vítimas. Tendo em conta a dispersão dos dados, as abordagens diferenciadas sobre os conceitos e a sua aplicação na análise da realidade, a informação que é fornecida deve, pois, ser relativizada.

Uma segunda questão tem a ver com a ausência, em muitos trabalhos, de uma abordagem da violação sexual, no contexto das relações de género. É frequente indicar-se a força e o poder como estruturante da violência sexual, mas é mais raro inscrevê-la numa ordem social assente nas hierarquias de género. Isto tem como resultado não apenas a transmissão de uma visão reducionista do problema, mas a ocultação, traduzida muitas vezes em cumplicidade (e também num impasse epistemológico) com modelos culturais que sobrevivem através da negação dos direitos aos seres humanos do sexo feminino. Se a fragilidade ou a vulnerabilidade das crianças e adolescentes face à violência sexual, principalmente a que acontece no seio da família, tem a ver e comporta a força física e, mais ainda, tem a ver com a construção naturalizada da dominação masculina. Parece-nos que esta é uma abordagem necessária e imprescindível quando se pretende analisar a violência que atravessa, percorre e explica as relações sociais entre violador e vítima.

Finalmente, a terceira questão relaciona-se com a construção das identidades feminina e masculina. Se o corpo é o núcleo central sobre o qual se vão inscrevendo, ao longo do ciclo de vida, valores, comportamentos e habilidades, as formas e o modo como os mecanismos de identificação configuram mulheres e homens à ordem social e cultural dominantes, torna-se necessário observar a violação sexual intrafamiliar de um ponto de vista da construção da

sexualidade. Como tantas vezes referimos, a aprendizagem da sexualidade é realizada através dos silêncios, das pequenas e grandes interdições, da formatação das expectativas em função do “outro”. Por estes caminhos se prepara a criança como corpo “útil” e se prescreve um normativo que silencia a violência sexual. Ora, se tomarmos em conta que é no contexto familiar que se inicia e se “dá como verdadeira” a aprendizagem sobre a “reserva” do corpo, ao mesmo tempo que se ensina a legitimar o poder masculino, compreende-se como a ausência de denúncia e o pacto de silêncio entre os membros da família e da comunidade constroem a invisibilidade e a penalização deste crime. Por outro lado, a ambiguidade ou/e a valorização das tradições (dinâmicas e em constante mudança) continuam a impedir que, de uma vez por todas, se considere o “casamento” prematuro como violência/violação sexual, que devem ser objecto de políticas e estratégias que impeçam a sua continuidade.

4. Legislação sobre Direitos das Crianças

Neste capítulo serão analisadas as principais Convenções e legislação elaboradas aos níveis internacional, regional e nacional e identificados os mecanismos que regulam a sua aplicação, principalmente no que respeita a Moçambique.

Os objectivos a que nos propomos pretendem evidenciar o modo como o articulado da legislação de protecção dos direitos das crianças trata a figura da violência sexual, com especial atenção para a violação sexual, estabelecendo os avanços realizados nas últimas décadas e as lacunas ainda existentes. Com a análise da legislação produzida em Moçambique pretende-se reconhecer as garantias de protecção de que gozam as crianças e a forma como elas são expressas nas políticas públicas e nas estratégias para a sua implementação.

Principal legislação a nível internacional

Foi em 1924 que a Sociedade das Nações apelou aos Estados membros para a aplicação da Declaração de Genebra, realizada com base numa proposta de Declaração dos Direitos da Criança pelo Conselho da União Internacional de Protecção à Infância (*Save the Children International Union*) (Albuquerque, 2000).

A Declaração de Genebra, tendo como filosofia a protecção da criança, independentemente dos contextos em que os seus direitos são violados, deu origem à criação, em 1946, do Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF) (Albuquerque, 2000).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem adoptada pelas Nações Unidas, que define pela primeira vez a igualdade de direitos entre mulheres e homens, refere, no seu artigo 25, o direito à protecção especial à maternidade e à infância, determinando que, independentemente da sua origem, as crianças nascidas dentro ou fora da relação matrimonial não podem ser excluídas da protecção social.

O reconhecimento dos direitos civis e políticos, económicos e sociais, que pretendem garantir o desenvolvimento integral da criança, tem a sua expressão com a proclamação de 1979 como o Ano Internacional da Criança.

A Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1979, explicita, relativamente aos casamentos forçados, que os Estados Partes devem tomar medidas, tendo em conta que “a promessa de casamento e o casamento de criança não terão efeitos jurídicos e todas as medidas necessárias, incluindo disposições legislativas, serão tomadas com o fim de fixar uma idade mínima para o casamento e de tornar obrigatório o registo do casamento num registo oficial” (16:2).

Em 1992, no seguimento da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, foi adoptada uma Recomendação Geral (nº 19) sobre a Violência Contra a Mulher que refere claramente a necessidade de os Estados Partes tomarem

medidas para combater a violência, nomeadamente a violação sexual contra as mulheres e meninas, particularmente no seio da família.

No mesmo sentido, o Conselho Económico e Social das Nações Unidas, através da Comissão dos Direitos Humanos (2003), reflecte sobre o conceito de violação que em muitos países se considera ainda uma questão de honra, não sendo tidos em conta nem o sofrimento da vítima nem a punição do agressor, que deixa de o ser quando contrai matrimónio com a mulher ou rapariga violentada. Por outro lado, o Conselho Económico e Social das Nações Unidas informa ainda que, em muitas zonas do mundo, se considera que, para haver violação sexual, é preciso que haja penetração, que não tenha havido consentimento e/ou que a mulher seja virgem, conduzindo, assim, às dificuldades na produção da prova e, conseqüentemente, à impunidade dos violadores pelos tribunais. Ao mesmo tempo, este documento analisa as práticas culturais que continuam a obstaculizar a promoção dos direitos humanos das mulheres. Referindo-se expressamente ao relativismo cultural que legitima a violência de género, ignorando que os direitos humanos devem ser tomados como uma conquista universal a que todos os povos devem poder aceder, a Comissão de Direitos Humanos, face à permanência da violência de género no mundo, recomenda aos Estados a elaboração de legislação, políticas e mecanismos mais eficazes. Afirma ainda que é necessário “condenar a violência contra a mulher não invocando o costume, a tradição ou as práticas religiosas ou culturais para se eximirem da sua obrigação de eliminar essa violência” e “intensificar os esforços para formular ou aplicar medidas legislativas, educacionais, sociais e de outra índole para prevenir a violência contra a mulher, mediante a difusão de informação, campanhas de divulgação de informação jurídica e a formação de juristas e de pessoal judicial e de saúde” (84. c. d.).

Na mesma linha de combate à violência de gênero, o informe da Relatora Especial das Nações Unidas sobre a relação entre violência de gênero e HIV/SIDA (2005) salienta que os actos de agressão ou/e a coação que estão por detrás da violação sexual de mulheres e de meninas, incluindo a relação de homens com crianças muito pequenas, como são exemplo os “casamentos” prematuros, estão estritamente relacionados com a maior vulnerabilidade das meninas e mulheres à contaminação do HIV/SIDA (27, 35, 38). Esta situação é agravada com a renovação de mitos (como os pais ou familiares do sexo masculino terem o direito de “usar” o corpo da menina) que se traduzem na ideia de que a cura do HIV/SIDA resulta da relação sexual de um infectado com crianças ou adolescentes virgens.

A Plataforma de Acção adoptada em 1995 na Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, na análise do contexto mundial sobre a violência refere que:

“para que uma menina desenvolva plenamente as suas potencialidades é preciso que ela cresça em um meio propício, onde possam ser satisfeitas as suas necessidades: espirituais, intelectuais e materiais de sobrevivência e sejam salvaguardados os seus direitos em condições de igualdade. (...) está na hora de reconhecer a dignidade humana e o valor da menina, e de assegurar-lhe o pleno usufruto dos seus direitos humanos e liberdades fundamentais (...) . Contudo, é evidente em todo o mundo que a discriminação e a violência contra as meninas começam nas primeiras fases da vida e persistem até à morte. Frequentemente, elas têm menos acesso à nutrição, aos serviços de saúde física e mental e à educação e desfrutam de menos direitos, oportunidades e benefícios na infância e na adolescência que os meninos. São vítimas frequentemente de diversas formas de exploração sexual e económica, pedofilia, prostituição forçada e possivelmente venda de seus órgãos e

tecidos, violência e práticas nocivas como o infanticídio feminino e a selecção pré-natal de sexo, incesto, mutilação genital e casamento prematuro” (cap II. 36).

A Plataforma de acção define violência contra a mulher como: “quaisquer actos de violência, (...) que tenham por base o género (...)”, podendo assumir as seguintes formas:

a) a violência física, sexual e psicológica que ocorre na família, inclusive sevícias; o abuso sexual das meninas no lar, a violência relacionada com o dote, a violência por parte do marido, a mutilação genital e outras práticas tradicionais que atentam contra a mulher, a violência exercida por outras pessoas que não o marido e a violência relacionada com a exploração;

b) a violência física, sexual e psicológica ao nível da comunidade em geral, inclusive as violações, os abusos sexuais, o assédio e a intimidação: física, sexual e psicológica perpetrada ou tolerada pelo Estado, onde quer que ocorra (113). Nesta ordem de ideias a Plataforma de Acção reafirma que “ (...) em muitos casos, a violência contra as mulheres e as meninas ocorre na família ou no lar, onde muitas vezes a violência é tolerada. O abandono, o abuso físico e sexual e a violação de meninas e mulheres por membros da família e outros moradores da casa (...), assim como os casos de abusos cometidos pelo marido ou outros familiares, muitas vezes deixam de ser denunciados e, por isso, são difíceis de detectar. Mesmo quando essa violência é denunciada, nem sempre as vítimas são protegidas ou os agressores castigados.” (117).

Em relação às medidas que devem ser tomadas para a promoção dos Direitos Humanos das meninas, a Plataforma de Acção insta os Estados a promulgar e fazer cumprir estritamente as leis destinadas a

garantir que os “casamentos só sejam contraídos com livre e pleno consentimento dos nubentes; ademais, promulgar e fazer cumprir estritamente as leis relativas à idade legal mínima para expressar consentimento (...)” (274d.) e ainda:

“elaborar políticas e programas, com prioridade para programas formais e informais de educação (...) sobre a necessidade de eliminar a discriminação contra meninas na alocação de alimentos, os casamentos precoces, a violência contra as meninas, a mutilação genital feminina, a prostituição infantil, o abuso sexual, o estupro e o incesto” (art. 276d.) e “adoptar as medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais apropriadas para proteger as meninas, no lar e na sociedade, contra todas as formas de violência física ou mental, lesões ou abuso, abandono ou tratamento negligente, maus tratos ou exploração, inclusive o abuso sexual”.

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de Novembro de 1989, reafirma os princípios já enunciados anteriormente pela Declaração dos Direitos da Criança, elaborada em 1959 pelas Nações Unidas, destacando-se o direito da criança a desenvolver-se harmoniosamente e a ter protecção social e jurídica¹¹.

Pela CDC é considerada criança todo o ser humano até completar 18 anos. Os Estados Partes devem providenciar para garantir em qualquer circunstância os superiores interesses das crianças, adoptando “medidas legislativas e administrativas adequadas” (art. 3.2.). Pelos artigos 16 e 17 “nenhuma criança pode ser sujeita a intromissões arbitrárias ou ilegais na vida privada (...) e tem o direito

¹¹ Ainda em 1989 foi criado o Comité dos Direitos das Crianças que tem como objectivos principais avaliar e monitorar os avanços registados nos Estados Partes na implementação da CDC.

à protecção da lei contra tais intromissões ou ofensas”. Relativamente à responsabilidade familiar, a Convenção responsabiliza os pais ou representantes legais pela educação e desenvolvimento da criança, devendo os Estados assegurar a realização desses direitos (art. 18).

No que se refere à violência contra as crianças, o artigo 19 afirma que:

“Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada. Tais medidas de protecção devem incluir, consoante o caso, processos eficazes para o estabelecimento de programas sociais destinados a assegurar o apoio necessário à criança e aqueles a cuja guarda está confiada, bem como outras formas de prevenção, compreendendo igualmente, se necessário, processos de intervenção judicial”.

A ratificação, em 1990, por Moçambique, da Convenção dos Direitos da Criança, compromete o país com a adopção e a monitoria de medidas que visem proteger as crianças, nomeadamente contra a violência sexual, incluindo a que é praticada no contexto intrafamiliar, seja através do atendimento à criança seja movendo processos judiciais contra o agressor. O ponto 3 do artigo 24 salienta que “os Estados Partes tomam todas as medidas eficazes e adequadas com vista a abolir as práticas tradicionais prejudiciais à saúde das crianças”. Isto significa que os elementos culturais que violam os direitos da criança, mesmo que socialmente legitimados, devem ser

objecto de leis, políticas e estratégias que garantam o cometimento dos Estados com a promoção da integridade das crianças. Nesta mesma linha e no que se refere à exploração sexual de crianças, a CDC compromete, pelo artigo 19, os Estados a proteger a criança contra “todas as formas de exploração e de violência sexuais”.

Em aditamento à CDC, foram adoptados, em 2000, pela Assembleia Geral das Nações Unidas dois Protocolos Facultativos à Convenção sobre os Direitos da Criança: o Protocolo Facultativo ao Envolvimento de Crianças em Conflitos Armados e o Protocolo Facultativo à Venda de Crianças, Prostituição e Pornografia¹². Embora os dois Protocolos não se refiram expressamente à violação sexual de crianças, reafirmam a necessidade da protecção das crianças, tanto ao nível de recrutamento militar (estabelecendo os 18 anos como idade mínima) como ao nível do estímulo/permissão/coacção para participação em actos sexuais que constituem uma agressão aos seus direitos. Deste modo, o Preâmbulo ao Protocolo Facultativo à Venda de Crianças, Prostituição e Pornografia “reconhecendo que determinados grupos particularmente vulneráveis, nomeadamente as raparigas, se encontram em maior risco de exploração sexual, e que se regista um número desproporcionalmente elevado de raparigas entre as vítimas de exploração sexual”, estipula que “os Estados Partes deverão adoptar medidas adequadas para proteger, em todas as fases do processo penal, os direitos e interesses das crianças vítimas das práticas proibidas pelo presente Protocolo” (art. 8.1.).

¹² Pelas Resoluções nº 42/2002 e nº 43/2002, Moçambique adere ao Protocolo Facultativo ao Envolvimento de Crianças em Conflitos Armados e ao Protocolo Facultativo à Venda de Crianças, Prostituição e Pornografia. Nesta mesma linha de prevenção e combate à violação dos direitos das crianças, pela Resolução nº 87/2002, Moçambique ratifica o Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra a Criminalidade Organizada Transnacional relativo à Prevenção e Punição do Tráfico de Pessoas, em especial Mulheres e Crianças (2000). Pela Lei nº6/2008 sobre o Tráfico de Pessoas, são definidas as disposições que previnem e sancionam o tráfico de seres humanos.

Se fica claro, considerando os contextos vividos a nível regional e internacional, quão importantes são estes dois instrumentos, consideramos que deveriam ter sido objecto do articulado no Protocolo Facultativo ao Envolvimento de Crianças em Conflitos Armados as especificidades relativas às crianças do sexo feminino que são vítimas de violência sexual dos grupos em confronto, sendo que algumas das formas de exercício de poder são o recrutamento de raparigas para “esposas” e a violação sexual em grupo. Do mesmo modo, teria sido importante definir no corpo do Protocolo Facultativo à Venda de Crianças, Prostituição e Pornografia, a necessidade de os Estados adoptarem medidas específicas para as crianças do sexo feminino que são as principais vítimas da venda e prostituição.

Em 1998 foi adoptado o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional “que inclui na sua jurisdição crimes de especial relevância em matéria de protecção dos direitos da criança, tais como a violência sexual, a prostituição forçada, o recrutamento de crianças com idade inferior a 15 anos ou os ataques contra escolas e hospitais onde a protecção da criança deve ser sempre salvaguardada” (Albuquerque. 2000:32)

A Convenção de Haia de 1993, relativa à Protecção das Crianças e à Cooperação em matéria de Adopção Internacional, a Convenção da OIT nº 138, sobre a Idade Mínima de Admissão ao Emprego, os Princípios Orientadores de Riade para a Prevenção da Delinquência Juvenil e as Regras para a Protecção de Menores Privados de Liberdade, de 1990, e a Convenção nº 182 para a Eliminação Imediata das Piores Formas de Trabalho Infantil, adoptada em 1999 pela OIT, são instrumentos internacionais cujo objecto, embora não estando no âmbito deste estudo, pode estar associado à ocorrência de violência sexual contra crianças.

Principal Legislação ao nível do Continente Africano

A 21 de Outubro de 1986, entrou em vigor a Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos que foi adoptada em 26 de Junho de 1981, em Nairobi, na Conferência dos Chefes de Estado e de Governo dos Estados Africanos membros da Organização de Unidade Africana.

Este instrumento, que regula o acesso e o exercício de direitos, explicita que todas as pessoas são livres e iguais perante a lei, tendo direito ao respeito e à dignidade, sendo interditas todas as formas de exploração e aviltamento do homem (arts. 2, 3, 4 e 5).

No que respeita à defesa dos direitos humanos das mulheres, a Carta Africana define que “o Estado tem o dever de velar pela eliminação de toda a discriminação contra a mulher e de assegurar a protecção dos direitos da mulher e da criança tal como estão estipulados nas declarações e convenções internacionais” (art. 18 3.).

A Carta Africana insta os Estados Partes a cumprir os direitos e liberdades contidos na carta, garantindo a independência do sistema de administração da justiça (arts. 25 e 26). Pelo artigo 30, é criada a Comissão Africana dos Direitos do Homem e dos Povos, com o objectivo de assegurar a protecção dos direitos humanos, inspirando-se no direito internacional (...) e nas disposições dos diversos instrumentos africanos e internacionais relativos aos direitos humanos e dos povos (art. 60). Esta comissão tem ainda como obrigação a avaliação da situação do cumprimento das disposições referidas na Carta Africana.

A Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança, promulgada em 1991 pela Organização da Unidade Africana e ratificada por Moçambique em 1998 (Resolução nº20/98), é o instrumento principal dirigido à protecção dos direitos da criança no continente.

No seu artigo 2, este instrumento define criança como todo o ser humano até à idade dos 18 anos. Na esteira da Convenção dos Direitos da Criança, a Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança explicita que “em todas as acções que se relacionem com a criança, empreendidas por qualquer pessoa ou autoridade, o melhor interesse da criança deverá ser considerado primordial” (art. 4.1.).

Relativamente ao abuso sexual e a outras formas de tortura a Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança encoraja os Estados Partes a adoptar medidas de natureza legal ou outras e a criar mecanismos que ajudem à identificação, registo e procedimento judicial, visando a protecção da criança (art. 16). Reconhecendo a existência de práticas culturais atentatórias da dignidade das crianças, esta disposição insta a que “os Estados Partes na presente Carta, adoptarão todas as medidas adequadas por forma a eliminar todas as práticas sociais e culturais que afectem o bem-estar, a dignidade, o crescimento normal e o desenvolvimento da criança (...)” (art. 21).

Embora se chame a atenção para a necessidade de estimular o acesso das meninas à escola, a Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança não reflecte sobre a influência do modelo cultural patriarcal na violação dos direitos das crianças. Minimizando no seu articulado o carácter discriminatório que fundamenta a desigualdade de género, nomeadamente quando se refere às práticas culturais e ao abuso sexual, este instrumento aliena a questão que se pensa ser central na protecção dos direitos das crianças africanas. Isto é, a estrutura de género no continente assenta em relações de dominação, que, legitimadas pela naturalização da superioridade masculina, perpetuam a subalternidade feminina. A não desconstrução das causas que explicam a vulnerabilidade das crianças do sexo feminino à violência sexual não permite que se identifiquem as razões para a exclusão das crianças/meninas de direitos, e, conseqüentemente, se

defina a necessidade de se realizarem políticas que desierarquizem uma ordem social assente na desigualdade.

O Protocolo da SADC Sobre Género e Desenvolvimento, adoptado em 2008 pelos Estados Partes, definindo como princípio e objectivos a elaboração de medidas no campo legislativo, político e administrativo, a eliminação da discriminação com base no sexo e a promoção da igualdade e equidade de género, é um importante instrumento regulador na luta contra a desigualdade entre mulheres e homens¹³.

Definindo 2015 como meta para a eliminação de práticas e outras disposições que limitem o igual exercício de direitos, este documento dá um contributo extremamente valioso, ao estimular que, ao nível regional, se atinja uma real igualdade de género. No que se refere às práticas sociais, económicas, culturais e políticas, o Protocolo explicita que “os Estados Partes deverão tomar medidas, incluindo legislação, onde seja apropriado, para desencorajar as normas tradicionais, incluindo práticas sociais, económicas, culturais e políticas que legitimem e exacerbem a persistência e a tolerância da violência baseada no género com vista à sua erradicação” (art. 21.). Estão neste campo os “casamentos” prematuros que este instrumento pretende erradicar, através do estabelecimento do livre consentimento e da idade mínima de 18 anos para contrair casamento (art. 8).

Relativamente aos direitos das crianças, o Protocolo, instando os Estados Partes a “adoptar leis, políticas e programas para garantir o desenvolvimento e protecção das meninas” (...), protegendo as meninas de exploração económica, do tráfico de seres humanos e de todas as formas de violência, incluindo abuso sexual (...)” (art. 11),

¹³ Pela Resolução n.º 45/2010, Moçambique ratifica o Protocolo da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) sobre Género e Desenvolvimento.

define a tomada de medidas contra o abuso sexual, penalizando os que violem estes dispositivos. No Protocolo é desenvolvida uma visão integrada pela promoção dos direitos das mulheres, envolvendo os sectores da educação, saúde, justiça e comunidade, permitindo assim que o combate à violência de género possa ser mais eficaz. Particularmente importante é o encorajamento aos Estados Partes de adoptarem medidas que permitam “a igualdade no tratamento das mulheres em todos os processos judiciais, incluindo tribunais tradicionais (...)” (art. 7.a). O cumprimento deste dispositivo impede a interferência do modelo patriarcal no sistema informal de justiça, tal como ainda acontece em Moçambique, onde, devido às dificuldades de acesso ao sistema formal de administração da justiça, a grande maioria da população apenas pode recorrer aos tribunais comunitários, nos quais os conflitos se dirimem muitas vezes com base numa tradição que exclui as mulheres de direitos, como é exemplo, a violência doméstica, a divisão iníqua de bens com a separação dos parceiros ou a herança da terra. A atenção que o Protocolo confere às acções de formação, sensibilização e aos programas, articulando legislação e medidas administrativas a estratégias que visam produzir alterações ao nível dos valores e comportamentos, induz claramente um cometimento com a igualdade de género no continente. Saliente-se ainda, como essencial, a inclusão neste instrumento de acções de avaliação e monitoria e as responsabilidades dos Estados Partes pelo cumprimento das acções que se propõem realizar.

O Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos Relativo Aos Direitos da Mulher em África, adoptado em 2003 em Sessão extraordinária da Assembleia da União Africana, afirma que: “Os Estados Partes proíbem e condenam todas as práticas nocivas que afectam negativamente os direitos humanos fundamentais das mulheres, e que contrariam o reconhecimento das normas internacionais. Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas necessárias e outras para eliminar essas práticas” (art. 5).

Pelo artigo 6, o Protocolo reafirma que “nenhum matrimónio seja contraído sem o consentimento pleno e livre de ambas as partes” e que “a idade mínima de matrimónio para as mulheres seja de 18 anos”, instando os Estados a adoptar estratégias que previnam e penalizem os “casamentos” prematuros e todas as práticas que se considerem nocivas à defesa dos direitos humanos das mulheres.

A questão que se coloca, ao analisarmos a legislação produzida tanto a nível internacional, como a nível do continente africano e da região, é constatar, por vezes, a ausência de uma perspectiva de género que situe a violação de direitos contra as mulheres na construção de um modelo patriarcal que se começa a desenvolver no contexto da infância.

Ao distinguir direitos das mulheres e das meninas, pode correr-se o risco de neutralizar as relações de poder que constituem o suporte de uma ordem social desigual.

A violência sexual contra as mulheres não se inicia num determinado momento do ciclo de vida, mas é constitutivo das relações sociais de género, exprimindo-se, de uma forma ou de outra, ao longo da vida. Isto não retira importância aos instrumentos legais adoptados para proteger especificamente os direitos das crianças e das mulheres, mas seria importante reflectir também na adopção de medidas e recomendações legislativas ou de políticas públicas, tendo como ponto de partida a androcracia que é transversal ao acesso e exercício dos direitos dos seres humanos, independentemente da idade e do sexo.

O Conselho Executivo da União Africana aprovou, para o período 2007- 2010, o Plano de Acção de Maputo para a Operacionalização do Quadro de Política Continental para a Saúde e Direitos Sexuais e

Reprodutivos. Com o objectivo de alargar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, tendo como meta o acesso universal até 2015, o Plano de Acção de Maputo define princípios e traça linhas estratégicas de actuação neste sector, caracterizadas por uma abordagem transversal, de que a redução contra a violência de género é uma componente. É neste sentido que se definem estratégias para o combate à violência de género e a implementação de acções estratégicas e legislação para combater as práticas culturais, prejudiciais ao acesso e exercício dos direitos sexuais e reprodutivos pelas mulheres. Três aspectos devem ser salientados neste Plano de Acção: o primeiro é a transversalidade das questões relacionadas com o acesso das mulheres aos serviços de saúde sexual e reprodutiva; o segundo é o desenho de acções, tendo em conta os constrangimentos presentes no modelo cultural que influenciam a existência de abuso sexual, aumentando a vulnerabilidade feminina ao HIV/SIDA; o terceiro aspecto é a insistência que o Plano faz na formação dos agentes de saúde aos vários níveis de actuação.

Legislação, Políticas Públicas e mecanismos de combate à violação sexual de menores em Moçambique

Na análise da legislação produzida em Moçambique, para além da identificação dos dispositivos que protegem os direitos das crianças e da sua relação com os instrumentos internacionais e regionais, procuraremos reflectir sobre as políticas e os mecanismos institucionais utilizados no combate contra a violação sexual de menores.

No âmbito da definição pela ONU do ano de 1979 como o Ano Internacional da Criança foi aprovada por Moçambique a Declaração

dos Direitos da Criança que define que a criança tem o direito de “ não ser submetida às práticas dos ritos de iniciação, aos casamentos prematuros, ao lobolo” (Resolução nº 23/79: nono).

A Convenção dos Direitos da Criança, tal como referimos anteriormente, é ratificada por Moçambique pela Resolução nº 19/90, comprometendo o país a assegurar a defesa dos direitos das crianças através da adopção de legislação e mecanismos institucionais que promovam o acesso e o exercício de direitos, nomeadamente aqueles que contribuem para que a criança seja sujeito de direitos. Este cometimento com os direitos da criança obriga o Estado a promover políticas e estratégias que se coadunem com os princípios e os dispositivos contidos na Convenção dos Direitos da Criança. A criação de um Comité dos Direitos da Criança que tem como objectivo central a avaliação e a monitoria do progresso registado em cada um dos países signatários, previsto na referida convenção, é sujeita a alteração pela Emenda nº 2 do artigo 43 da Convenção sobre os Direitos da Criança, assinada em Novembro de 89 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a qual, para garantir uma maior representatividade geográfica, eleva de 10 para 18 o número de peritos eleitos pelos Estados Partes que observarão e acompanharão a implementação da Convenção dos Direitos da Criança (ratificada em Moçambique pela Resolução nº 22/99).

Pela Constituição da República de 2004 (art. 25) e de acordo com os instrumentos internacionais, a maioria é atingida aos 18 anos, sendo consideradas crianças para efeitos legais todas/os aquelas/es que não tenham atingido essa idade. Assinalando como um dos princípios a igualdade de género (art. 36), a Constituição de 2004 (revelando alguns avanços relativos ao articulado da anterior Lei Fundamental) define o superior interesse da criança na tomada de decisões que a ela digam respeito (art. 47). Do mesmo modo, pelos

artigos 120 e 121, a Constituição responsabiliza o Estado e a família pela assistência e pela protecção da criança, nomeadamente, “contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições” (art. 121.2). Encontram-se nesta situação os casos de violação sexual de menores mas, no entanto, como veremos mais adiante, através do atendimento realizado nos sectores da saúde e da polícia, não se têm em conta, na maioria das situações, os superiores interesses da criança, sendo que as decisões tomadas são deixadas aos critérios das famílias, mesmo quando se trata de crime público. Reconhecendo a interferência de valores e práticas culturais que assentam na dominação masculina no seio da família, e numa concepção que a salvaguarda da família se impõe relativamente aos direitos dos seus membros, principalmente, quando se trata de mulheres e crianças, constata-se que não há prosseguimento na denúncia dos casos de violação sexual cometidos pelos pais ou padrastos. Considerando um conjunto de factores, entre os quais o medo de represálias, os agentes de saúde não têm sido capazes de encaminhar os casos de violação sexual de crianças para o sector policial, quando está em jogo a vontade dos familiares. A mesma situação foi constatada em algumas esquadras da polícia em que a combinação do desconhecimento da lei com representações negativas sobre os direitos das crianças, conduz à impunidade e ao não prosseguimento legal.

O Código Penal ainda em vigor em Moçambique não refere a violação sexual como crime público. Apenas no Título IV (crimes contra as pessoas), no Capítulo IV (Dos crimes contra a honestidade) e na secção II (Atentado contra o pudor, estupro voluntário e violação) se nomeiam os contextos em que é criminalizada a violação de direitos das crianças¹⁴. Assim, pelo artigo 394, apenas se considera crime

¹⁴ Papadakis e Vieira chamam a atenção para a necessidade de “harmonizar o tratamento jurídico da menoridade com o conceito de criança estabelecido pela

público, com uma condenação prevista entre os 8 e os 12 anos de prisão maior, se a criança tiver idade inferior a doze anos, pois, segundo o legislador, existe incapacidade para dar o consentimento, quaisquer que sejam as circunstâncias em que a violação foi cometida. O actual Código Penal encontra-se em processo de revisão tendo sido introduzidas propostas que procuram eliminar alguns dos aspectos mais obsoletos da legislação ainda em vigor. No entanto, embora se reconheçam avanços na proposta de revisão, constata-se a manutenção de uma terminologia ambígua e parcial relativamente à igualdade de género, como é o caso dos conceitos de honra, honestidade, provocação e virgindade. Este documento chama ainda a atenção para a necessidade de se substituir a noção de crimes contra a honestidade, como crimes contra a liberdade sexual, dado que essa perspectiva implica uma visão moralizadora e patriarcal que classifica a honestidade em função da virgindade da rapariga, que pode conduzir facilmente, considerando o normativo cultural e social, à desclassificação do crime de violação contra as mulheres. Como é referido num documento sobre a revisão do Código Penal, “não é responsabilidade do legislador dar maior ou menor valor à virgindade, pois não constitui mais um impedimento para que a mulher se case e a virgindade não deverá ser um troféu para o homem, nem um trunfo para a mulher que se pretende casar. Daí a necessidade de remover as disposições que discriminem as mulheres entre elas exclusivamente por razões de ordem moral e/ou religiosa”¹⁵. Por outro lado, neste mesmo documento, é indicado como central a necessidade de criminalização da violência sexual, propondo que “se repense a possibilidade de aumentar as penas

Convenção Dos Direitos da Criança (aprovada na 44^a sessão da ONU, 1989, ratificada por Moçambique em 1990)” (2010:12).

¹⁵ ADDC, AMMCJ e outras organizações (2010). Análise dos direitos humanos segundo uma perspectiva de género na proposta de revisão do Código penal. Maputo: WLSA, mimeo. (com a consultoria técnica de Vitalina Papadakis e Elisa Vieira).

cometidas contra menores de 18 anos e não apenas de 12 anos como a Revisão pretende”, seguindo deste modo a orientação da Convenção dos Direitos da Criança.

Um outro aspecto que se considera decisivo na penalização da violação sexual é a remoção do artigo 23 constante ainda na versão do Código Penal, submetida à Assembleia da República em que se isenta de responsabilidade de denúncia (ao não serem considerados encobridores) o cônjuge, ascendentes, descendentes e os colaterais ou afins do criminoso até ao terceiro grau por direito civil, que praticaram qualquer dos factos designados nos números 1, 2 e 5 (art. 23). Esta situação é particularmente grave quando se trata de crimes de violação sexual cometidos no âmbito familiar. Como outros estudos mostram e a nossa pesquisa confirma, grande parte dos casos de violação sexual contra crianças são cometidos por familiares próximos (Faleiros, 1997). Ora, não sendo os membros da família considerados como encobridores de denúncia, a Proposta viola o espírito da Convenção dos Direitos da Criança e da Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança, que define a protecção da vítima como um direito e a punição do agressor como um dever. Do mesmo modo, a Proposta de Revisão não prevê o agravamento da pena quando o crime se realiza de forma continuada, o que conduz de facto a alguma desvalorização do mesmo.

De igual modo, a Proposta de Revisão do Código Penal de 1886, não faz alterações ao crime de abuso sexual de menores, que continua a ser enquadrado de forma dispersa e indirecta tal como acontecia anteriormente. Nesta linha “a natureza privada do crime de violação permite também, sobretudo quando se trata de meninas entre os 13 e os 18 anos, que as respectivas famílias resolvam o problema entre si, através de indemnizações, sem que a vítima possa tomar a iniciativa de exigir justiça” (2010:34). Mantendo-se esta disposição está-se, de facto, a violar os instrumentos internacionais ratificados por

Moçambique e a própria legislação moçambicana, como a Lei nº 29/2009 que prevê como crime toda a cópula não consentida.

Por outro lado, ao se considerar na Proposta de Revisão (art. 400) que a indemnização e o casamento podem reparar os danos cometidos no acto de violação, estamos perante um grave atropelo aos direitos humanos, particularmente aos princípios e valores que orientam a igualdade de género, contrariando não apenas a legislação internacional ratificada por Moçambique, como também a Lei de Família (Lei nº 10/2004), que define no seu articulado a necessidade de consentimento como condição para a realização do casamento. Na realidade, a Proposta de Revisão mantém como filosofia o modelo cultural que subalterniza as mulheres, constituindo um retrocesso nas conquistas legais e institucionais desenvolvidas no país. Com interferências religiosas e moralistas, de que a noção de virgindade na classificação da honestidade das vítimas é exemplo, a Proposta é profundamente discriminatória no que diz respeito aos direitos das mulheres. O que na realidade subjaz é, como já foi referido, uma ideia de que os crimes cometidos contra as crianças do sexo feminino e mulheres, devem ser olhados e administrados em função de um modelo cultural que subverte os direitos humanos.¹⁶

Embora não se refira expressamente à protecção e defesa das crianças, a já mencionada Lei nº 10/2004 que aprova os dispositivos que regulam os direitos e deveres da família, define o “casamento como união voluntária e singular entre um homem e uma mulher (art. 7), sendo nula a promessa de casamento “se algum dos promitentes for menor de 18 anos” (art. 19). O dispositivo que considera os 18 anos como idade mínima para contrair matrimónio

¹⁶ ADDC, AMMCJ e outras organizações (2010). Análise dos direitos humanos segundo uma perspectiva de género na proposta de revisão do Código penal. Maputo: WLSA, mimeo. (com a consultoria técnica de Vitalina Papadakis e Elisa Vieira).

(art. 30 a) é muito importante, tendo em conta a proliferação de “casamentos” prematuros ou promessas de casamento, principalmente nas zonas centro e norte do país. Surgindo, muitas vezes, a pobreza em que vive grande parte das populações como razão para esta situação, pensamos que as interferências religiosas e o modelo cultural que prepara desde cedo as meninas para a entrega à tutela masculina, constituem as razões principais para a manutenção desta situação. Embora se julgue que o sancionamento destes casos (que violam abertamente a Lei) não seja por si só impeditivo da continuação destas práticas, a divulgação deste instrumento nas escolas, associações juvenis e comunidades e a elaboração de mecanismos de desencorajamento dos “casamentos” prematuros, em conjunto com a aplicação das penalizações previstas na legislação, poderiam estimular o desaparecimento destas práticas.

Promulgada em 2008, a Lei de Bases de Protecção da Criança que tem como objecto a defesa dos direitos das crianças (Lei nº 7/2008) é um dispositivo legal que, na esteira da Constituição de 2004 e da Convenção sobre os Direitos da Criança e da Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-Estar da Criança, procura definir os princípios e os direitos de defesa da criança. Por esta lei “considera-se criança toda a pessoa menor de dezoito anos de idade” e “nos casos expressamente previstos, a presente lei aplica-se também aos menores com mais de dezoito e menos de vinte e um anos de idade” (art. 3.1.2.). Na esteira dos instrumentos internacionais a presente lei defende os superiores interesses da criança, acentuando-se o direito à vida e à saúde (arts. 9 e 10).

No que se refere à violência contra menores a Lei de Bases de Protecção da Criança obriga à denúncia à autoridade policial sempre que haja suspeita ou a confirmação de violência contra as crianças. O Estado deve adoptar medidas legislativas contra a exploração e o abuso sexual, promovendo a aplicação de sanções rigorosas tanto

contra os agressores como contra os cidadãos e as instituições que não comuniquem as ocorrências às autoridades competentes (arts. 20, 25, 48, 64, 65). A responsabilização especial na denúncia de sectores como “as unidades de saúde, de acção social e de educação” é particularmente importante quando se reconhece que estes espaços constituem portas de entrada ou lugares de produção (e também prevenção e identificação) de violência (no caso das escolas). Por outro lado, a contemplação pela Lei de articulação entre os sectores do Estado e as organizações da sociedade civil, potencializa a aplicação de uma política integrada de atendimento.

Como teremos oportunidade de constatar, estas orientações estão ainda muito longe de serem implementadas, no que respeita ao acesso da criança a direitos, principalmente no que se refere à denúncia sobre negligência, maus tratos e abusos, bem como à aplicação de “rigorosas sanções” para os prevaricadores (art. 63.2).

A Lei nº 7/2008 define políticas e medidas de atendimento a crianças em risco, entre as quais se destaca a regulamentação do Conselho Nacional para os Direitos das Crianças (CNAC). Criado pelo Decreto nº 8/2009, é-lhe atribuída a promoção de medidas para a defesa dos direitos das crianças, com a competência de avaliar e monitorar os progressos relativos à aplicação das políticas e reforçar os mecanismos institucionais (arts. 2 e 3). Saliente-se como relevante, a referência à “promoção do princípio da igualdade entre as crianças no âmbito de género, de modo a garantir o gozo dos seus direitos” (art. 2 c).

Contudo, considerar-se-ia importante que houvesse na legislação uma referência específica à condição da vulnerabilidade da criança feminina à violência, tal como está consignada na Constituição da República, quando explicita a defesa da igualdade de género. Na realidade, o princípio de igualdade tomado abstractamente, neutraliza a discriminação a que as meninas são votadas, em função

de valores e práticas culturais assentes na subalternidade. Por outro lado, e de modo a facilitar a sua divulgação e aplicação, a legislação existente deveria ser regulamentada no sentido de integrar os mecanismos institucionais actualmente ainda dispersos por vários sectores.

Políticas públicas e mecanismos institucionais

O Programa Quinquenal do Governo para 2010-2014 define como objectivos centrais para o Género a promoção da equidade e a divulgação da legislação e implementação de estratégias que promovam a igualdade de direitos. Considerando como acções prioritárias, entre outras, a capacitação das instituições do Estado e a operacionalização do Plano Nacional de Acção para o Avanço da Mulher, o Programa, embora mencione como objectivo estratégico a aplicação da legislação, é omissivo em relação à violência de género e à necessidade de identificar as práticas e valores que continuam, independentemente da bondade da legislação, a constringer a igualdade de género. No que respeita ao combate à violência contra as crianças, o Programa do Governo refere como acções: “desenvolver e promover acções de prevenção e combate à violência, tráfico e abuso de menores”, “ desenvolver acções de prevenção e combate à violência física e psicológica contra a criança” e “promover e prestar assistência social às crianças vítimas de violência” (2010:32). Comparativamente ao Programa do Governo para o quinquénio de 2005-2009, este documento programático é mais restritivo no que se refere à transversalidade do género e à sua inclusão nas estratégias de defesa dos direitos humanos das mulheres e das crianças.

Aprovado em 2006, o Plano Nacional de Acção Para a Criança (PNAC) “define como áreas focais a formulação, revisão ou conclusão de leis e regulamentos que protegem os direitos e interesses legítimos da criança, a monitoria e a avaliação dos objectivos e metas de desenvolvimento da criança como mecanismos para a implementação efectiva do plano (...)” (2006:11). Relativamente aos direitos e protecção da criança, saliente-se no PNAC o cometimento com a divulgação e a harmonização da legislação nacional com os instrumentos internacionais ratificados por Moçambique e o reforço dos mecanismos institucionais visando a sua aplicação. Do mesmo modo, são definidos como objectivos a protecção das crianças contra a violência, a negligência e a exploração sexual e a criação de um sistema de atendimento às vítimas de violência. Prevendo uma articulação com outras instâncias, comunidades e organizações da sociedade civil, o PNAC procura integrar as acções estratégicas previstas por outros sectores e organizações da sociedade civil, sem que, contudo, seja perspectivada a situação específica de vulnerabilidade à violência sofrida por crianças do sexo feminino. Complementando o PNAC, mas direccionado para as crianças órfãs e vulneráveis foi elaborado em 2005 um Plano de Acção para as Crianças Órfãs e Vulneráveis (PACOV) que visa proteger os direitos deste grupo, principalmente no que se refere à sua exposição ao HIV/SIDA. Estes dois documentos procuram dinamizar o desenvolvimento de actividades que, envolvendo o Estado, as organizações da sociedade civil, as instituições religiosas e a comunidade, possam de forma integrada estimular a protecção dos direitos das crianças.

No Plano Económico e Social para o Sector da Saúde (2010) não existe nenhuma referência à integração da perspectiva de género nas suas componentes. A abordagem da saúde é apenas médica, como são exemplo os pontos referentes à saúde sexual e reprodutiva, à saúde infantil e à saúde escolar do adolescente (PESS, 2010:10-14).

No entanto, em 2010, foi aprovada pelo MISAU uma proposta para uma estratégia de género. Referindo que não existe uma abordagem de género nos diferentes programas e actividades desenvolvidas pelo sector da saúde, com excepção dos programas das ITS/HIV/SIDA e dos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ), o documento define como estratégias, entre outras, o acesso das mulheres e crianças aos cuidados de saúde “isentando-as de pagamento pelos serviços de saúde” (2009:11) e a formação dos agentes sociais que actuam a nível de cada um dos subsectores. Embora a estratégia não seja inclusiva das crianças do sexo feminino (a não ser quando articula brevemente as relações de género com a maior exposição das mulheres aos “casamentos” prematuros, às ITS, gravidez precoce e à violência), esta proposta contém elementos, como a educação para a saúde e a gratuidade no atendimento de mulheres e crianças que podem estimular uma planificação integrada do género no sector.

No que respeita aos mecanismos que permitem implementar a integração no atendimento das vítimas de violência referimos apenas os que estão directamente relacionados com o objecto deste trabalho, e que são os que estão a ser desenvolvidos nas instituições de saúde e polícia.

É assim que, em Janeiro de 2011, foi elaborada uma Proposta de Plano Multisectorial pelo Governo Moçambicano procurando dar uma resposta integrada à violência. Tendo como primeiro grupo de referência as mulheres vítimas de violência e como segundo grupo de referência as crianças, a proposta assenta num trabalho em rede que inclui as instituições envolvidas no atendimento, com destaque para o Ministério do Interior, Ministério da Mulher e Acção Social, Ministério da Justiça e Ministério da Saúde.

A proposta refere a necessidade de uma coordenação multisectorial, dirigida pelo MMAS, definindo a necessidade de acordos no que respeita à elaboração de uma ficha de registo e de processos que

permitam a comunicação em rede e a criação de um sistema de informação, avaliação e monitoria que articule os sectores da polícia (Gabinete de Atendimento às Vítimas de Violência) saúde e organizações da sociedade civil.

Julgamos que o fluxograma proposto (veja mais à frente) permitirá tornar mais eficaz e célere o atendimento das vítimas, evitando a desistência e a falta de rigor no registo dos casos. Voltaremos adiante a reflectir sobre esta proposta e os resultados alcançados.

Em 2011, um Despacho do MISAU (BR nº 32, I Série, de 12 de Janeiro, aprova as Normas de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência de Género) define a admissão e os Protocolos de Atendimento, sendo de salientar que, relativamente ao abuso sexual infantil, para além do atendimento médico multidisciplinar, se reafirma que os agentes de saúde devem “comunicar o evento às autoridades policiais”. Nos casos de violação e assédio sexual, as vítimas devem ser encaminhadas às urgências de ginecologia, devendo realizar, entre outros actos médicos, a profilaxia do HIV/SIDA, através da testagem e da administração de anti-retrovirais de emergência. O Diploma considera também a necessidade de articulação entre as unidades sanitárias e, nestas, entre serviços¹⁷.

Para a concretização das acções de atendimento integrado foi elaborado um guia detalhado (ainda em *draft*) que procura orientar os profissionais de saúde no atendimento às vítimas de violação sexual, destacando todos os passos que devem constar da avaliação clínica, do seguimento clínico e do aconselhamento psicológico, e ainda a caracterização da abordagem integrada, incluindo a

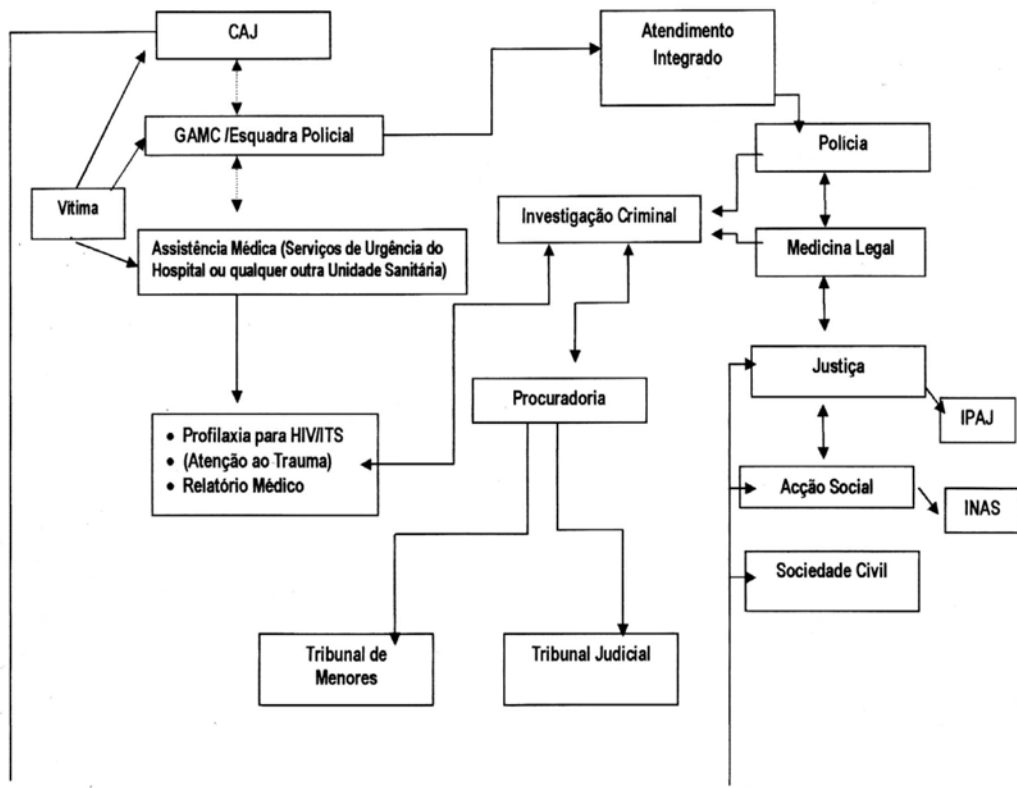
¹⁷ Para além da criação do Centro de Reabilitação Psicológico Infantil e Juvenil (CERPIJ), estão a ser criados, nas unidades sanitárias do país, serviços de atendimento psicológico.

elaboração de uma ficha de notificação (2011). Para além deste guia, que se considera perfeitamente esclarecedor dos actos médicos que devem ser adoptados, o MISAU elaborou um manual de formação ireccionado para agentes de saúde. Com o objectivo de capacitar este grupo para o atendimento integrado às vítimas de violência sexual, o manual caracteriza a violação sexual, o modo como se identifica o atendimento clínico e psicológico a adoptar e as formas de articulação intra e interinstitucional. Com uma abordagem multidisciplinar, o manual promove a articulação com outros serviços e entre unidades sanitárias, ao mesmo tempo que acentua a exigência de coordenação com outros sectores. Face à pesquisa realizada e às deficiências encontradas, considera-se de extrema utilidade e urgência a implementação das acções de divulgação e formação propostas neste manual.

Ainda no quadro de uma estratégia de combate à violência, o Plano Estratégico do Ministério do Interior (EDIMINT, 2009) prevê, relativamente às medidas para combater a violência de género, assegurar, entre outras acções, o atendimento integrado à mulher e à criança vítimas de violência doméstica, o estabelecimento de parcerias com organizações e sectores congéneres e a identificação das causas da violência contra a mulher e rapariga bem como o estudo sobre a eficácia das medidas preventivas. O EDIMINT prevê ainda, no que respeita ao seu funcionamento interno, garantir o equilíbrio de género e prevenir e combater a violência doméstica.

FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO INTEGRADO ¹⁸

Cenário Pós-Violência



¹⁸ Este Fluxograma consta da Proposta de Plano Multissetorial de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência.

No contexto das decisões adoptadas na Conferência Mundial da Mulher em 1995, em Beijing, foram criados, em 1998, nas esquadras da polícia, os Gabinetes de Atendimento às Mulheres e Crianças Vítimas de Violência.¹⁹ Tendo como objectivos o atendimento às vítimas de violência doméstica, abuso sexual, tráfico de pessoas e a recepção dos delinquentes menores de 16 anos, os Gabinetes são um importante mecanismo de combate à violência de género, estando em curso “a criação de secções separadas para crianças nos Tribunais Provinciais e disponibilizaram-se conselheiros para seis hospitais principais para auxiliarem as mulheres e as crianças vítimas de violência” (2005:56). Em 2010, já tinham sido criados no país 15 Gabinetes modelo (com entrada em funcionamento em 2007) com infraestruturas próprias e realizadas, sistematicamente, campanhas de sensibilização (visando prevenir o crime e apelar à denúncia) nas comunidades e nas escolas pelos agentes que prestam serviço nos Gabinetes, por vezes com o apoio de OSCs.

Neste momento, a nível central do atendimento funcionam duas secções: a secção de coordenação do atendimento e a secção de pesquisa e análise. Visando uma maior autonomia, foi já elaborada uma proposta de estrutura organizacional, dependente do Comando da PRM, em que se pretende transformar a repartição em Direcção de Atendimento à Mulher e Criança, com os seguintes Departamentos: Departamento de Coordenação do Atendimento, Departamento de Pesquisa, Análise e Difusão e Departamento de Cooperação e Projectos. Esta organização será reproduzida ao nível das províncias com três repartições.

Pese embora todo o esforço organizacional, um conjunto de factores, entre os quais se destacam a falta de recursos humanos e materiais, a insuficiente formação dos agentes que prestam serviço nos

¹⁹ Desde 2011, estão a funcionar Gabinetes de Atendimento em 126 distritos, não tendo sido criados apenas em dois distritos.

Gabinetes, a sua rotatividade, a dependência dos gabinetes dos oficiais de permanência e comandantes das esquadras (por vezes pouco sensíveis às situações de denúncia da violência doméstica) e ainda o facto de só este ano os Gabinetes terem sido juridicamente constituídos, geram constrangimentos que se exprimem tanto ao nível das estratégias para a resolução de conflitos como ao nível da produção de informação rigorosa e uniforme sobre a situação de violência doméstica no país²⁰. O processo de criação de gabinetes-modelo com mais recursos materiais e humanos pode constituir um avanço no trabalho destas instâncias. No entanto, continua a constatar-se a inaplicabilidade da legislação, como, por exemplo, a Lei nº 20/2009 que pretende prevenir e combater a violência doméstica. As representações de que a violência doméstica é do domínio dos “assuntos sociais”, conduzem a que muitos destes casos continuem a não ser considerados crimes públicos, condicionando as vítimas e os infractores a promessas de melhoria da relação conjugal. No que se refere às crianças vítimas de violação sexual, como desenvolveremos no capítulo a seguir, não são tratadas e encaminhadas (conforme vem expresso na lei) muitas das denúncias apresentadas nas esquadras e, particularmente, nos Gabinetes. Embora esteja prevista a prioridade no atendimento dos casos de violação sexual de crianças e a articulação entre sectores dentro do MINT, constata-se na pesquisa que, ao desconhecimento do Código Penal, se junta uma certa “cumplicidade” que resulta no incumprimento das normas estabelecidas e, conseqüentemente, na impunidade dos agressores, principalmente quando estes são familiares próximos das vítimas. Por esta razão, se a criação do banco de dados ao nível do Departamento Central de Atendimento pode permitir o conhecimento da situação, a verdade é que, considerando

²⁰ No livro de ocorrências de registo dos casos de violência, datado de 2010, No entanto, mesmo na cidade de Maputo e em algumas esquadras onde foi realizada a pesquisa, não é utilizado.

as informações obtidas durante a realização do trabalho, há uma enorme subnotificação da violação sexual de crianças.

Sempre que ocorre violação sexual, os casos, depois de registados (e atendidos nas unidades de saúde), deveriam ser encaminhados à PIC e os agressores detidos, apenas com a comprovação médica da agressão sexual. O relatório da Medicina Legal só é requerido para efeitos processuais. Um dos problemas encontrados na pesquisa e analisados mais adiante é que não existe uma informação completa dos casos registados, pois, depois de enviados à PIC, perde-se o rasto dos processos, ou seja, a acusação do Procurador e as decisões judiciais não são retornadas ao local do registo.

Como voltaremos a referir e como a Proposta de Plano Multisectorial de Atendimento integrado às Vítimas de Violência desenvolve, muitas organizações da sociedade civil têm tido uma experiência diversificada no atendimento às vítimas de violência, principalmente no que se refere ao aconselhamento jurídico-legal e ao encaminhamento para os Gabinetes de Atendimento às Vítimas de Violência, localizados nas esquadras policiais.

Contudo, devido a interferências culturais negativas que conduzem à minimização do crime, há deficiências na articulação intersectorial e mesmo intrasectorial, principalmente no que diz respeito à concertação sobre o entendimento e a aplicação da legislação às situações que envolvem casos de violação/abuso sexual das crianças. Por outro lado, a ausência de uma concepção comum sobre violência sexual, que se exprime na ausência de uma ficha de atendimento integrado, impossibilita o conhecimento e a actuação concertada entre as várias instituições.

Finalmente, relativamente às políticas públicas e aos mecanismos institucionais destacamos como positivos dois aspectos: o primeiro é a existência de dispositivos legais que regulam os direitos das

crianças, podendo ser aplicados importantes instrumentos dissuasores da violência contra os menores; o segundo é a existência de uma visão integrada, de que o Plano Multissectorial é exemplo (mesmo que se considere haver dificuldades na sua implementação), no atendimento às vítimas. Combinando os dispositivos legais com os mecanismos institucionais, podemos afirmar que estão criadas as condições formais para que o combate à violência de género, na dimensão da violação sexual de crianças, seja mais eficaz.

Contudo, a transversalidade inclusiva que existe na filosofia dos programas e dos planos é prejudicada quando se analisam as práticas institucionais, ainda imbuídas por uma visão demasiado sectorial. Por outro lado, a ausência de uma abordagem de género quando se trata de crianças, oculta, a nosso ver, os elementos estruturais de ordem cultural que discriminam as menores do sexo feminino, impedindo que se desenvolvam acções estratégicas que visem actuar sobre as causas da maior exposição das meninas à violência.

Sociedade civil e direitos humanos das crianças

As organizações da sociedade civil moçambicana cujo objecto é a defesa dos direitos das crianças têm-se empenhado na realização de campanhas de divulgação da legislação e sensibilização social, ao mesmo tempo que advogam junto do Estado a elaboração de mecanismos que permitam a promoção dos direitos das crianças. Há que destacar também a realização de pesquisas sobre a situação dos direitos das crianças em Moçambique e a assistência legal às vítimas, já referidas anteriormente.

Embora a concertação entre as várias OSCs registe insuficiências que se traduzem em concepções diferenciadas sobre as formas de tratamento a dar em situações de violação de direitos

(particularmente a violação sexual) e na sobreposição de acções, é de salientar a participação em actividades de sensibilização a nível nacional e regional, como são exemplo a Campanha Regional da África Austral Contra o Tráfico em 2009 e 2010, no contexto da Copa do Mundo de Futebol (realizada em 2010 na África do Sul), e a Campanha Nacional contra o Abuso Sexual da Rapariga na Educação. Acções ao nível local (nos distritos e nas escolas) como o Clube da Rapariga, o Parlamento Infantil e a dinamização de associações juvenis como a Geração BIZ, têm, embora timidamente, procurado intervir na denúncia da violência sexual e na sensibilização das comunidades onde estão inseridas.

A Rede Criança, criada em 1996, agrupa cerca de 104 organizações que têm como missão coordenar acções a favor dos direitos das crianças. Actuando em todo o país, promove a troca de experiências em áreas que vão desde acções que abrangem crianças de rua, abandonadas, drogadas, portadoras de HIV, deficientes e ainda presta assistência jurídica às vítimas. Tem havido uma preocupação da Rede Came em sensibilizar os parceiros através de acções de formação, principalmente para os procedimentos a adoptar na denúncia. Contudo, a falta de um mecanismo que regule a Lei de Bases de Protecção da Criança tem dificultado a clarificação na implementação mais eficaz dos dispositivos legais.

As OSCs debatem-se, assim, com vários problemas, tanto na articulação entre organizações (com uma perspectiva diferente sobre a abordagem à violência sexual e seu contexto) como na relação com as instituições do Estado, que, com outras lógicas de funcionamento, não respondem de forma célere e eficaz aos casos encaminhados. Por outro lado, continuam a existir dificuldades na utilização do conceito de criança devido à falta de unanimidade na legislação, pois, ao mesmo tempo que é ratificada a Convenção dos Direitos da Criança (que define que criança é todo o ser humano com menos de 18 anos),

o dispositivo penal ainda em vigor considera a violação como crime público apenas em crianças menores de 12 anos. No sentido de apoiar as crianças, a Associação dos Defensores dos Direitos da Criança (ADDC), que tem como áreas prioritárias a assistência jurídica e a reintegração de menores em conflito com a lei, refere que, relativamente ao abuso sexual de menores, atende crianças que procuram a organização e também as que são encaminhadas através das esquadras. Todavia, embora haja a preocupação de organizar o processo (desde a auscultação da vítima, à submissão da queixa), referem que há uma grande morosidade devido a múltiplas deslocações a que as vítimas e os seus familiares devem fazer, e ainda à burocracia institucional, o que conduz, não raras vezes, à desistência da queixa.

Com o objectivo de sensibilizar o maior número de pessoas para a necessidade de prevenir e denunciar a violação sexual, muitas das organizações que operam no país trabalham directamente com as comunidades e com as escolas. No entanto, continua a constatar-se a necessidade de fortalecer a articulação em rede, de acções de formação e sensibilização que possam, ao mesmo tempo, promover a identificação da estrutura da violência sexual e desenvolver estratégias que introduzam alterações nas relações de poder que percorrem o quotidiano, principalmente o familiar, que, atravessado por uma teia complexa de valores e práticas hierarquizadas, potencia a ocultação da violência sexual. Por outro lado, e ao contrário da violência doméstica, que desde há alguns anos tem sido objecto de acções estratégicas comuns ou complementares da sociedade civil e das instituições do Estado, no que respeita à violação sexual de crianças, nomeadamente quando o agressor é o pai ou o padrasto, não tem havido uma concertação de posições na sua abordagem. Esta situação manifesta-se desde logo na ausência de estudos aprofundados sobre as complexas e particulares estruturas de submissão presentes nas relações entre crianças e seus familiares

directos. A manipulação do afecto e da dependência das crianças face aos adultos (há que considerar como determinante a dependência simbólica), agravadas por práticas culturais excludentes (retirando-lhes direitos, ou conformando-as aos determinados pela “vontade” familiar), contribui para transformar a violação sexual intrafamiliar num assunto “secreto” e “desconfortável” para quem tem como missão combatê-lo.

Mais recentemente, algumas OSCs definem estratégias que procuram alargar ou descentrar do campo médico-legal o espaço de actuação no combate à violência sexual, envolvendo directamente o apoio psicológico às crianças vítimas e a mudança de comportamento dos adultos. Está neste caso a ARES (Associação Reconstruindo a Esperança), organização de psicólogos que, estabelecendo parcerias com sectores do Estado, como o MISAU e o MINT, Universidades e organizações da sociedade civil, forma profissionais (incluindo a nível de mestrado) que apoiam as vítimas traumatizadas pela violência sexual. Tendo como metodologia de trabalho a psicanálise, a ARES investe num modelo em que as crianças aprendem a identificar as possíveis manifestações de violação sexual, incentivando as famílias e as comunidades à denúncia e à retirada do violador da convivência familiar. Esta posição que tem como alvo mais a cura do trauma do que a punição do agressor (as famílias são livres de apresentar queixa) colide com a obrigação da denúncia prescrita na Lei. A nosso ver não se deve deixar às vítimas e às suas famílias a vontade e a responsabilidade de denunciar/prosseguir com a denúncia, não sendo suficiente dar a conhecer ou pôr à disposição das pessoas, as instâncias que prestam assistência legal ou que apoiem o prosseguimento do processo de penalização. No entanto, considera-se que a abordagem que acentua o suporte psicológico às crianças, conduzindo-as à descoberta da sua condição de vítima (e de repúdio dessa condição) pode constituir, se secundada por uma

concertação multidisciplinar, um instrumento para desactivar os mecanismos estruturantes da violência sexual.

Para essa concertação é, pois, importante, a existência de organizações cuja forma de actuação seja mais directa, permitindo visibilidade pública e o encaminhamento mais célere das situações que envolvam a violação dos direitos das crianças. Está neste caso a Linha Fala Criança (LFC). Criada em 2009 e tendo como grupo-alvo crianças até aos 18 anos, esta organização tem como objectivo providenciar um serviço telefónico de denúncia de casos de negligência paterna, relacionamento familiar e abuso sexual, entendido como violação sexual²¹. Tendo como suporte um grupo de activistas preparados para lidar com estes assuntos, a LFC constatou no seu primeiro ano de trabalho que a faixa etária mais atingida se situa entre os 10 e 12 anos e que a negligência familiar seguida de abuso sexual e mau relacionamento familiar são as principais formas de abuso. Com uma abordagem multisectorial, a organização tem relações privilegiadas com os Gabinetes de Atendimento da Mulher e Criança, CERPLJ, MULEIDE, ONP, ARES e Fórum das Rádios Comunitárias (FORCOM), desenvolvendo um conjunto de actividades que vão desde a formação de conselheiros nas comunidades e a divulgação dos direitos das crianças, até à assistência legal. No entanto, a ausência de um modelo de articulação que permita o retorno e as dificuldades de comunicação com o sector policial, conduz a uma grande frustração dos activistas e dos/das denunciante(s), que se reflecte na repetição dos telefonemas, denunciando a não resolução dos casos pelos sectores do Estado e conduzindo, com frequência, tal como já referimos, à desistência das vítimas, mesmo no caso em que estas tenham menos de 12 anos.

²¹ 116 é o número de telefone utilizado na região para denúncia dos casos de violação de direitos das crianças.

Recentemente em 2010 foi constituído um Fórum da Sociedade Civil para os Direitos da Criança (ROSC) que tem como objectivo “realizar advocacia, monitoria e influenciar a implementação de políticas sociais e demais legislação nacional e internacional sobre os direitos da criança” (ROSC, 2011).

A questão que se coloca quando se observa o trabalho das organizações da sociedade civil é a existência de alguma descoordenação entre os vários programas que são desenvolvidos com o mesmo grupo-alvo e nos mesmos espaços. O exemplo mais evidente é o que se passa nas escolas, onde um conjunto de organizações realiza actividades sem atender à integração de uma perspectiva estratégica comum. Este problema é muito mais grave se pensarmos na ambiguidade e na pouca clareza expressas pelas representações e pelas práticas institucionais na abordagem da violência sexual, particularmente a violação sexual de crianças. A isto pode acrescentar-se a ausência de uma perspectiva de género na aproximação aos casos de violação sexual, o que leva à alienação da dominação patriarcal, como dimensão central. Por outro lado, a este conjunto de problemas juntam-se outras dificuldades como: (i) não existindo retroalimentação dos casos (não há retorno dos tribunais, da PIC e do Ministério Público), a enorme dificuldade em definir mecanismos de actuação; (ii) o Código Penal, com as molduras penais previstas e a limitação na definição da idade em que a violação sexual é crime, não responde às realidades actuais; (iii) a ausência de um banco de dados que centralize toda a informação, de modo a permitir que se possa delinear estratégias mais eficazes.

Finalmente, compete-nos afirmar que é notável o trabalho realizado pelas OSCs no combate à violação sexual de crianças, se atendermos à crónica falta de recursos e às poucas possibilidades de sustentabilidade devido à natureza das actividades que desenvolvem.

5. Violação sexual de menores: representações e práticas familiares e institucionais

Analizados os dispositivos legais e mecanismos institucionais definidos no tratamento da violação sexual, procuraremos, neste capítulo, distinguir as posições das e dos entrevistados, principalmente no que se refere aos conceitos adotados e às suas implicações no atendimento e na articulação inter e intrainstitucional.

É particularmente importante evidenciar a presença de uma abordagem sectorial homogênea sobre o significado que é conferido à violação sexual de crianças, nomeadamente no que se refere aos contextos de produção do crime e às formas de atendimento e encaminhamento. O modo como a informação é registada permitirá de forma concreta indicar-nos a existência, ou, pelo contrário, a ausência de acordos entre concepções e práticas na abordagem da violação sexual de menores.

Ao seleccionarmos como grupo-alvo os agentes policiais, os agentes da saúde e os activistas da sociedade civil, pretendemos avaliar o modo como as intervenções nestes diferentes níveis são complementares. Ou seja, como, e em primeiro lugar, cada um dos sectores representa e actua face às suas competências e, em segundo lugar, como os mecanismos descritos nos capítulos anteriores são aplicados. Importa-nos compreender se, independentemente dos conflitos entre estratégias e acção das três instâncias, as crianças são

tomadas como sujeito de direitos, isto é, se a “solução” se centra na vítima e na sua defesa ou se se desloca para a família, alienando os direitos das vítimas ao poder parental. Esta questão de poder é tão mais importante quanto se reconhece que a violação sexual, principalmente de meninas, mas também de rapazes, deve ser compreendida no contexto de uma estrutura de género e de um normativo cultural que exerce a sua dominação através do controlo do corpo.

Finalmente, e embora as famílias e as vítimas não tenham constituído objecto de estudo, achamos importante intermediar as suas representações, através dos significados que as entrevistadas e entrevistados dão ao modo como as famílias e as comunidades agem perante a violação sexual de menores.

5.1. A estatística e a articulação intra e interinstitucional

Com a recolha de informação estatística, foi nosso objectivo fazer um levantamento dos dados sobre violação sexual em cada um dos sectores que constituíram as unidades espaciais de estudo, de modo a poder identificar os critérios adoptados no registo da informação de cada uma das instituições e correlacionar a informação e a sua circulação no seio do mesmo sector e entre sectores²². Para que a análise permitisse avaliar a evolução dos casos de violação sexual e o

²² Recorde-se que as unidades espaciais de estudo são, no que respeita à saúde, o Centro de Saúde da Polana Caniço, o Hospital Mavalane, o Hospital José Macamo e o Hospital Central de Maputo. No que se refere ao sector policial, recolhemos informação no Gabinete Central de Atendimento à Mulher e Criança Vítima de Violência, nas 5^a, 12^a e 18^a esquadras, no posto policial 19 e na PIC da cidade de Maputo. Foi também recolhida informação na ARES, ADCC e LFC, organizações da sociedade civil.

aperfeiçoamento no registo da informação, foi nossa intenção cobrir o período que vai de 2008 a 2010.

Tendo como grupo-alvo a faixa etária compreendida entre os 0 e os 12 anos que, como já se referiu, corresponde à idade limite tomada como crime público pelo Código Penal ainda em vigor, foram definidos como indicadores a idade das crianças violadas, o sexo e o perfil dos agressores. Pretendia-se também identificar a porta de entrada mais utilizada pelas vítimas e encaminhamento para outros sectores, de modo a completarmos o circuito da violação.

Contudo, constataram-se dois fenómenos: o primeiro é que em cada sector e mesmo intrasectores, como no caso da saúde, não existe uma ficha uniformizada para registo, do que resulta uma disparidade na informação. No sector de saúde, e segundo nos disse uma entrevistada, “não há padronização no registo nem monitoria, não existe articulação com o MMAS nem com o MINT” (Isabel 1). Por outro lado, nos hospitais de referência existe um único livro que regista os mais diversos tipos de ocorrência, não havendo qualquer sistematização dos casos e da sua incidência²³. Um segundo fenómeno tem a ver com a ausência de qualquer registo sistematizado tomando como categoria a violação sexual, como é o caso das esquadras onde realizámos o trabalho. Mesmo quando se afirma que há articulação intrasectorial, a informação não tem suporte documental: por exemplo, quando solicitamos a informação nas esquadras, os agentes policiais folheiam várias pastas e depois vão enumerando os casos. Isto é tão mais estranho quanto o facto de dizerem que enviam o registo para o Gabinete Central, não guardando nenhuma cópia.

²³ O grupo de pesquisa teve que consultar os livros de registo e, a partir daí, fazer a recolha dos dados.

Por outro lado, não havendo comunicação interinstitucional ou sendo esta deixada ao arbítrio dos vários actores, verificam-se dificuldades na definição de critérios comuns, prevalecendo as abordagens sectoriais, cujo resultado é a ausência de uma informação fidedigna que permita o cruzamento de dados e a avaliação e a monitoria da realidade sobre violação sexual. A questão da idade é paradigmática da falta de coordenação entre polícia, saúde e sociedade civil: como veremos pelas tabelas, a definição de faixas etárias diferenciadas não permite ter uma visão integrada das situações de violação sexual de menores de 12 anos. Isto é, se a denúncia é obrigatória para crianças até aos 12 anos, o mesmo não acontece para as que têm uma idade superior. Este facto pode estar na origem de alguma confusão na articulação entre saúde e polícia, explicando, em parte, as dificuldades sentidas pelos agentes de saúde no que respeita à comunicação à polícia, que deveria ser obrigatória para o grupo-alvo.

Para além destes constrangimentos, a equipa de pesquisa enfrentou enormes dificuldades na obtenção da informação, particularmente no HCM, não tendo sido possível o acesso aos registos²⁴. Com o argumento da protecção dos utentes, para manter a confidencialidade da informação (embora tenha ficado claro que não se pretendia com este estudo identificar abusadas e abusadores), os dados foram sonegados, com excepção do serviço de Medicina Legal e do CERPIJ. O secretismo e o medo manifestado por alguns/as entrevistados/as em fornecer informação que deveria ser pública, põe em causa a elaboração de políticas e estratégias coordenadas de luta contra a violação de menores²⁵.

²⁴ Fomos informados pela Direcção do HCM que teríamos que sujeitar o nosso pedido de acesso à informação à Comissão de Ética, o que, considerando os quesitos exigidos, significaria a não realização da pesquisa.

²⁵ Uma situação caricata revelou-se quando, perante a recusa de um determinado sector em fornecer informação, constatámos que essa mesma informação estava disponível em apresentações feitas em Conferências no exterior do país.

Considerando os constrangimentos, a informação que se apresenta provém de diferentes fontes e com diferentes metodologias. No sector da saúde, a informação do HCM foi elaborada com base em dados fornecidos directamente pelos profissionais, ou então recolhidos de apresentações públicas sobre o tema; no Centro de Saúde da Polana Caniço, no Hospital de Mavalane e no Hospital José Macamo, a equipa de pesquisa teve acesso aos livros de ocorrências, sendo daí retirada e sistematizada a informação. No sector policial, a informação foi transmitida verbalmente, com excepção da PIC que forneceu a informação escrita.

Por esta razão, as tabelas e a análise, mais do que mostrar evidências da situação da violação sexual de menores na cidade de Maputo, exprimem a coerência (ou incoerência) entre a informação fornecida pelos vários sectores e no seio do mesmo sector.

A apresentação deste ponto será feita por sector e entre unidades no mesmo sector, procurando ainda estabelecer-se a articulação entre eles.

Sector policial

Os dados fornecidos pelas esquadras, com excepção da PIC, estão conformes à solicitação formulada pela WLSA, no que diz respeito ao perfil das crianças (sexo) idade e ao perfil do abusador (grau de parentesco e idade). Algumas esquadras disponibilizaram dados incompletos, ou porque não tinham informação ou por a metodologia no registo não incluir, por exemplo, os dados referentes à violência sexual. Por outro lado, a informação estatística não permite saber o resultado dos casos encaminhados, devido à inexistência de um sistema de retorno deste conhecimento para as esquadras das disposições tomadas na PIC e nos Tribunais.

A tabela 11 apresenta o número de crianças violadas sexualmente em 2008, 2009, e 2010, destacando-se o ano de 2009 como o de maior incidência. A PIC da Cidade, por receber todos os casos de investigação de violência sexual na cidade de Maputo, tem um maior número de dados. A mesma tabela informa ainda que as meninas são as principais vítimas, em cerca de 86% dos casos, sendo a faixa etária de maior incidência da violência sexual a que se situa entre os 9 aos 12 anos (41%).

Quanto ao perfil do violador, a maioria tem uma idade que varia entre os 16 e os 30 anos (60%). Normalmente, o prevaricador é alguém próximo da vítima, com maior predominância o vizinho, com 34% dos casos, seguido de um familiar (tio, primo, irmão), com cerca de 11%, e do pai, com cerca de 7%. Evidencia-se, cumulativamente, que, em 52% dos casos, o violador é alguém próximo da vítima e em 48% era desconhecido.

Continuando a analisar a tabela, há duas questões que merecem atenção: a primeira é o facto de haver assinaláveis diferenças nos anos de 2009 e 2010, mas, principalmente, neste último, entre a informação fornecida pela PIC da cidade (30 casos) e a do Gabinete Central de Atendimento à Mulher e Criança Vítima de Violência Doméstica (7 casos), o que pode indiciar que muita da informação sobre violação sexual de menores não é conhecida, ou, pelo menos, não é contabilizada pelo Gabinete. A segunda questão tem a ver com a incidência da violação por parte dos pais e padrastos que desenvolveremos nos pontos subsequentes. Na realidade, e ao contrário do que afirmam os e as informadores/as, os pais representam uma percentagem mínima entre os violadores. Esta subnotificação pode significar a aceitação por parte das autoridades policiais da desistência da queixa ou ainda a falta de articulação entre os sectores da saúde e da polícia.

Destaque-se também que, em 2010, foram registados no Gabinete Central de Atendimento à Mulher e Criança Vítimas de Violência, apenas 7 casos de violação sexual neste grupo-alvo, enquanto o somatório das cinco unidades policiais onde foi recolhida informação foi de 25 ocorrências, o que evidencia uma interrupção no circuito de um crime que é público. A explicação para esta situação pode ser também encontrada no facto de o Gabinete Central distinguir violação sexual e abuso sexual, sendo este classificado como violação sexual na sua forma continuada.

Tabela 11: Registo da informação sobre violação sexual de menores de 12 anos na cidade de Maputo

Esquadra	N° de crianças por ano			Sexo		Idades das crianças			Idade do violador			Grau de Parentesco				
	2008	2009	2010	F	M	0 -4 anos	5 – 8 anos	9 - 12 anos	0 - 15 anos	16 - 30 anos	30 < anos	Vizinho	Pai	Padrasto	Familiar/ Conhecido	Desconhecido ²⁶
5ª Esquadra (HCM)	-	-	7	8	1	0	4	5	0	0	0	2	0	0	0	7
12ª Esquadra	2	16	7	25	0	3	13	9	1	12	6	7	3	0	3	12
14ª Esquadra	-	-	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18ª Esquadra	2	2	2	6	0	2	1	3	1	3	2	4	0	0	1	1
Posto Policial n° 19	-	-	4	3	1	0	1	3	0	0	0	2	0	0	1	1
Gabinete Central de Atendimento (MINT)	-	37 (5)	7 (66) ²⁷	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PIC da C. Maputo	44	45	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAIS	48	100	60	42	2	5	19	20	2	15	8	15	3	0	5	21
%	23%	48%	30%	86%	4%	10%	39%	41%	8%	60%	32%	34%	7%	0%	11%	48%

Fonte: Compilação de dados realizada pelo grupo de pesquisa

Sector da saúde

Em relação à estatística no sector de saúde e, tal como já referimos anteriormente, cada uma das unidades sanitárias possui a sua própria forma de organização, definição de categorias e intervalos de idades, sendo ainda de salientar a inexistência de informação sistematizada.

²⁶ Ocorreu na rua.

²⁷ Relativamente ao Gabinete Central de Atendimento à Mulher e Criança Vítimas de Violência, os números que se encontram entre parênteses referem-se aos casos calssificados como abuso sexual que corresponde à violação sexual cometida de forma continuada.

Se consideramos as tabelas 12²⁸, 13 e 14, verificamos, em primeiro lugar, que não existem critérios em termos de idade, no registo de informação, o que impossibilita uma análise com algum rigor. No entanto, poder-se-á constatar certa discrepância entre os vários serviços no HCM. Por exemplo, no ano de 2008, 86 crianças (com idades compreendidas entre os 0 e os 11 anos) deram entrada nas Urgências Ginecológicas. No mesmo ano, estão registados na Medicina Legal 52 casos de violação sexual em crianças (com idades entre os 0 e os 14 anos). Se considerarmos que, não obstante os casos atendidos na Medicina Legal ocuparem uma faixa etária até aos 14 anos (nas Urgências Ginecológicas a faixa etária considerada tem como limite os 11 anos), constata-se que (sendo o relatório de Medicina Legal obrigatório para prosseguir com o processo na polícia) o desfazamento entre os dados pressupõe que as vítimas apenas vão ao hospital para tratamento, e que muitas das vítimas e os seus familiares não recorrem ao sistema de administração da justiça.

Se atendermos à tabela 14 que informa sobre os casos de violação sexual atendida nos Serviços de Pediatria do HCM, entre os anos 2007 e 2010, verifica-se, em primeiro lugar, que o intervalo da faixa etária não é a mesma utilizada pelos outros serviços e, em segundo lugar, que, em quatro anos, deram entrada nestes serviços 508 casos de violação de menores (entre os 0 e os 15) sendo que na Medicina Legal (tabela 13), para o mesmo período, houve um total de 365 casos reportados para crianças entre os 0 e os 14 anos. Parece-nos ficar

²⁸ A informação das Urgências de Ginecologia e das Urgências de Pediatria foi obtida através de apresentações públicas realizadas por profissionais dos sectores. Saliente-se a total indisponibilidade dos profissionais destes serviços na disponibilização do acesso aos dados. Por esta razão, e, em relação aos anos que constituem o período de análise, no que se refere à Ginecologia apenas podemos recorrer ao ano de 2008, e na Pediatria a informação apresentada agrega o período entre 2007 e 2010.

evidente que muitas das crianças atendidas nos Serviços de Pediatria não são encaminhadas para a Medicina Legal.

Por outro lado, é necessário reforçar a ideia de que a diversidade de critérios e indicadores entre as diversas entidades torna a informação existente insuficiente, quando se pretende analisar e correlacionar os dados estatísticos.

Tabela 12: Casos de violação sexual reportados pelos serviços de Urgência de Ginecologia do HCM

Anos	Nº de Pacientes	%	Faixa Etária das vítimas			
			0 - 5 anos ²⁹	06 - 11 anos	12 - 19 anos	<20 anos
2005	127	12%	11	22	58	36
2006	193	18%	5	62	111	15
2007	430	39%	43	95	200	92
2008	351	32%	16	70	144	116
TOTAIS	1.101	100%	75	249	513	259

Fonte: MISAU, Sidónia Fiosse

²⁹ Os intervalos de idades são fiéis à fonte.

Tabela 13: Casos de violação sexual reportados pela Medicina Legal do HCM

Anos	N° de crianças	%	Sexo das vítimas		Idade das crianças			Grau de Parentesco					S/ I
			Fem.	Masc.	0 - 4 anos	5 - 9 anos	10 - 14 anos	Vizinho	Pai	Padrasto	Familiar/ Conhecido	Descon.	
2007	74	25%	69	5	14	22	38	23	0	0	26	22	4
2008	52	18%	50	2	6	22	24	18	0	0	23	7	2
2009	91	31%	85	6	12	35	44	32	0	0	41	11	2
2010	79	27%	71	8	15	23	41	14	0	0	47	12	4
TOTAIS	296	100%	275	21	47	102	147	87	0	0	137	52	12
%	-	-	93%	7%	16%	34%	50%	32%	0%	0%	50%	19%	

Fonte: Informação prestada pelo Serviço de Medicina Legal

Tabela 14: Casos de violação sexual reportados pelos serviços de Pediatria do HCM

Anos	N° de crianças	Sexo das vítimas		Idade das crianças			Grau de Parentesco				
		Fem.	Masc.	0 - 5 anos	6 - 10 anos	11 - 15 anos	Vizinho	Pai	Padrasto	Familiar	Descon.
2007 – 2010	508	493	15	163	213	132	176	25	0	87	220
TOTAIS	508	493	15	163	213	132	176	25	0	87	220

Fonte: MISAU, II Conferência Moçambicana de Pediatria (informação compilada)

A tabela 15 mostra o número de casos de violação sexual acompanhados no CERPIJ, sendo evidente a falta de acesso a estes serviços de crianças violadas sexualmente, particularmente visível no ano de 2010.

Tabela 15: Casos de violação sexual de crianças dos 0 aos 12 anos reportados pelo CERPIJ

Anos	Nº de crianças
2007	0
2008	101
2009	114
2010	29
TOTAIS	244

Fonte: Informação recolhida no CERPIJ

Na tabela 16 encontramos a informação agregada obtida no Centro de Saúde Polana Caniço, Hospital de Mavalane e Hospital José Macamo e no Hospital José Macamo. Na tabela 17 em que se apresenta a informação referente às organizações da sociedade civil, salienta-se a profunda incompatibilidade entre as várias instâncias de atendimento, sendo ainda notórias (e incompreensíveis) as enormes diferenças entre o Hospital de Mavalane e o Hospital José Macamo.

Tabela 16: Número de casos de violação sexual recolhidos nas unidades sanitárias

Anos	Hospital de Mavalane	Hospital José Macamo	Centro de Saúde Polana caniço	Subtotais
2008	0	0	0	0
2009	0	28	2	30
2010	137	25	4	166
TOTAL	137	53	6	296

Fonte: informação recolhida nas unidades sanitárias

Observando a tabela 17, que apresenta a informação fornecida pelas OSCs, destaca-se a importância que a Linha Fala Criança assume na

queixa, possivelmente por constituir uma forma de denúncia mais rápida e anónima.

Tabela 17: Número de casos recolhidos nas Organizações da Sociedade Civil

OSCs	Anos	Nº de crianças	Sexo		Idades das crianças			Grau de Parentesco				
			F	M	0 -5 anos	06 - 10 anos	11 - 15 anos	Vizinho	Pai	Padrasto	Familiar/ Conhecido	Descon.
ARES	2010	31	26	5	2	19	5	3	0	0	16	5
ADDC		6	6	0	1	2	3	0	0	0	0	0
LFC		229	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		266	32	5	3	21	8	3	0	0	16	5

Fonte: informação fornecida pelas OSCs

Fica evidente por esta apresentação da informação recolhida, a falta de articulação existente na coordenação inter e intrasectorial, por um lado, sendo de referir, tal como se encontra desenvolvido nos pontos subsequentes, que a não partilha de informação, não apenas reflecte níveis de ruptura nos fluxos de informação como também formas diferenciadas de identificar e caracterizar a violação sexual, como são exemplo a ambivalência entre as noções de abuso e violência sexual e as discrepâncias existentes na categorização de criança.

5.2. Caracterização e percepções sobre a violação sexual e enquadramento legal: os diferentes pontos de vista e implicações

Há uma grande diversidade no mesmo sector e entre sectores na percepção do que é violação sexual, estabelecendo-se diferenças com abuso sexual ou tomando-a como sinónimo. Por exemplo, para algumas/uns das/dos entrevistadas/os no sector da polícia é considerada violação sexual (tratada como tal) quando há penetração, sendo consideradas formas de abuso, todos os outros actos de agressão sexual, incluindo o assédio e a violação sexual de crianças do sexo masculino³⁰. Para outros a violação sexual constitui um acto executado uma única vez e abuso sexual é a violação sexual em forma continuada. Do mesmo modo, a sensibilidade das e dos entrevistadas/os para a violação sexual de menores é muito variada, predominando, no entanto, uma percepção pouco valorizadora da gravidade deste crime. Em nenhum momento a violação sexual foi enquadrada pelas e pelos entrevistadas/os como manifestação de uma estrutura de género que naturaliza a violência sexual. Quando uma das nossas entrevistadas afirma que *“só a penetração é traumatizante, a sedução não tem muito significado”* (Maria 3), há um acordo implícito com uma ideologia que, através de um normativo cultural, mantém o corpo sob controlo, interferindo na construção das identidades sexuais conformes a uma herança cultural excludente de direitos. É esta concepção que, hierarquizando

³⁰ No actual Código Penal não está prevista a violação sexual contra menores do sexo masculino. Este crime está enquadrado no atentado ao Pudor com uma moldura penal de três dias a dois anos (art. 391).

direitos em função da idade e do sexo, influencia a existência de um clima de “despreocupação” e impunidade³¹.

Relativamente ao número de denúncias de violação sexual, não existe uma posição unânime, mesmo quando se trata do mesmo grupo-alvo, sendo que as diferenças mais substanciais situam-se entre opiniões das/os activistas da sociedade civil e agentes de saúde e as que são apresentadas pelos agentes policiais. Mesmo que estas posições não se traduzam em informação estatística, é transmitida uma ideia da parte da sociedade civil e da saúde de que há um aumento significativo de casos de violação, (considerando ao mesmo tempo que continua a haver uma subnotificação), enquanto nas esquadras muitas/os agentes se referem a uma diminuição sensível dos casos, devido ao aumento de sensibilização das comunidades.

Esta situação pode ficar a dever-se ao facto de haver rupturas no fluxo de informação, não chegando muitos casos às instâncias policiais, ou também por haver desacordo entre o enquadramento do conceito de criança e a moldura penal prevista para a violação sexual. Isto é, enquanto para a maioria das organizações da sociedade civil são consideradas crianças todas as que têm 18 anos ou menos, para o sector de saúde os 14 anos é a idade limite para o enquadramento da criança no atendimento pediátrico, e a polícia orienta-se pelo previsto pelo Código Penal, em que a violação sexual só é crime público quando é cometido até aos 12 anos³². Por outro lado, como

³¹É interessante constatar que os nossos interlocutores estão muito mais familiarizados (conferindo-lhe maior importância) com a violência doméstica e com a legislação que a penaliza, do que com a violação sexual de crianças. Possivelmente, a mediatização e as estratégias das organizações na acção contra a violência doméstica não têm privilegiado a concepção que o poder que estrutura a ordem de género, se manifesta desde a primeira infância. Contudo, isto não significa que as denúncias de violência doméstica sejam geridas conforme o legislado ou que a violência doméstica seja percebida no quadro da violação de direitos.

³² Contudo alguns agentes desconhecem a lei, enquadrando o crime de violação sexual até aos 15 anos.

referiremos mais adiante, há constrangimentos na articulação intrainstitucional, como é o caso de alguns Gabinetes terem transmitido que não havia nenhuma denúncia de violação sexual de menores durante 2011, quando nós tínhamos conhecimento factual da existência de casos deste tipo, ou ainda quando afirmam, contraditoriamente, que mensalmente são denunciados dois ou três casos de violação sexual de menores, sem que, contudo, constem do registo das esquadras. Embora de forma menos acentuada encontramos também ao nível do sector da saúde incompreensões sobre a violação sexual de menores, sendo deixado ao critério dos médicos (que é variável com os modelos curriculares e escolas de formação) as decisões a adoptar.

Esta situação, para além de ter implicações ao nível do atendimento e encaminhamento dos casos, conduz à existência de conflitos entre instituições (e no seio destas) e percepções erradas no tratamento dos casos, havendo, por exemplo, em algumas esquadras da polícia, a noção de que as denúncias de violação sexual, mesmo as que são cometidas contra menores de 12 anos, carecem de denúncia para o seu tratamento como crime, deixando de ser assim considerada crime público. Ora esta concepção leva à paralisação ou à interrupção dos processos, principalmente nos casos em que o crime é cometido no contexto familiar. A estatística mostra a grande disparidade de registo de informação no que respeita às várias instâncias e dentro do mesmo sector. Como exemplo, consta que, em 2010, foram encaminhados para a PIC da cidade, 62 casos das crianças violadas com menos de 12 anos, enquanto a Medicina Legal regista, para o mesmo período, 79 casos (embora neste número também estejam incluídas crianças na faixa etária dos 12 aos 14 anos).

Estes problemas não são alheios ao “grande desconhecimento da legislação por parte dos curandeiros, dos secretários dos bairros, da OMM e da polícia que muitas vezes são coniventes destas situações”

(Isabel 2). Mesmo ao nível da saúde, a legislação não é conhecida pelos enfermeiros e médicos. Alguns consideram que não é crime público e outros introduzem mesmo uma concepção de violação que, se não tivesse implicações para a vida futura das vítimas, poderia caber no campo da anedota, como, quando se afirma que: “considero violação sexual quando um menino, como temos agora um caso, violou uma cabra, estes são os futuros violadores” (Joana 3).

É de referir que a ausência de uma formação curricular que transmita competências no atendimento e tratamento das vítimas agrava a situação, como nos disse uma entrevistada: “no curso de medicina, somente na cadeira de Medicina Legal aprendemos matérias básicas sobre a violação sexual. Estas matérias não incluem habilidades para a identificação de casos de violação sexual” (Joana 4). Esta situação pode explicar a ligeireza com que a violação sexual de menores é, por vezes, tratada nas unidades sanitárias, nomeadamente na identificação da violação sexual (a existência ou não de penetração) e na abordagem puramente medicalizada com que o assunto é abordado.

Neste sentido, e tal como acontece com agentes policiais, agentes de saúde referem a insensibilidade de alguns/algumas colegas que, não tendo em conta o trauma provocado pela tentativa de violação, não adoptam as medidas de acompanhamento necessárias para a superação da situação. Esta questão é particularmente sentida pelas/os psicólogas/os clínicas/os que reagem com inquietação e frustração, relativamente aos médicos e aos agentes policiais, tal como está expressa nesta fala:

“há casos em que, quando não há penetração, o violador não aceita que violou, porque somente apalpou. Nas esquadras, estes casos a polícia também pensa assim, nem abre o caso, como não houve penetração, a polícia não ajuda, não tem sensibilidade, são eles que mandam resolver em casa,

principalmente quando o violador é da família. Aquilo é violação sexual, porque o homem já despiu a criança só que alguém chegou a tempo de não lhe permitir penetrar. Tivemos um caso de um padrasto que despia a menor e masturbava-se e ejaculava no corpo da menor, a polícia diz que não era violação porque ‘ele não fez nada’ e devem resolver em família, mas nós insistimos que aquilo é violação porque traumatizou a menina” (Joana 8).

O que se depreende deste caso, é que, para além de uma grande falta de sensibilidade por vezes confundida, de forma ambígua, com cumprimento estrito da lei, há um fraco conhecimento da legislação internacional ratificada por Moçambique que sanciona severamente todas os atentados contra a integridade das crianças. Torna-se também evidente a necessidade urgente de regulamentação da Lei de Bases de Protecção à Criança (Lei nº 7/2008), para que casos como este não esbarrem no silêncio e na cumplicidade institucional.

Contexto e perfil das vítimas e dos agressores

O aumento e a maior visibilidade dos casos de violação sexual de menores deve ser encontrada, segundo as pessoas entrevistadas, na alienação das famílias na educação das crianças, na proliferação de práticas que conferem à violação sexual de virgens a cura para o SIDA (o que leva ao surgimento de muitos casos na faixa etária dos 2 e 3 anos) e no aumento da pobreza que permite a promiscuidade e a adopção de estratégias que têm como recurso a utilização das meninas como fonte de rendimento. Parece-nos, contudo, tal como referimos anteriormente, que a explicação da pobreza como causa para a violação sexual apenas oculta a legitimidade de um modelo que constrói a desigualdade de poder em função do sexo. Por outro lado, relatos, embora raros, mostram de forma consistente que há um

aumento da sensibilidade em algumas comunidades (independentemente das condições económicas) para a necessidade de denúncia da violação sexual, principalmente (e quase apenas) quando o agressor não é familiar³³. No entanto as situações mais comuns descritas pelas pessoas são aquelas em que os violadores, por via do poder, obstaculizam a denúncia, havendo casos de famílias marginalizadas na comunidade por terem procurado apoio legal³⁴.

De forma geral, e como referimos, a maioria das e dos entrevistados caracteriza a violação sexual como um acto que implica força e penetração sexual da vítima. Embora constitua apenas um pequeno grupo, parte das pessoas ouvidas durante o trabalho considera que “o casamento precoce é uma violação sexual e é um crime público, com a agravante de estar definido na Lei da Família que a idade núbil é de 18 anos” (Francisca 1). Continuando, esta mesma entrevistada afirma que, para além do casamento prematuro, “existe a hipoteca que é quando o pai precisa de dinheiro, entrega a filha a um homem até pagar a dívida”, acrescentando que, “principalmente no centro do país, existe a promessa de casamento que consiste em prometer uma criança recém-nascida a um adulto que cobre as despesas desta até à menarca, sendo depois entregue ao homem”.

Para a grande maioria das e dos entrevistadas/os, os agressores são familiares próximos (pais e padrastos), embora a informação fornecida pela polícia não comprove esta opinião, como vimos no ponto anterior. Para muitos activistas que trabalham nas comunidades, há dois fenómenos que têm surgido com mais evidência que é a utilização das filhas pelos pais para pagamento das

³³ Não foi possível encontrar evidências entre a correlação das acções de sensibilização realizadas nas comunidades com o aumento de denúncias apresentadas.

³⁴ Também há muitas referências à soltura dos violadores ou mesmo à sua não detenção por parte dos agentes policiais.

dívidas e a violação sexual pelos pais ou padrastos, aconselhada pelos curandeiros como forma de enriquecimento. Num contexto em que muitos bairros da periferia da cidade são atravessados por uma grande onda de criminalidade, a violação sexual assume proporções particulares. Socializadas para uma sexualidade ausente dos discursos sociais e familiares, com a violação sexual, os corpos ganham uma visibilidade não desejada. Esta transferência para o espaço público de um domínio reconhecido como privado, produz nas famílias um sentimento de desonra e de exclusão face ao meio onde estão inseridas. A violação sexual é, assim, também, a violação de uma ordem constitutiva de um modelo cultural que orienta e determina o lugar do corpo como elemento central da configuração das identidades sexuais. Isto significa que, rompido o silêncio e agredidas as normas que disciplinam e domesticam o corpo em função das relações de género, percorridas por um poder que é violento e controlador, a violação sexual acaba por se exercer num contexto reconhecido socialmente como “natural” e “legítimo”. Ora, a violação sexual, sendo ela própria expressão de um poder que contém em si a submissão do outro, atinge, pela sua visibilidade, em primeiro lugar, a família, que não “soube” preservar a norma e questiona, em segundo lugar, os elementos de coesão comunitária. Quando famílias e comunidades procuram manter o silêncio, estão a proteger-se da desordem que a violação sexual, principalmente de meninas, comporta: as agressões que têm como objecto o corpo sexuado, significam mais do que outros crimes, como, por exemplo, o homicídio, um abalo do modelo patriarcal, tal como ele é percebido e praticado. Ou seja, se a violência sexual a que as meninas (e também os meninos) são, ritual e rotineiramente, sujeitas, é componente de uma socialização que desenvolve mecanismos de controlo conformes à dominação, quando, na dimensão de violação, ocorre no espaço público e também, e principalmente, no espaço privado, verificam-se então duas situações: ou se silencia ou se produz a exclusão da família que a publicitou. Embora isto não seja linear, o que se

constata é que a violação pode ser resolvida por negociação em que o corpo da criança é um bem de mercado, ou pelo casamento (em que a mercantilização continua a ser estruturante), como acontece com o “casamento” prematuro. Portanto, quer para a comunidade, quer para as famílias, o que está em jogo são os “excessos” contidos na violação sexual, cometida fora da norma. As pessoas condenam a violação sexual não tanto pelo mal que provoca à vítima mas pela desonra que traz para a família: a criança e a adolescente perdem valor como recurso e expõem-se à vergonha e à acusação públicas.

É de registar também um aumento de situações de violação sexual cometidas por professores ou desconhecidos. No caso destes últimos, a violação é, geralmente, perpetrada quando as crianças regressam tarde das escolas ou se dedicam à venda de produtos informais na rua, culminando muitas vezes com o seu assassinato.

A questão do HIV/SIDA e a cura através das relações sexuais com virgens têm vindo a ocupar um espaço importante no aumento dos casos de violação ou, pelo menos, na sua mediatização. A questão é agravada pelo facto de, embora existindo um Instituto de Medicina Tradicional e um programa inserido na estrutura do MISAU, “os praticantes de medicina tradicional continuam a dizer que, se os infectados tiverem uma relação com uma virgem, ficarão curados” (Isabel 1). Nesta mesma linha, uma agente de saúde reforça a ideia de que “os curandeiros têm pouca sensibilidade para os problemas da saúde das meninas, desde os traumas físicos até psicológicos, sendo que, mesmo actualmente, a violação sexual é tratada em conjunto com as estratégias para combater as ITS” (Isabel 2). A esta falta de sensibilidade alia-se o desconhecimento da legislação por parte das instâncias, como os tribunais comunitários, que, na comunidade, têm a responsabilidade de defender os direitos. Contudo, foi-nos relatada uma situação em que os utentes que aguardavam por atendimento num centro de saúde, recriminaram com grande veemência uma mãe

que se recusava a denunciar a violação da sua filha. Isto indicia uma sensibilidade que carece de ser estimulada pelas instituições e pelas OSCs. As acções de informação na comunidade deveriam também ser realizadas nas unidades sanitárias, possivelmente com mais sucesso, dado que fora do ambiente comunitário (em que todos se conhecem e mantêm relações de vizinhança ou outras) talvez seja possível, (através da criação de um ambiente mais protegido pelo anonimato) estimular a denúncia. Isto é tão mais importante quanto se percebe que o secretismo em que é mantida a violação sexual tem a ver com a protecção da imagem da família. Sendo as mães as acompanhantes das crianças às unidades sanitárias, e sendo essas muitas vezes também vítimas de violência, parece-nos que seria interessante activar, a partir dos centros de saúde, uma abordagem integrada da violência de género. É necessário compreender a ambiguidade materna face à denúncia do parceiro, num contexto de subalternidade de género que, ao desenvolver mecanismos de legitimação da dominação masculina, se constitui como instrumento desse mesmo poder pela desculpabilização e protecção do agressor e pela cooptação da vítima para a submissão e para o silêncio.

Embora pouco referenciadas começam igualmente a aparecer situações de violação sexual contra meninos de 6 e 7 anos de idade. Estes casos são cometidos também por parentes ou por rapazes mais velhos aquando do visionamento de filmes pornográficos. Já em estudos anteriores (Osório e Silva, 2008), se abordou a pornografia como meio de configurar as identidades sexuais, ou seja, o exercício de poder sobre outrem, que é brutalmente explicitado nesses filmes, continua e reafirma a socialização para a dominação aprendida noutros espaços. Numa perspectiva de género, verifica-se que estas crianças são sujeitas a uma dupla violência: a violação sexual em si e o estigma que advém da ruptura com um modelo de masculinidade expresso na submissão sexual da vítima. É interessante constatar que a reacção social a estes crimes, raramente tornados públicos, é muito

mais sancionadora do que a cometida contra meninas, deixando escapar uma certa naturalização fatalista da violação sexual feminina.

Em relação ao perfil das vítimas, a maioria das crianças violadas tem entre os 9 e os 12 anos, pode pertencer a qualquer extracto social/grupo socioprofissional, desde médicos a jornalistas, e a continuidade do tratamento psicológico tem mais a ver com a sensibilidade das famílias do que com a classe social. No entanto, o que se constata é que o seguimento terapêutico das crianças é muitas vezes interrompido após a obtenção do relatório da Medicina Legal, porque, como nos disse uma psicóloga "desistem porque as famílias julgam que o caso fica resolvido quando é encaminhado da Medicina Legal para a polícia, ou então, porque a ida ao hospital ou centro de saúde exige que os pais falem ao trabalho e façam despesas de deslocação inoportáveis" (Joana 2).

Por outro lado, há casos em que as famílias desconhecem onde procurar ajuda, sendo, por vezes, induzidas em erro pelos agentes policiais, segundo o relato de uma psicóloga: "tive um caso em que o tio violava a sobrinha menor e a polícia disse para irem resolver em casa. A miúda veio na primeira sessão mas depois nunca mais veio. Às vezes os familiares culpam as meninas, porque dizem que elas são culpadas, porque seduziram o violador, porque usam saia curta" (Joana 6).

Em relação ao perfil dos violadores eles são, segundo as e os entrevistadas/os, na maioria dos casos, e tal como referimos, parentes das vítimas e, em menor número, desconhecidos (estes últimos, como já foi dito, quando as crianças regressam da escola ou se dedicam à venda informal na rua). Como afirmaram várias pessoas, o período de férias escolares em que as crianças ficam sozinhas em casa ou se deslocam para casa dos familiares é aquele em que se registam mais casos de violência sexual. A violação sexual, ainda, e segundo os discursos, é geralmente praticada por pessoas

próximas da vítima - tio, pai, padrasto, avô, professor, vizinho - variando a idade do agressor entre os 20 e os 45 anos. Há, contudo, ocorrências de pessoas muito mais velhas a violar as crianças. Em alguns casos, as mães vêem as crianças como suas rivais, representando-as como sedutoras. Mesmo quando a violação se produz fora do contexto familiar, as famílias preferem negociar com o agressor, desistindo da queixa. Esta é uma situação particularmente grave, considerando que não pode haver desistência da queixa, nos casos de violação de menores de 12 anos.

Relativamente aos traumas, as psicólogas entrevistadas afirmam que há um padrão de comportamento que se caracteriza, no que respeita às crianças mais pequenas que não sabem verbalizar o que sentem, evidenciando apenas a dor física e o medo, ao contrário das adolescentes que são capazes de descrever a sua experiência e transmitir os seus sentimentos. Muitas das crianças voltam uns anos mais tarde com alterações de comportamento, culpabilizando-se pelo sucedido, com manifestações de profunda insatisfação em relação a si próprias, manifestando baixo índice de auto-estima. O facto de a aprendizagem da sexualidade em casa ser feita através de silêncios e tabus, faz com que as crianças, por medo e vergonha, escondam a agressão da família, mesmo quando é praticada por desconhecidos.

O relato que se segue, feito por uma psicóloga, mostra bem as consequências traumáticas da violação sexual:

“As crianças que recebemos vêm traumatizadas, com medo, assustadas, isolam-se, choram por tudo e por nada, têm pesadelos, sonham com o violador, têm medo de ficar sozinhas. Quando os pais saem, ficam assustadas por qualquer barulho, querem sempre estar na companhia das mães, dormem mal porque vivenciam nos sonhos o acto que lhes aconteceu. Só de sentirem o cheiro do violador, como se estivesse ali, ela já se sente mal, passam a ter medo dos homens. Passam a ter medo

do sexo, pensam que o sexo é violência, algumas nem pensam em se casar. Se se casam, não sentem prazer. Algumas acabam na “24 de Julho”. Como foi violada, não tem auto-estima, como se ela fosse condenada por aquilo³⁵. Foi violada pelo pai, tio, primo, e não teve apoio de ninguém, levou aquilo até à fase adulta”. Continuando, a entrevistada disse: “Recebi um caso de uma senhora que até à idade adulta e com filhos, urina na cama. Descobrimos que, afinal, na infância foi violada. Principalmente quando o violador é da família não se fala no assunto, fica ali e acabou, e a criança é dita para calar e ninguém liga ao trauma” (Joana 8).

Percepções sobre violação e implicações na denúncia

Relativamente às percepções sociais sobre violação sexual, há, de um modo geral, uma grande ambiguidade na análise que as pessoas entrevistadas fazem sobre violação sexual. Se, por um lado, perpassa no seu discurso uma condenação às famílias que não denunciam, há, por outro lado, um certo tom de compreensão face à atitude dos pais o que é utilizado como argumento para a não prossecução do caso. Quando se afirma que “quando são os pais os violadores, mas as mães não querem denunciar porque vão ficar sem comida” (Maria 5), parece-nos não haver apenas a constatação de um facto, mas também uma manifestação de simpatia para com os encobridores.

Nesta ordem de ideias, outra entrevistada disse-nos que “muitos casos de violação não passam pela esquadra e acontece que a vítima não se queixa por medo, as famílias escondem os casos por vergonha.

³⁵ A Avenida 24 de Julho, sendo um dos locais de grande circulação de viaturas é, no período nocturno, “povoado” por grupos de meninas, adolescentes e jovens que se prostituem.

Muitas mães têm medo de informar os pais e estes ficam calados ou também procuram negociar com o agressor” (Francisca 1). A mesma entrevistada deu um exemplo de como a hipoteca de uma criança é uma estratégia considerada justa pela comunidade, havendo casos em que a detenção, por um juiz, do pai e do curandeiro que aconselhou a “hipoteca” da filha foi mal compreendida pela população.

Paralelamente, tal como acontece em outros campos de direitos humanos, há uma tentativa ou tentação de articular a violência sexual com a modernidade, valorizando a tradição, as práticas e os valores que a estruturam, como é exemplo: “a tradição sempre condenou a violação sexual de menores. No campo, quando uma criança é violada, os familiares fazem banhos de purificação. Pense-se que, como o violador ejacula nas pernas da criança, como o esperma escorre pelas pernas, isso é sinal de ela pode no futuro ter abortos instantâneos, por isso deve ser purificada através dos banhos” (Francisca 2). Esta fala demonstra bem como a cultura pode constranger os direitos, desqualificando e atribuindo à agressão e à sua “cura” a solução para o problema. O que está aqui em jogo é não tanto o sofrimento da criança mas a garantia futura da sua função de reprodutora. Esta posição está de acordo com a percepção de que a culpa se reparte entre o agressor e a vítima e que esta seduziu o agressor; a situação é mais evidente nos casos em que a violação é cometida no âmbito intrafamiliar que é preciso “proteger”. Este será um dos motivos para que o afastamento do agressor, principalmente se ele é o provedor da família, apenas tenha sido considerada como solução para alguns/as entrevistados/as. A opinião mais comum é a que defende a manutenção da criança no espaço familiar (em convivência com o agressor), ou a sua deslocação para um centro. Isto significa, na realidade, uma dupla punição para a vítima: primeiro violada e depois isolada e negligenciada por aqueles que têm a obrigação de a amar e de a proteger.

Foi interessante constatar nos discursos de algumas/uns das/dos entrevistadas/os, que uma das formas propostas para combater a violação sexual é a identificação nos Bairros, dos homens solteiros, porque, segundo afirmam, são mais propensos ao cometimento da violação. Isto significa não apenas a manutenção da hegemonia da heterossexualidade como modelo normativo, mas transmite uma concepção de que existe uma natural predisposição masculina para a violação sexual, resolvida pela existência de uma união. Na realidade, em contramão do que a pesquisa mostrou, os violadores não têm, na maioria dos casos, características que permitam a sua identificação, sendo, principalmente, entre os familiares e os vizinhos que se encontra o maior número de agressores.

Finalmente, se quisermos comparar as várias sensibilidades, regista-se que há diferenças entre as/os agentes que trabalham nos vários sectores ou no mesmo sector, como é o caso das/os médicas/os e enfermeiras/os e psicólogas/os, tendo os dois primeiros grupos uma abordagem mais medicalizada, preocupando-se principalmente com as lesões e menos com o trauma. Contudo, verificámos que muitas das enfermeiras que foram formadas especificamente para a identificação dos casos de violência doméstica já estão mais atentas e interventivas relativamente à violência sexual, o que indicia a necessidade de integração de uma abordagem mais multidisciplinar nos currículos de formação³⁶.

No que respeita às percepções dos agentes policiais, constata-se que não há um acordo sobre violação sexual e o seu enquadramento legal. Como evidenciaremos no capítulo a seguir, há diferentes níveis de conhecimento e de sensibilização relativamente ao tratamento conferido aos casos de violação sexual de menores. Se, por um lado, a

³⁶ Nos anos 2009, 2010 e 2011 foram realizadas pelo MISAU e pela WLSA, acções e formação a uma grande parte das enfermeiras de Saúde Materno-Infantil (SMI) na cidade de Maputo.

cadeia de comando nas esquadras e o lugar dos agentes (que trabalham nos Gabinetes de Atendimento) na hierarquia policial, pode influenciar uma maior celeridade no encaminhamento dos casos de violação sexual, por outro lado, verificou-se que alguns deles não são imunes à pressão familiar (ou de outros) na paralisação da denúncia e ocultação do crime.

5.3. Atendimento e articulação: fluxo e constrangimentos

O atendimento e o encaminhamento dos casos de violação de menores de 12 anos não são sujeitos a um fluxograma aceite por todos os intervenientes. Esta é uma questão que tem suscitado divergências, não existindo, como veremos, uma opinião unânime dos sectores da saúde, da polícia e da sociedade civil sobre a porta de entrada do problema. Há pessoas que consideram que deve ser a polícia ou a saúde a porta de entrada, enquanto outras (muito poucas) afirmam que se deve deixar essa questão à vontade das/os denunciantes. Por outro lado, a falta de unanimidade, que se traduz numa deficiente comunicação intra e interinstitucional, pode interferir, em parte, na responsabilização do agressor e na paralisação da queixa. Esta situação pode também explicar a incompatibilização dos dados que nos foram fornecidos nas unidades espaciais abrangidas pelo estudo.

No que respeita ao sector da polícia, a informação recebida pelo grupo de pesquisa refere que os dispositivos legais devem orientar os procedimentos a seguir, sempre que são denunciados crimes de violação sexual de crianças com menos de 12 anos. Isto significa que a detenção e a manutenção da detenção do agressor não dependem do relatório da Medicina Legal, mas apenas de um certificado médico

que informe que houve penetração. Segundo os procedimentos policiais, para haver detenção basta haver um suspeito (mesmo sem confissão). Em caso de não ter tido atendimento hospitalar, a vítima é encaminhada para a unidade sanitária mais próxima, sendo que após a certificação do hospital, o juiz de instrução (que passa diariamente pela esquadra) decreta a prisão preventiva mediante o parecer do Procurador (que também vai à esquadra todos os dias). Do mesmo modo, os postos policiais que existem nas unidades sanitárias, devem registrar a ocorrência e passar uma guia para o hospital (sempre que a vítima não tiver a guia hospitalar). O posto policial deve, obrigatoriamente, comunicar ao Gabinete de Atendimento e à esquadra e os agentes da PIC de serviço são obrigados, num prazo de 48 horas, a reunir indícios sob orientação do Procurador que dirige a investigação, permitindo assim a legalização da prisão preventiva feita pelo juiz de instrução. Depois de completada a investigação, o caso é remetido a tribunal. No caso de haver necessidade de continuar as averiguações envia-se o processo para a PIC da cidade. O relatório da Medicina Legal deve ser apresentado em tribunal para efeitos de julgamento e responsabilização do agressor.

No entanto, e segundo a maioria das/dos agentes policiais entrevistadas/os, a legalização da prisão preventiva do violador depende da recepção do relatório da Medicina Legal, o que permite (considerando que este relatório nem sempre é produzido com a celeridade desejada) que o criminoso possa, por tempo indefinido, continuar em liberdade. A possibilidade de prisão preventiva é percebida de forma diferenciada pelos agentes policiais: alguns referiram que é de 90 dias e outros de três, findos os quais, se não existir relatório da Medicina Legal, o prevaricador é solto. Este contraste de procedimentos mostra como, não existindo

unanimidade na aplicação das normas, se dá campo para o livre arbítrio e para a existência de corrupção³⁷.

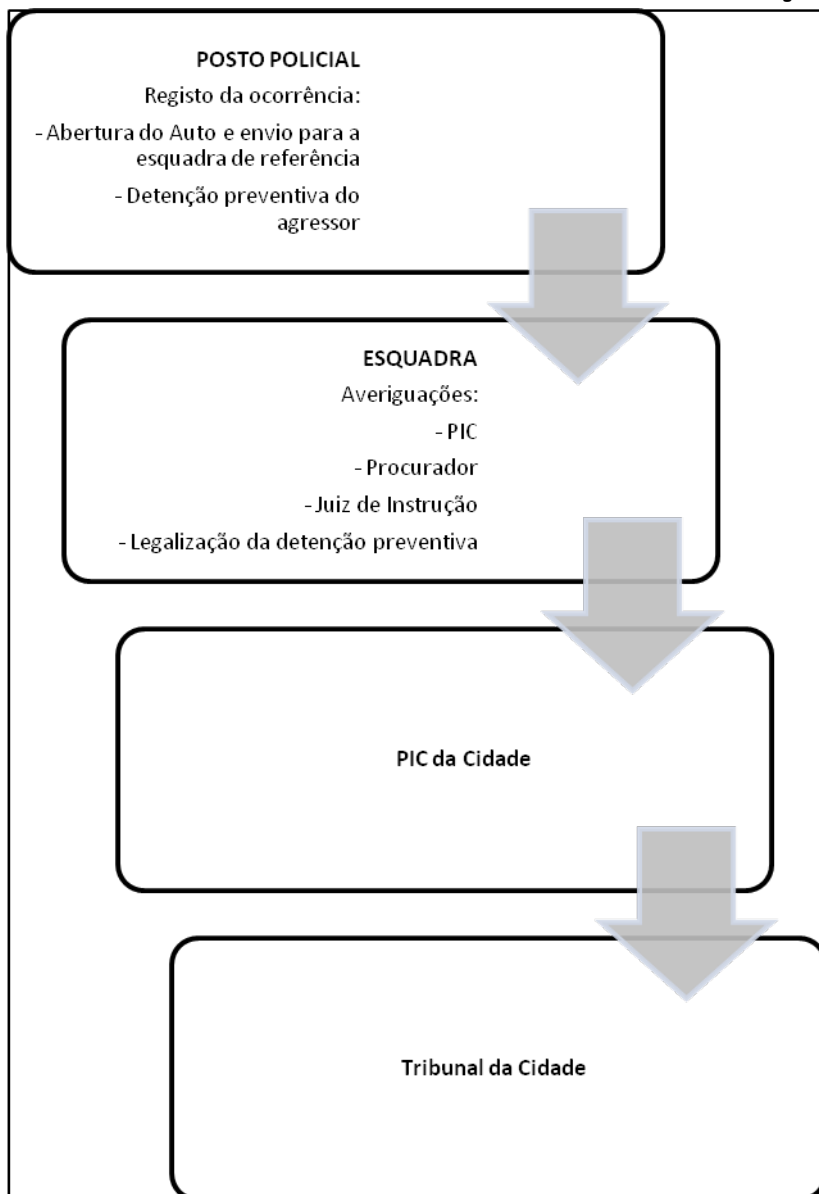
Sendo necessário que as vítimas sejam afastadas do agressor, elas devem ser encaminhadas para uma instituição do Ministério da Mulher e Acção Social (MMAS). Porém, não foi possível identificar quantas crianças estavam nesta situação, já que, segundo informação prestada por um quadro deste sector, o registo de admissão nos centros não explicita a situação de cada criança, nomeadamente nos casos de violação sexual.

Ainda, e segundo os procedimentos que devem ser seguidos nos Gabinetes de Atendimento, a assistência legal é assegurada pelo IPAJ e por organizações da sociedade civil como a Associação da Mulher Moçambicana de Carreira Jurídica (AMMCJ) e a Liga dos Direitos Humanos (LDH)³⁸.

³⁷ Como é do conhecimento público há pessoas (com a mesma ou semelhante moldura penal), que se encontram há anos em prisão preventiva, sem que se ponha em questão o cumprimento dos prazos legais de detenção.

³⁸ O IPAJ é um Instituto de Patrocínio e Assistência Jurídica, inserido no Ministério da Justiça, que presta assistência legal às pessoas de baixa renda e sem condições para contratar um advogado.

FLUXO DE ATENDIMENTO NO SECTOR DE JUSTIÇA



Conforme informação do Gabinete Central de Atendimento, a explicação para o número reduzido de casos registados nas esquadras da cidade de Maputo, comparativamente com os que entram nas unidades sanitárias, particularmente no HCM, deve-se, segundo as e os agentes, a um conjunto de factos que têm a ver com o facto de as famílias, por vergonha, esconderem a violação, mesmo nos casos em que esta é cometida fora do contexto familiar (mas em que o agressor é conhecido pelos próximos das vítimas), acontecendo ainda que muitas mães não informam os pais e se o fazem, estes mantêm-se em silêncio ou procuram negociar com o agressor. Por outro lado, foi interessante constatar que, segundo alguns agentes policiais, tem sido mais fácil receberem notificações dos hospitais sobre mulheres grávidas, vítimas de violência doméstica, do que de crianças violadas, o que nos pode remeter para o não reconhecimento da violação sexual de menores como crime público e para uma concepção que representa as crianças como “propriedade” dos pais, cujos direitos são apenas os prescritos pelas famílias. Contudo, foi também evidenciado que, na prática, e ao contrário dos procedimentos estabelecidos, a ocorrência de violação sexual apenas é registada depois da obtenção do relatório médico. O que é surpreendente é que não haja uma preocupação em procurar acompanhar os casos, de modo a garantir que possam ser notificados e processados. A burocratização das instituições e uma concepção muito “fixa” de qual é o seu papel, por um lado, dificultam o fluxo dos casos e a sua conclusão nos tribunais, e, por outro, influenciam negativamente o tratamento e a inserção social/familiar/escolar das vítimas.

Também há a considerar outros factores que entram a denúncia e o seu encaminhamento, como é exemplo a distância existente entre o posto policial situado dentro da unidade sanitária e a esquadra de

referência³⁹. Do mesmo modo, a falta de formação é uma realidade, mas também nos pareceu ser, por vezes, uma justificação para o não cumprimento da lei, seja pela não detenção imediata dos violadores, seja pela não penalização dos encobridores do crime.

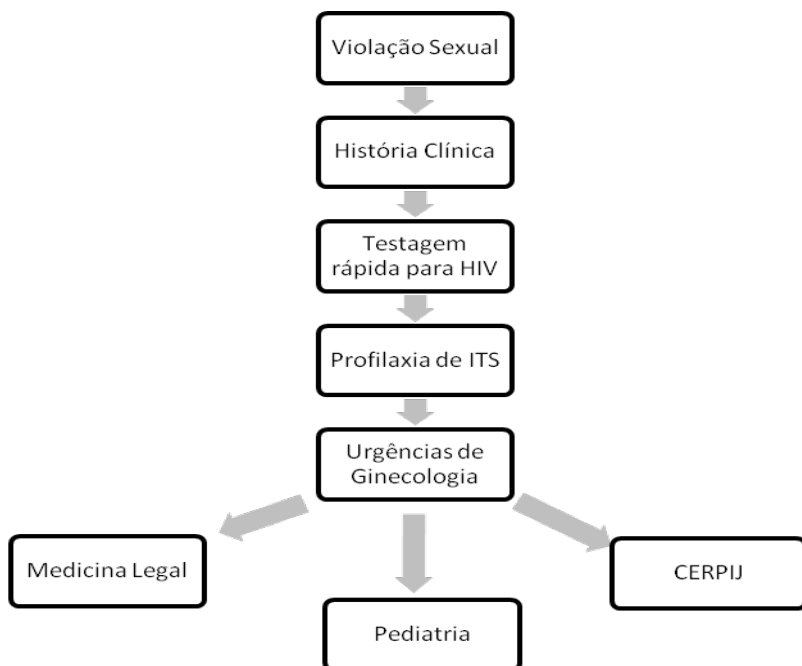
Em relação ao sector da saúde, e como referimos em capítulos anteriores, o MISAU iniciou no ano transacto a implementação de um Protocolo de Atendimento, na cidade de Maputo, às vítimas de violação sexual. Segundo este protocolo, a todos os casos de urgência, como a violação sexual, devem ser feitos testes de HIV/SIDA nos centros de saúde. Seguidamente, as vítimas serão encaminhadas para os hospitais de referência, onde se faz a profilaxia, e depois directamente enviadas para as Urgências de Ginecologia do HCM. Nestes serviços é chamado o médico-legal (existe uma escala de urgência durante 24 horas) que elabora o relatório. Nos Serviços de Ginecologia são elaboradas três guias: uma para o CERPIJ, outra para a pediatria e outra para a Medicina Legal. No caso das crianças contaminadas com HIV/SIDA o tratamento prossegue nos serviços de pediatria do HCM.

Foi definida pelo MISAU a prioridade no atendimento das vítimas de violação sexual, devendo o encaminhamento ser célere, disponibilizando-se os recursos existentes nas unidades sanitárias, nomeadamente, ambulâncias para o transporte das vítimas e familiares. Se tiverem como porta de entrada o HCM, as crianças devem ser enviadas para os Serviços de Ginecologia. Contudo, a prioridade é prejudicada, não só por algum desconhecimento do Protocolo por parte dos agentes de saúde e dos acompanhantes das

³⁹ É o caso do posto policial situado no centro de saúde da Polana Caniço que, tendo a 12^a esquadra em frente, depende da 14^a esquadra, que dista cerca de 6 quilómetros do centro.

vítimas, como pelo enorme fluxo de pessoas às unidades sanitárias. Este facto conjuga-se com a falta de recursos, constatando-se, como nos disse uma entrevistada, que “o problema é que a vítima pode estar no hospital desde o período da manhã até à noite sem alimentação” (Joana 5).

FLUXO DE ATENDIMENTO NOS HOSPITAIS



Em princípio, todas as crianças que tenham sido violadas, devem ser enviadas para os serviços de acompanhamento psicológico (CERPIJ) que funciona no HCM. No entanto, constata-se, pela informação

disponibilizada, que há crianças que não recebem aconselhamento psicológico neste serviço, ou porque, como nos disse uma psicóloga: “como a Medicina Legal tem psicólogos, o encaminhamento para o CEPIJ é deixado ao critério dos médicos que fazem a perícia médica” (Joana 2), ou, ainda, porque o acompanhamento das crianças é feito nas unidades sanitárias onde existem serviços de psicologia.

Há, em muitas/os das e dos entrevistadas/os, uma concepção medicalizada dos casos de violência sexual. Isto é, a questão central para algumas/uns das/os agentes de saúde na abordagem do problema restringe-se, frequentemente, ao tratamento das lesões físicas, alienando as questões ligadas ao trauma psicológico e à assistência legal, o que foi salientado por uma psicóloga “por vezes apoiamos crianças que estão internadas com outros tipos de patologia, mas estes casos são muito poucos porque a sensibilidade dos médicos para os traumas não existe ou é muito deficiente. Tratam de malária, cólera ou de outra doença e não se preocupam se existem antecedentes de negligência e violação” (Joana 2).

Por outro lado, e relacionando com o que se disse anteriormente, a formação curricular é muito deficiente no que respeita à violência sexual; como nos informou uma entrevistada, “durante todo o curso nunca ouvi falar de violação sexual e quando me apareceu o primeiro caso, só ao fim de algum tempo é que comecei a desconfiar que o problema da criança era violação pelo padrasto” (Lúcia), e acrescenta “na cadeira de Medicina Legal apenas aprendemos o que diz respeito à medicina forense. Nós, os médicos, não aprendemos nem a identificar nem a conhecer os dispositivos legais que criminalizam a violação sexual” (Lúcia). Encontram-se aqui algumas das razões que explicam a resistência em cumprir os procedimentos definidos no Protocolo: embora este esteja afixado em todas as unidades sanitárias, persiste uma atitude de acomodação às práticas anteriores, reflectido nas, por vezes, longas esperas no atendimento e

ainda na indefinição da articulação com os agentes policiais. Uma das situações que pode favorecer o incumprimento do Protocolo é o facto dos Kits de emergência utilizados para a profilaxia do HIV/SIDA serem destinados aos trabalhadores e não haver reposição dos mesmos, o que tem servido como justificação para que não se faça a prevenção a crianças violadas.

A sociedade civil desempenha um papel complementar ao que é exercido pelos sectores do Estado. As suas acções circunscrevem-se principalmente à assistência legal e à advocacia. Portanto, o sector da polícia e o trabalho nas comunidades (embora algumas das OSC façam também psicoterapia às vítimas) é o campo privilegiado de actuação na defesa dos direitos humanos das crianças. Os procedimentos e as rotinas dos sectores do Estado (com grande burocratização) produzem insatisfação e frustração na sociedade civil que aborda os problemas de uma forma mais flexível. É neste sentido que, ao mesmo tempo que se referem formas de articulação com as esquadras e as instâncias comunitárias, há acusações, relativamente às instituições, de alguma insensibilidade/inflexibilidade no tratamento dos casos de violação sexual. São exemplos disto, para além de uma demora injustificada no processamento judicial destas situações, a morosidade na produção do relatório da Medicina Legal (e o seu levantamento pela polícia e familiares) e ainda a existência de suborno nas instâncias policiais. Como nos afirmaram alguns entrevistados: “o problema não é da lei, mas dos aplicadores. O caso é encaminhado à PIC, aí também os polícias querem subornos, a família vai lá, eles dizem que não encontram o processo, ou que o agente não veio. Às vezes ficamos à espera todo o dia sem nenhuma resposta. Os casos de violação não são sumários, devem ser investigados. A PIC demora 5 a 6 meses, para investigar, recolher provas e depoimentos, fazer a instrução preparatória, o contraditório, a justiça pode até levar 2 anos para julgar um caso de violação de menores, o que leva à desistência e a uma certa noção, que as famílias

e as comunidades manifestam, de impunidade do criminoso” (João 1, Joaquina 1). Esta situação faz com que muitas famílias se dirijam primeiro às OSC e aos *media*, com consequências para a produção de provas que devem ser recolhidas nas 72 horas após a violação sexual.

Do mesmo modo, não há partilha de informação entre as OSCs e os sectores do Estado, dominando uma certa desconfiança mútua, que se manifesta claramente nas entrevistas dos agentes policiais e dos activistas das organizações, aqueles acusando a sociedade civil de exorbitar funções e esta denunciando a falta de cooperação das instituições.

Articulação inter e intrainstitucional

A articulação intrainstitucional no seio dos sectores é ainda muito frágil. Por exemplo, constatou-se, no que respeita à polícia, que pelo menos a denúncia de um caso de violação de menor registado no princípio deste ano não foi comunicado ao Gabinete de Atendimento existente na esquadra, sendo que os procedimentos que deveriam ter sido seguidos pelo oficial de permanência não foram cumpridos. Por outro lado, como fica evidente pela história de Linda (descrita no capítulo a seguir), decorre demasiado tempo desde o registo até à detenção do agressor e ao processo de averiguações, conduzindo à construção de um forte sentimento de injustiça e impunidade. Mesmo que não haja corrupção dos agentes policiais, foi-nos transmitida, pelo sector de saúde, e principalmente pelas OSCs, uma forte sensação de cumplicidade das forças policiais com este tipo de criminosos.

Sobre a articulação entre a polícia e os tribunais, evidencia-se que não há retorno da situação. Muitos possíveis violadores são libertados pelos tribunais, tomando a polícia conhecimento da

decisão do órgão judicial, apenas quando há um novo crime cometido pela mesma pessoa⁴⁰.

Segundo afirmam as/os agentes policiais entrevistadas/os, a articulação com a sociedade civil é muito fraca porque não falam a mesma “linguagem”, por exemplo, na caracterização da violência sexual. Como os casos não são encaminhados, as pessoas preferem, por vezes, recorrer aos *media* e só solicitam a intervenção policial em última instância. Se estas posições mostram a existência de algum conflito com a sociedade civil, verifica-se, por outro lado, que existem exemplos de articulação eficaz com algumas organizações, particularmente as que prestam assistência legal às vítimas⁴¹.

Na maioria das situações constata-se que a articulação interinstitucional é muito frágil, pese embora haver, por parte da polícia, referências ao rápido encaminhamento de crianças para o CERPIJ e para o MMAS, de modo a poderem receber apoio psicológico e, em alguns casos, a serem afastadas do ambiente do agressor. Contudo, há esquadras, como é o caso da 5^a, que trabalham estreitamente com as Urgências Ginecológicas e Pediátricas, notificando os casos e encaminhando as vítimas para tratamento. As dificuldades, segundo a informação que nos foi transmitida, centram-se no facto de as famílias terem relutância em dar continuidade ao processo e os agentes policiais não utilizarem os mecanismos que têm ao seu dispor para penalizar os encobridores.

⁴⁰ Esta situação pode contribuir para o descrédito das instâncias de justiça junto das comunidades.

⁴¹ Muitas vezes apercebemo-nos de que os conflitos entre a polícia e OSCs se devem às contradições entre o facto de estas agenciarem, directamente, a procura de uma solução rápida pelas pessoas, enquanto os procedimentos policiais exigem que se cumpram um conjunto de requisitos legais com consequências para o desenvolvimento do processo.

Em relação ao sector de saúde existem também problemas em cumprir o fluxograma. A articulação nas unidades sanitárias e entre estas e os hospitais de referência são precárias. Evidenciou-se que desde o atendimento até ao tratamento prestado às vítimas, há pontos de ruptura que muitos situam na compartimentação de alguns sectores como a Medicina Legal e as Urgências Ginecológicas, com efeitos imediatos no encaminhamento para a terapia psicológica. Como nos disse uma entrevistada “embora estas normas tenham sido amplamente discutidas não estão a ser aplicadas: esta questão começou a ser debatida por volta de 2000, em articulação com os problemas de violação de crianças, mas ainda existem problemas e apenas está a ser aplicado na cidade de Maputo” (Isabel 1).

Assim, no fluxograma do Atendimento Integrado, evidencia-se a existência de problemas aos vários níveis do atendimento e encaminhamento, nas unidades sanitárias que, por vezes, não exercem as suas funções, não fazendo o tratamento profiláctico do HIV/SIDA, ou não encaminhando, tal como está regulamentado, seja para o HCM, principal unidade de referência, seja para as instâncias policiais que devem desencadear os procedimentos para averiguação e responsabilização dos agressores⁴².

Há também, como se disse, uma diversidade entre escolas de medicina na abordagem da violação sexual, o que cria conflitos e ambivalência tanto no tratamento psicológico, como na definição de competências e papéis entre as instituições e serviços que atendem as crianças. Nesta ordem de ideias, há a considerar um elevado número

⁴² Constatámos também que as vítimas e suas famílias não são informadas nas unidades sanitárias que devem ser encaminhadas para os serviços de urgência da ginecologia do hospital de referência, aguardando assim muitas horas no Banco de Socorros.

de abandono das consultas de psicologia (que podem durar até um ano ou mais) levando a que muitas pessoas desistam por dificuldades financeiras, principalmente as mães que são quem acompanha as crianças. Sobre esta situação uma entrevistada disse “cada sector tem o seu registo, o problema é que em cada um leva o seu tempo. Na polícia, a mãe com a criança demora; vai ao banco de socorros também demora na bicha; vai à ginecologia demora na bicha, vem ao psicólogo, demora na bicha, depois de tudo isso qual é a mãe que ainda tem coragem e paciência de vir? Ainda por cima muitas vivem longe, têm de pagar chapa e fazer ligações e tudo sem comer nada” (Joana 6).

Do mesmo modo, a compartimentação no seio do mesmo sector, neste caso, a saúde, não facilita a existência de posições concertadas face, por exemplo, à articulação com a polícia e com as OSC. A ausência de uma ficha comum não permite o cruzamento da informação e conseqüentemente a sua análise. Um exemplo da pouca clareza na articulação é a existência, na pediatria, de uma consulta de psicologia que faz o atendimento e o acompanhamento das vítimas, simultaneamente ao funcionamento do CERPJ (Centro de Reabilitação Psicológica juvenil) cuja função é, precisamente, o apoio psicológico das vítimas. Esta situação propicia a criação de zonas de penumbra susceptíveis de gerar conflitos, com evidentes reflexos no cumprimento da coesão estratégica definida pelo Protocolo e, em última análise, no atendimento integrado das crianças.

Por outro lado, e contraditoriamente ao que foi referido por alguns e algumas entrevistadas sobre a celeridade na produção do relatório da Medicina Legal, outros serviços como a Pediatria indicaram a morosidade da Medicina Legal para explicar a impunidade dos violadores. A questão que nos foi colocada com alguma insistência é o facto de não existir centralmente um sector que coordene a violência sexual, permitindo melhorar os níveis de articulação entre serviços e

unidades sanitárias. Isto reflecte-se também na diversidade da informação sobre o atendimento e o encaminhamento, havendo hospitais cuja organização interna permite um tratamento mais adequado e célere. Referimo-nos, como exemplo, ao Hospital José Macamo que demonstra possuir um maior conhecimento e sensibilização para os casos de violação sexual, tendo a preocupação de utilizar os Kits para a profilaxia, sempre que há suspeita de ter havido violação, assinalando na ficha de registo a urgência do atendimento.

A situação de ruptura no ciclo de informação sobre a violação sexual poderá ser superada com a sua inclusão como critério de registo no sector do Trauma, sendo que até ao momento todos os casos de violência eram tomados como acidentes⁴³.

A articulação entre o sector da saúde e o sector policial tem constrangimentos que advêm, para além do que já foi referido, de três ordens de problemas: a primeira refere-se ao facto de, quando as famílias se recusam a apresentar queixa, as e os agentes de saúde não tomarem a iniciativa de comunicarem a informação ao posto policial ou esquadra de referência. Esta situação acontece por medo de represálias dos agressores ou por manterem ainda uma representação da criança como não sujeito de direitos. Uma segunda ordem de problemas tem a ver com a falta de conhecimento sobre legislação e com uma certa impunidade face à alienação da sua responsabilidade de denúncia. E, finalmente, a terceira ordem de problemas diz respeito à falta de recursos, o que produz uma enorme sobrecarga de trabalho das e dos agentes de saúde, não permitindo assegurar um atendimento mais eficaz e menos “neutral.”

⁴³ Fomos informados, em Abril de 2011, que a violação sexual iria ser integrada como variável na ficha de registo.

Há que considerar também, na análise das dificuldades existentes na articulação intra institucional, o incumprimento dos dispositivos legais por parte da polícia, como fica expresso no depoimento de uma psicóloga: “Tivemos um outro caso de duas meninas violadas pelo pai. A polícia diz que não pode prender ‘porque senão a família vai ficar sem o sustento’. As crianças foram-lhe retiradas para ficarem com a tia, mas ficou lá uma outra menor e tenho a certeza que também é violada” (Joana 8). Esta será uma das razões para o desencorajamento dos agentes de saúde na denúncia, o medo que apontámos anteriormente não é apenas do violador e dos seus familiares, mas da polícia, que parece ser, em alguns casos, cúmplice do agressor.

Relativamente ao retorno da informação, todas/os as/os entrevistadas/os nos informaram que é inexistente e que, apenas excepcionalmente, os tribunais informam a polícia para acompanhar as sessões aí realizadas, tendo assim acesso ao acórdão do julgamento. Em nenhum momento do nosso trabalho foi possível identificar os casos que cumprem o percurso definido pelas normas legais e institucionais.

É neste sentido que muitas e muitos entrevistados referiram a necessidade de existir um cronograma com um ciclo de circulação das vítimas de violação sexual, podendo a qualquer momento conhecer-se qual o ponto da situação dos casos de violação sexual, o tempo dispendido e os meios utilizados.

Foi interessante constatar que existe uma similitude na identificação dos problemas de articulação apontados pela maioria das pessoas entrevistadas, que se podem sumarizar em quatro aspectos: (i) ignorância da lei e procedimentos; (ii) percepções distorcidas sobre a violação sexual de menores; (iii) burocracia e falta de recursos; (iv) corrupção.

Na realidade, analisando o atendimento e a articulação intra e interinstitucional, fica evidente alguma unanimidade das e dos entrevistadas/os dos sectores que foram objecto da pesquisa, relativamente aos nós de estrangulamento que impedem que se cumpra o ciclo de atendimento e responsabilização, descrito nos dispositivos legais e nos procedimentos e meios que devem ser utilizados nos casos de violação sexual de menores de 12 anos.

Do que foi possível constatar pelas entrevistas e pela análise da história de Linda verifica-se que as dificuldades existentes não se situam apenas na articulação interinstitucional, mas no seguimento dos procedimentos que devem orientar o trabalho interno nos sectores policiais e da saúde. Embora por razões diferentes, tanto numa instituição como noutra, confrontámo-nos com elementos que estrangulam a resolução dos casos de violação. Se na saúde existe ainda alguma dificuldade em descompartimentalizar as competências, integrando-as num modelo mais multidisciplinar e partilhado, no sector policial ficou evidente alguma descoordenação, em termos de clarificação, sobre os procedimentos a adoptar nestes casos. Esta situação foi manifesta, tanto no que respeita à detenção do agressor, independentemente de existir denúncia, como aos quesitos para o desenvolvimento do processo. A burocracia e o arbítrio de alguns oficiais de permanência e comandantes no atendimento, na realização das averiguações e ainda na desclassificação do crime como crime público, são muitas vezes impeditivos da responsabilização dos agressores. Por outro lado, os Gabinetes de Atendimento existentes nas esquadras da polícia não têm muitas vezes os recursos, tanto materiais como simbólicos, para actuar face a este tipo de crime. Do que foi possível analisar, é conferida uma enorme e decisiva importância à vontade familiar de prosseguir a denúncia, sugerindo uma justificação para as grandes divergências entre os registos de violação sexual de menores no Hospital Central de Maputo, com os que são apresentados no

Gabinete Central de Atendimento à Mulher e Criança Vítimas de Violência.

Ao mesmo tempo que a relação intrainstitucional é determinada, pelo menos no sector de saúde, por idiossincrasias que impedem a articulação entre os serviços implicados no atendimento de menores, a relação entre instituições é feita de forma muito precária, não tendo ainda sido apropriada pelos agentes, tanto policiais como de saúde, a necessidade de estabelecer uma comunicação que facilite a circulação da informação e, conseqüentemente, a definição de estratégias que permitam acompanhar e obter o retorno dos casos apresentados. Uma das questões mais surpreendentes desvendadas pela pesquisa é a falta de informação que as vítimas e os seus familiares têm sobre a assistência legal a que têm direito, que é afinal um dos elementos-chave para que as situações cheguem aos tribunais e os agressores sejam punidos.

No entanto, seria injusto não reconhecer progressos, embora em casos pontualmente identificados, na articulação entre polícia, saúde e sociedade civil. Há um esforço em realizar campanhas (articuladas entre as instituições e a sociedade civil) de sensibilização das comunidades e das crianças nas escolas, para o reconhecimento da violação sexual como crime e para a necessidade de denúncia. Estas práticas deverão ser o ponto de partida para elevar os níveis de confiança entre todos os envolvidos na defesa dos direitos das crianças no país.

6. A História de Linda: entre o discurso e a prática

Esta história começa no dia em que iniciámos o trabalho de campo. Não era nossa intenção entrevistar vítimas. Procurávamos apenas o depoimento das agentes que, no sector de saúde e da polícia, atendem os casos de violação sexual. Mas Linda, com a sua saia manchada de sangue, interpôs-se. Durante estes meses acompanhámos o sofrimento da criança, da sua mãe e batemos a muitas portas, que só a custo se foram entreabrindo. Com elas vivemos a negligência hospitalar e policial.

Melhor de que qualquer análise sobre dispositivos legais e procedimentos institucionais, a história de Linda desafia-nos a reflectir sobre a responsabilidade do Estado em cumprir e fazer cumprir aquilo a que se propôs: proteger as crianças, defender os seus direitos e penalizar os que de forma tão bárbara os violam.

Perfil da vítima

Linda tem seis anos, frequenta a 1ª classe e vive com a mãe. Vai à escola durante o período da manhã. Diariamente, no final das aulas, dirigia-se a casa onde aguardava a mãe que chegava por volta das 17 horas.

Perfil da mãe da vítima

Joana tem 38 anos, é solteira e trabalhadora doméstica. O pai da criança não a registou e neste momento está a viver e a trabalhar em Magude. Nunca mandou dinheiro para a filha.

A mãe tem a 4ª classe e esta é a sua segunda filha. Tem uma filha de 14 anos cujo pai faleceu.

Mãe e filha vivem, há dois meses, numa dependência nas Mahotas, quarteirão 21, subalugada a um casal.

Perfil do agressor

Belmiro, de cerca de 35 anos, é casado e dono da dependência arrendada pela mãe da vítima. Habita no Bairro das Mahotas, quarteirão X, casa Y. Sem profissão fixa, faz biscates. Há um rumor no Bairro de que tem SIDA e não se trata. Mora com a mulher e tem uma filha que vive com os avós.

Contexto da violação sexual

No dia 25 de Janeiro, às 6 horas da manhã, a mãe, ao dar banho à criança, reparou que esta estava a sangrar. Questionou a menina que, depois de muita insistência, disse que foi “o tio Belmiro” que a levou para a cama dele, a despiu e meteu o “bicho dele”. A mãe julga que ela foi violada duas vezes, porque, como no dia anterior não lhe tinha dado banho, não pôde constatar nada, mas a criança há dois dias que não queria comer e quase não falava.

Seguimento do caso

No mesmo dia 25 de Janeiro, a mãe dirigiu-se com a filha ao Centro de Saúde da Polana Caniço, onde se verificou que tinha lesões com

grande sangramento. Aqui, a criança fez o teste do HIV/SIDA, que deu negativo. No posto policial existente no Centro de Saúde foi feita a denúncia, tendo-lhe sido passada uma guia para se apresentar na 14^a esquadra com o argumento de que é a esquadra de residência da menina⁴⁴. Do Centro de Saúde foi enviada com uma guia para o Hospital Geral de Mavalane, aonde, às 9.30, mãe e filha chegaram.

Neste hospital não foi feita a profilaxia, tendo a criança sido transferida com uma guia para os serviços de psicologia da mesma unidade sanitária. Nesta guia, datada de 25 de Abril, refere-se que o motivo da transferência é “violação sexual sem penetração”. Informa-se ainda que a criança chegou ao Hospital Geral de Mavalane às 9 horas e foi atendida às 19 horas, numa clara violação do carácter de urgência estabelecido para os casos de violação sexual.

No dia 30 de Janeiro a mãe deslocou-se à 14^a esquadra onde foi atendida pelo oficial de permanência, que, após ter aberto um auto (auto n^o 81/14^a/2011), a mandou aguardar. Saliente-se que nesta esquadra há um Gabinete de Atendimento da Mulher e Criança, Vítima de Violência.

No dia 25 de Fevereiro, tendo tido conhecimento de que o agressor estava solto, a coordenadora da pesquisa deslocou-se com a mãe da criança ao Hospital de Mavalane, procurando saber a razão por que não tinha sido feita profilaxia à menina e não tinha sido encaminhada para as Urgências de Ginecologia como previsto no Protocolo do MISAU. Consultado o registo do hospital constatou-se que referia apenas que a menor tinha “escoriações no intróito vaginal, que estava a sangrar e que parece que o himen está intacto e que não houve penetração vaginal”, tendo sido aconselhado que a mãe lavasse a criança com água morna e sal. A enfermeira que facultou a consulta do livro de registo ficou surpreendida pelo facto

⁴⁴ Os investigadores estavam no centro de saúde e puderam acompanhar o caso

de a médica não ter mandado realizar a profilaxia e não ter feito o encaminhamento para as urgências do HCM.

Com a mãe da criança, a coordenadora deste trabalho dirigiu-se ainda à 14^a esquadra onde o oficial de permanência informou que o Procurador, a 16 de Fevereiro, tinha enviado o processo para a PIC da cidade, já que se tratava de um caso de querela. Saliente-se que o Gabinete de Atendimento da Mulher e Criança, localizado na esquadra, não teve conhecimento da situação.

Ainda no mesmo dia 25 de Fevereiro, a equipa deslocou-se com a mãe da vítima à PIC da cidade de Maputo, onde foi levantado um auto de Declarações. Porém, o chefe de brigada que nos atendeu informou que, para que as diligências pudessem prosseguir, era necessário que a Medicina Legal carimbasse o auto. O processo tem o nº 774.-B/de 2011, 1^a Secção, 2^a Brigada.

Na Medicina Legal fomos informadas de que só depois de a criança ter sido observada no serviço de urgências ginecológicas do HCM se poderia obter o visto.

No dia seguinte a mãe levou a criança às urgências de ginecologia do HCM onde lhe foi feito o teste do HIV/SIDA. Este revelou que a menina era seropositiva. Destes serviços foram passadas duas guias, uma para o SAAJ e outra para a pediatria para iniciar o tratamento ao HIV/SIDA.

No dia 1 de Março foi recebida e carimbada pela Medicina Legal a solicitação feita pela PIC da cidade de Maputo para a elaboração do relatório pericial.

O que deveria ter sido feito?

O Protocolo elaborado pelo MISAU e distribuído às unidades sanitárias refere que relativamente à violação sexual se deve dirigir a vítima para os serviços de Urgência da Ginecologia do HCM, para fazer o exame clínico e, nos casos em que há violação sem penetração, deve ser orientada para apoio psicológico, médico-legal e jurídico. A profilaxia é obrigatória em todos os casos de violação sexual.

No caso da polícia, o posto policial situado no Centro de Saúde da Polana Caniço deveria ter elaborado o processo e **feito buscas para capturar o agressor**. Em seguida, deveria ter sido feita a instrução do processo criminal o qual seria enviado para a 14^a esquadra (com uma cópia para o Gabinete de Atendimento existente na esquadra). Aqui, o Procurador orienta os agentes da PIC para fazer as diligências adequadas, cabendo-lhe a decisão de enviar o caso para a PIC da cidade, caso precise de mais investigação. Se o Procurador achar que estão reunidas todas as provas, envia-as directamente para o Tribunal.

Segundo fomos informados pelo Gabinete Central de Atendimento a Mulheres e Crianças Vítimas de Violência, no caso de vítimas de violação sexual a **detenção do agressor não depende do relatório da Medicina Legal, mas apenas de um comprovativo médico de que houve violação**. Assim, se houver um suspeito, este deve ser detido e decretada a sua prisão preventiva por ordem do juiz de instrução. O laudo pericial é solicitado pela PIC, pelo Procurador e pelo Tribunal.

No caso dos postos policiais que não tenham agentes da PIC e que se encontrem dentro da unidade sanitária, os agentes são obrigados a tomar conta da ocorrência e a comunicá-la à esquadra. No prazo de 48 horas esta teria que reunir indícios para que o juiz legalize a

detenção. Recorde-se que este é um crime público pois a violação foi feita a uma criança de seis anos de idade, devendo o agressor ser imediatamente detido.

O que não foi feito?

- O posto policial situado no Centro de Saúde da Polana Caniço deveria ter procedido à captura do agressor, cujo nome e endereço eram conhecidos e tinham sido fornecidos pela mãe da vítima.
- Em caso de não detenção pelo posto policial, esta deveria ter sido feita imediatamente na 14^a esquadra que era obrigada, num prazo de 48 horas, a reunir indícios para legalização da detenção. Recorde-se que nem o posto policial nem a 14^a esquadra tomaram qualquer providência, limitando-se esta a enviar o processo para a PIC da cidade a 16 de Fevereiro, precisamente 21 dias depois de ter recebido a informação do posto policial, e sem que a mãe da vítima tivesse conhecimento da situação.
- O Hospital de Mavalane deveria ter feito a profilaxia à criança e, obrigatoriamente, tê-la encaminhado para os Serviços de Urgência da Ginecologia do HCM e daqui para a Medicina Legal e CERPIJ para apoio psicológico. Acrescente-se a demora que a menina teve que sofrer no Hospital de Mavalane, onde esteve cerca de 12 horas à espera de ser atendida (em contínuo sangramento) à revelia das orientações do MISAU que determinam que os casos de violação sexual sejam prioritariamente atendidos.

Ponto da situação a 27 de Fevereiro

- O agressor deve ter sido informado da denúncia pois só aparece na sua casa pela calada da noite.

- A criança é seropositiva. Feito o exame de HIV à mãe constatou-se que esta é seronegativa, ficando provado que a contaminação da criança foi produto da violação.

Ponto da situação a 1 de Março

- A Medicina Legal carimbou a solicitação feita pela PIC do laudo pericial.
- A PIC da cidade de Maputo recebeu o original do documento comprovativo da Medicina Legal.
- A PIC instruiu a mãe da vítima para que, no caso de conhecer o paradeiro do violador, telefonasse a informar. Recorde-se que, no auto de declarações realizado na PIC no dia 25/2, a mãe da vítima informou que o agressor era visto diariamente a entrar na sua casa no Bairro das Mahotas, principalmente a partir do entardecer.
- A criança começou a ser atendida nos serviços de pediatria no dia 2 de Março.

Ponto da situação a 14 e 15 de Março

- O agressor tem sido visto em sua casa sem que qualquer medida punitiva tenha sido adoptada.
- Foi comunicado a 15 de Março ao chefe da brigada da cidade da PIC o paradeiro do violador, Bairro, quarteirão e nº da casa. O responsável da PIC disse que não tinha transporte para ir capturar o violador.

Ponto da situação a 15 de Abril

- O violador continua a ser visto a entrar em sua casa todas as noites.

Ponto da situação a 7 de Junho

- Uma brigada da PIC deslocou-se no final do mês de Maio a casa do agressor, tendo sido informada que ele e esposa já não habitavam nesse endereço.
- Embora a esposa do agressor continue a trabalhar no Bairro das Mahotas, a uma pequena distância da casa onde agora a criança reside com a sua mãe, não foi feita mais nenhuma diligência para identificar a nova morada do violador.
- A criança está a ter acompanhamento psicológico desde Março (mensalmente).
- A mãe da criança está a ter muitas dificuldades, por razões financeiras, para dar os suprimentos alimentares indicados no HCM.

Ponto da situação a 5 de Julho

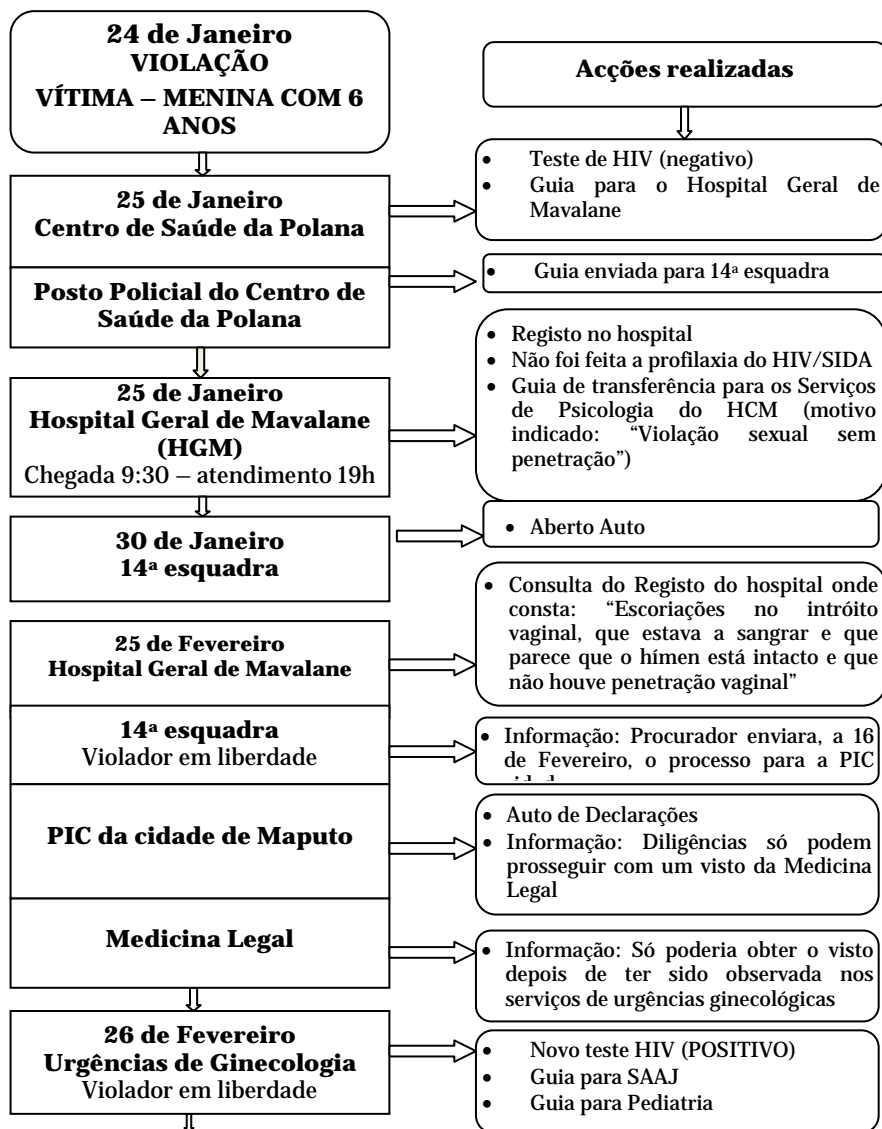
- A criança começou a ser acompanhada pelo programa Dream da Comunidade de Santo Egídio.

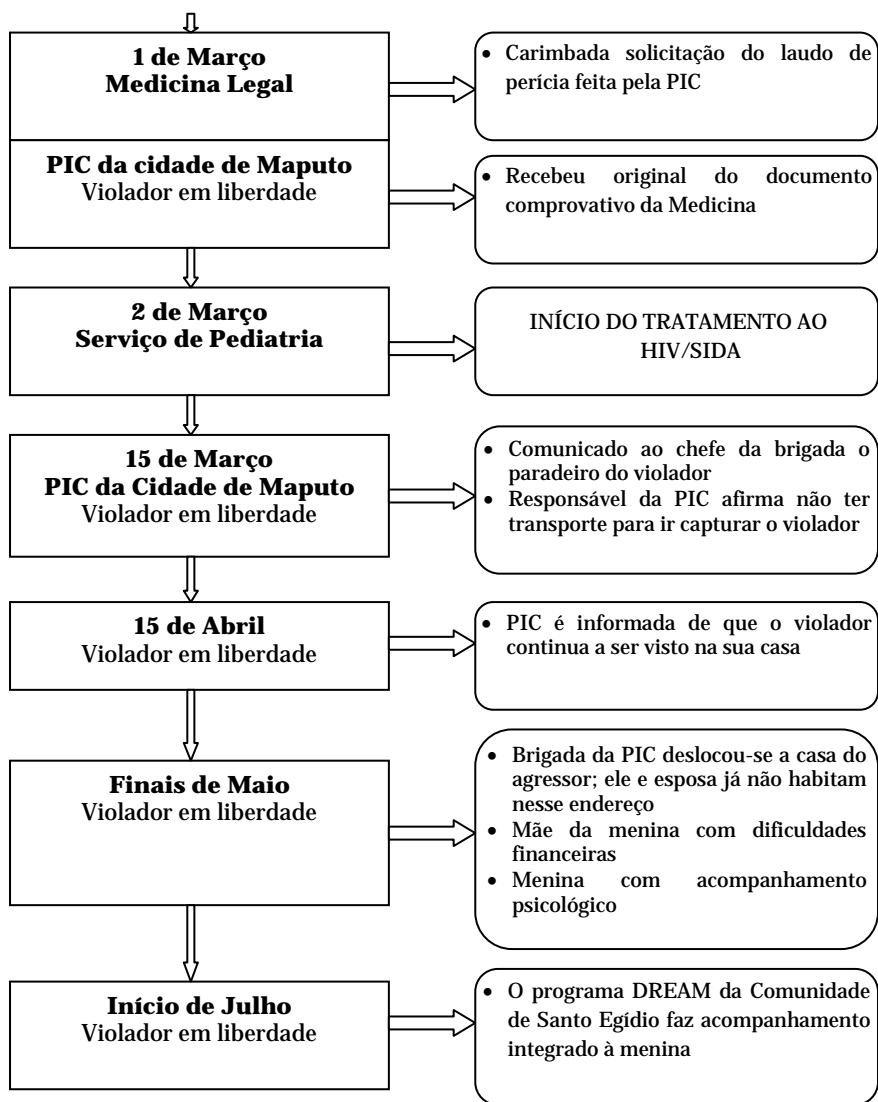
As distâncias

- O Posto policial situado no Centro de Saúde da Polana Caniço dista cerca de 6 Km da 14^a esquadra.

- O tempo para percorrer a distância que vai da residência da criança até à 14^a esquadra é de cerca de 1 hora, a pé.
- Da casa da vítima ao HCM são cerca de 3 horas a pé e 1 hora de transporte semicolectivo.
- Da casa da vítima à PIC da Cidade de Maputo são cerca de 4 horas a pé.

Cronologia do caso de Linda





Conclusões

A partir do estudo foi possível verificar que existe, principalmente a partir de meados da década de 2000, um cometimento por parte do Estado na defesa dos direitos das crianças, que se traduz na elaboração de dispositivos legais, de que a Lei nº 7/2008 é exemplo, reafirmando-se o seu estatuto de sujeito de direitos e responsabilizando pela sua protecção, todos os que, desde o Estado às famílias, têm como dever protegê-las. Há, contudo, a necessidade de, em primeiro lugar, rever o Código Penal, adaptando-o à legislação internacional ratificada por Moçambique, principalmente no que diz respeito à idade, ao enquadramento e moldura penal para o crime de violação sexual e à inclusão como crimes de violação de menores os que são cometidos contra crianças do sexo masculino. Em segundo lugar é necessário regulamentar a legislação de modo a que fiquem claros os procedimentos a adoptar pelos que têm o dever de actuar em defesa das crianças.

A divulgação da legislação e dos seus dispositivos normativos deve ser, antes de mais, conferida ao Estado, que tem a obrigação constitucional de zelar pelos direitos humanos e de fazer cumprir a lei. Apenas uma acção concertada entre sectores do Estado pode alterar a actual situação em que o desconhecimento da lei surge como justificação quer para a não actuação dos agentes do Estado quer para uma acção em que são os próprios agentes do Estado, violadores da lei, a proteger os infractores e a penalizar as vítimas.

A sociedade civil tem um papel crucial na estratégia de protecção dos direitos das crianças, seja através de actividades de advocacia e assistência legal, seja através da sensibilização das comunidades para a prevenção e denúncia, compartilhando com o Estado as estratégias de defesa dos direitos das crianças e envolvendo-se directa ou indirectamente na formação de activistas e agentes do Estado. O que se constata, contudo, é ainda a existência de uma relação por vezes conflitual entre as OSCs e as instituições (e mesmo no seio destas), seja pela sobreposição de papéis e funções, seja, como se referiu anteriormente, pelas diferenças entre procedimentos.

Pesquisando a violência sexual em diferentes contextos, trabalhando em rede e transversalizando as estratégias e as acções, a sociedade civil pode constituir um importante parceiro do Estado.

No que se refere ao sector da saúde, constata-se que a elaboração de um Protocolo de Atendimento Integrado, embora só implementado na cidade de Maputo, constitui um avanço no tratamento interdisciplinar da violação sexual. Foi possível verificar que as unidades sanitárias (referimo-nos às que foram objecto de análise) conhecem as normas que regulam o atendimento, nomeadamente, a necessidade de realizar o teste do HIV/SIDA e de fazer a profilaxia, não obstante o encaminhamento para outras unidades sanitárias e para o sector policial sofrer ainda de deficiências. Esta situação comprova a necessidade de formação de todos os profissionais, principalmente no que respeita a uma abordagem multidisciplinar (que rompa com a redutora visão medicalizada e muito compartimentada do problema) e, também, no que se refere ao conhecimento da legislação, que confere a todas e a todos a obrigação, independentemente da sua função, da denúncia da violação sexual. É necessário, igualmente, que a saúde participe de forma mais convincente na sensibilização das comunidades, informando-as sobre questões que, parecendo de detalhe, podem

influenciar a eficácia no atendimento: é o caso da prioridade que é conferida à violação sexual (sem necessidade de passar pelo Banco de Socorros), da necessidade de preservar os vestígios do acto e da importância que se cumpra o prazo das 72 horas para a obtenção de provas.

Em relação ao sector da polícia, as constatações apontam para alguns avanços, como o facto de existir uma maior visibilidade da violação sexual como crime, de se ter iniciado a elaboração de um Banco de Dados que vai permitir identificar e caracterizar a violação sexual e, ainda, de se realizarem campanhas de luta contra a violação sexual nas comunidades e nas escolas (com envolvimento de algumas organizações da sociedade civil). A criação do Gabinete Central de Atendimento à Mulher e Criança Vítima de Violência e dos gabinetes modelo é reconhecidamente um passo importante para a protecção das vítimas e sancionamento dos prevaricadores. Contudo, é necessário que: 1) se estabeleçam consensos entre todos os agentes, desde o que faz o atendimento até ao que tem como função averiguar e deter, sobre os procedimentos a seguir. A pesquisa mostrou que há ainda, da parte de muitas pessoas, um desconhecimento da lei, conduzindo ao seu incumprimento e à manutenção de uma situação de impunidade, gerando insatisfação e medo por parte de quem denuncia ou deve denunciar, como os familiares, os agentes de saúde e os activistas da sociedade civil; 2) se melhore a eficiência do atendimento e a articulação institucional, de modo a que sejam mais céleres os fluxos de atendimento e responsabilização, poupando às vítimas um duplo trauma: o que comporta a violação e o que advém da morosidade no processo da resolução; se atenda a que os procedimentos não possam acarretar mais sofrimento para as vítimas e suas famílias (de que o caso de Linda é exemplo), compreendendo que as constantes deslocações e as longas distâncias a serem percorridas concorrem para a construção de um profundo sentimento de injustiça e dor, sem que se veja saída para a situação.

Finalmente duas questões que aparecem como centrais nesta pesquisa: a primeira é a confusão e ambiguidade entre os conceitos de abuso e violência sexual e a segunda é a naturalização da violação sexual.

Como referimos ao longo do trabalho, a inexistência de um conceito para a definição da violação sexual (sendo arbitrariamente utilizada como forma de abuso, ou como seu sinónimo) tem implicações na análise do problema e no registo dos dados. Isto significa que, seja qual for a abordagem, só dificilmente a informação obtida se refere exactamente ao que se pretende. Por exemplo, se se considerar, como alguns, que a violação sexual respeita apenas ao cometimento do acto por uma única vez e abuso a uma forma continuada, ou ainda, se se tomar a violação sexual como uma forma de abuso, não será possível a existência de um registo fidedigno, dificultando o seu enquadramento na moldura penal prevista na legislação. Por outro lado, sendo o abuso um termo muito lato, comumente usado para designar, desde a falta de respeito entre pessoas, ao assédio sexual, constata-se que é necessário identificar um conceito que explicitamente o que é violação sexual. É neste sentido que se propõe a substituição de abuso sexual por violência sexual, sendo, deste modo, a violação sexual adoptada como variável da violência.

A segunda questão, em parte relacionada com a anterior, tem a ver com a necessidade de introduzir uma abordagem de género na análise da violação sexual, cometida contra crianças dos dois sexos. Analisando a violação sexual numa perspectiva de relações sociais de género, transversalizadas por poder, compreender-se-à como se constrói a naturalização da violação sexual, principalmente quando é cometida no contexto familiar, permitindo a ruptura com uma visão fatalista e banalizadora do mal.

A questão posta deste modo remete-nos para uma abordagem de direitos humanos das crianças, tomando como fundamento que a criança é sujeito de direitos e, nesse sentido, deve ser protegida. A pesquisa mostrou à sociedade que, se a violação constitui um problema a que todos são sensíveis, ela é muitas vezes tolerada (e “despronunciada”), o que se traduz, por exemplo, no facto de a denúncia ser deixada ao critério das famílias, mesmo que, do ponto de vista legal, seja considerada crime. A violação sexual de crianças é, pois, uma manifestação brutal de como a construção social das identidades sociais de género são estruturadas por um modelo de masculinidade e feminilidade que conforma os corpos sexuais ao controlo social, que pune/culpabiliza/desculpabiliza, em função do que é culturalmente reconhecido como aceitável ou não.

Recomendações

Embora nas conclusões tenhamos referido acções que julgamos poderem ser desenvolvidas a curto e médio prazos, listaremos em seguida as que nos parecem ser mais importantes:

- A violação sexual deve ser incluída na variável violência sexual, abandonando-se o termo “abuso” para a descrever.
- Devem ser realizadas mais pesquisas com uma abordagem de género que estudem as antigas e as novas formas de violência sexual, os contextos e os perfis das vítimas e dos agressores.
- O Código Penal deve ser revisto, adoptando os princípios normalizados pela legislação internacional e ratificados por Moçambique.
- A Lei de Promoção e Protecção dos Direitos da Criança (Lei nº 7/2008) deve ser regulamentada.
- Devem ser desenvolvidos mecanismos de divulgação, avaliação e monitoria da legislação de defesa dos direitos humanos das crianças.
- Deveria ser criada uma ficha única para a violação sexual de menores, que integrasse os sectores da saúde, polícia e acção social. Através dela poder-se-ia criar um Banco de Dados que permitisse visualizar o ciclo de atendimento e a responsabilização da violação sexual.

- Devem ser alocados recursos para que o atendimento integrado das vítimas de violação sexual possa ser efectuado, nomeadamente, facilitando a implementação dos procedimentos a adoptar e a flexibilização no atendimento e encaminhamento.
- O acompanhamento psicológico das vítimas deve ser activado, normalizado e considerado como componente central no tratamento.
- Deve ser integrada uma perspectiva de género nas acções de capacitação dirigidas aos agentes que fazem o atendimento às vítimas de violência sexual.
- Todos os actores que estão no circuito da violação sexual - comunidade, agentes de saúde, agentes policiais e activistas da sociedade civil - devem ser capacitados para o conhecimento da legislação e do seu papel e função na protecção das vítimas e na denúncia e sancionamento dos agressores.
- Devem ser programadas acções estratégicas articuladas entre os sectores da saúde e da polícia, acção social e sociedade civil, de modo a estabelecer-se uma agenda de defesa dos direitos da criança, particularmente contra a violação sexual.
- A organização de campanhas nas escolas e nas associações juvenis que apoiem a prevenção, a identificação e a denúncia da violação sexual deve constituir uma componente central para o combate à violação sexual de menores.
- Os currículos dos agentes de saúde (enfermeiros e médicos) e agentes policiais (EPP e ACIPOL) devem conter módulos de

aprendizagem sobre a violência de género, com destaque para a violência sexual.

- Nos *media*, devem ser sistematicamente planificadas campanhas que promovam os direitos das crianças, divulgando os deveres das famílias, comunidades e instituições na protecção das crianças. Devem, também, ser largamente publicitados os casos de violação sexual de menores e feito o acompanhamento mediático, até à responsabilização dos agressores pelos tribunais.
- As redes da sociedade civil para concertação de estratégias comuns na defesa dos direitos das crianças devem ser dinamizadas.
- Devem ser criados mecanismos, incluindo um centro de acolhimento, que possam promover a reabilitação psicológica da vítima e a sua inserção familiar, escolar e social.

Bibliografia

1. Obras gerais

ACORD (2010). “*Protection and Reparation under Congolese Law for Survivors of Sexual and Gender-Based Violence: Situational Analysis and Prospects for Reform*”. Kampala: ACORD DRC. In: www.acordinternational.org.

ADDC, AMMCJ e outras organizações (2010). *Análise dos direitos humanos segundo uma perspectiva de género na proposta de revisão do Código penal*. Maputo: WLSA, mimeo. (com a consultoria técnica de Vitalina Papadakis e Elisa Vieira).

Albuquerque, C. (2000). “Direitos das crianças: Nações Unidas, a Convenção e o Comité”. In: *Boletim Documentação e Direito Comparado*, nº83/84. Lisboa: GDDC.

Amazarray, M.; Koller, S. (1998). “Alguns Aspectos Observados no Desenvolvimento de Crianças Vítimas de Abuso Sexual”. In: *Revista de Psicologia Reflexão e Crítica*, 11, nº 3. Porto Alegre: UFRGS. Pp. 546-555

Amendola, M. (2009). “Analisando e (des)construindo conceitos: pensando as falsas denúncias de abuso sexual”. In: *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, vol. 9, nº 1. Rio de Janeiro: UERJ. Pp. 199-218

- Araújo, M. F. (2002). "Violência e Abuso Sexual na Família". In: *Psicologia em Estudo*, vol. 7, nº 2. Maringá: UEM. Pp. 3-11
- ARES (2010). Conferência Sobre Violação Sexual Contra Crianças. Maputo. Mimeo.
- Bagnol B. (2004). *Violência e Abuso Sexual de Crianças*. Maputo: Save the Children Noruega.
- Có J. et al. (2006). *Abuso e a Exploração Sexual de Menores na Guiné-Bissau*. Bissau: INEP, UNICEF.
- Collet, A. (2010). *Pesquisa de Crenças e Atitudes em Relação à Violência Sexual Contra a Mulher e a Rapariga na Província de Tete*, Maputo.
- Faleiros, V. (2001). *A violência sexual contra crianças e adolescente e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário*. In: www.cecria.org.br. acessado em 30 de Março de 2011.
- Faleiros, V. et al. (2001). *Circuito e Curtos-Circuitos no Atendimento, Defesa e Responsabilização do Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes no Distrito Federal*. In: www.cecria.org.br, acessado em 30 de Março de 2011.
- FDC (2008). *Violência contra menores em Moçambique*. Maputo.
- Linha Fala Criança (2010). *Relatório Sobre Violência Sexual*. Maputo.
- MISA (2008). *Violência, exploração e abuso sexual de crianças, Análise da cobertura jornalística e recomendações para os media*. Maputo.

Nhatumbo, S. et al. (2010). *Casamentos prematuros em Moçambique, contextos, tendências e realidades*. Maputo.

Ogwang O.; Ojienda T. (2010). *Pursing Justice for Sexual and Gender based Violence: Options for protecting and compensating survivors of Sexual and Gender-Based Violence*”, Nairobi: ACORD. In: www.acordinternational.org, acessado em Abril de 2001.

Osório, C.; Silva, T. (2008). *Buscando sentidos, Género e sexualidade entre jovens estudantes do ensino secundário*. Maputo: WLSA.

_____ (2009). *Género e governação local, estudo de caso na província de Manica, distritos de Tambara e Machaze*. Maputo: WLSA.

Penso, M. et al. (2009). *Abuso sexual intrafamiliar na perspectiva das relações conjugais e familiares*. In: www.redalyc.org, acessado em Março de 2011.

Rede Criança (2009). *Relatório da Sociedade Civil Sobre a Implementação da Convenção dos Direitos da Criança*. Maputo.

Saffioti, H. (1997). No Fio da Navalha: Violência Contra Crianças e Adolescentes no Brasil Atual. In: F. Madeira (org). *Quem Mandou Nascer Mulher?*. São Paulo: Editora Rosa dos Tempos. Pp. 134-211

Silva, A. (1998). *Abuso sexual de crianças*, Pontifícia Universidade do Rio de Janeiro, mimeo, s/ref.

Silva, A. (1998). *Abuso sexual de crianças*. Pontifícia Universidade do Rio de Janeiro, mimeo, s/ref.

UNICEF (2010). *Relatório Final sobre a Avaliação dos Gabinetes Modelo de Atendimento Mulher e Criança*. Maputo.

2. Dispositivos Legais Internacionais

Assembleia Geral das Nações Unidas (1989). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*.

Assembleia Geral das Nações Unidas (1990). *Princípios Orientadores de Riade para a Prevenção da Delinquência Juvenil*.

Assembleia Geral das Nações Unidas (1990). *Regras para a Protecção de Menores Privados de Liberdade*.

Assembleia Geral das Nações Unidas (1993). *Convenção de Haia relativa à Protecção das Crianças e à Cooperação em matéria de Adopção Internacional*.

Assembleia Geral das Nações Unidas (1998). *Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional*.

Assembleia Geral das Nações Unidas (2000). *Protocolo Facultativo ao Envolvimento de Crianças em Conflitos Armados*.

Assembleia Geral das Nações Unidas (2000). *Protocolo Facultativo à Venda de Crianças, Prostituição e Pornografia*.

Nações Unidas (1992). *Recomendação Geral (n. 19) sobre a Violência Contra a Mulher*.

Nações Unidas, Comissão dos Direitos Humanos (2003). *Integração dos Direitos Humanos das Mulheres e a Perspectiva de género, Violência contra a Mulher*.

Nações Unidas, Comissão dos Direitos Humanos, Informe da Relatora Especial (2005). *Integração dos Direitos Humanos da Mulher e a Perspectiva de género. A Perspectiva de género: Violência contra a Mulher, Inter Relações entre a Violência de Género e o HIV/SIDA.*

Organização da Unidade Africana (1990). *Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança. Recomendação Geral (n. 19) sobre a Violência Contra a Mulher.*

Organização Internacional do Trabalho (1999). *Convenção da OIT n.º 138 sobre a Idade Mínima de Admissão ao Emprego.*

Organização Internacional do Trabalho (1999). *Convenção n.º 182 para a Eliminação Imediata das Piores Formas de Trabalho Infantil*, adoptada em 1999 pela OIT.

Plataforma de Acção (1995). *IV Conferência Mundial sobre a Mulher.* Beijing.

União Africana (2003). *Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos Relativo Aos Direitos da Mulher em África.* Maputo.

3. Documentação oficial e Legislação nacional

Moçambique (2010). *Programa Quinquenal do Governo para 2010-2014.* Maputo.

Moçambique, Lei n.º 10/2004, BR. I Série, n.º34, de 25 de Agosto de 2004.

Moçambique, Lei nº 7/2008, BR. I Série, nº28, de 9 de Julho de 2008.

Moçambique. Decreto nº 8/2009, BR. I Série, nº12, de 31 de Março de 2009.

Moçambique. *Despacho, BR. I Série, nº2, de 12 de Janeiro de 2011.*

Moçambique. Ministério da Educação e Cultura, Direcção de Programas Especiais (2008). *Relatório da auscultação através das Unidades de Género, Conselhos de Escolas e Jovens Raparigas sobre que mecanismos a adoptar para a prevenção, combate, denúncia e encaminhamento de casos de assédio e todo o tipo de abuso, incluindo o abuso sexual na escola.* Maputo.

Moçambique. Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social (2006). *Plano Nacional de Acção para a Criança (PNAC), 2006-2010.* Maputo.

Moçambique. Ministério da Saúde (2009). *Estratégia de Inclusão da Igualdade de Género no Sector da Saúde.* Maputo.

Moçambique. Ministério da Saúde (2010). *Plano Económico Social, Sector Saúde.* Maputo.

Moçambique. Ministério da Saúde (2011). *Guia para Atendimento Integrado às Vítimas de Violência sexual e Profilaxia Pós exposição Não Ocupacional ao HIV* (draft). Maputo.

Moçambique. Ministério da Saúde (2011). *Material de Formação, Atendimento Integrado às Vítimas de Violação Sexual.* Maputo.

Moçambique. Ministério do Interior (2008). *Plano Estratégico de Desenvolvimento Institucional do Ministério do Interior (EDIMINT)*. Maputo.

Moçambique. Resolução nº 19/90. BR. I Série, nº42, de 23 de Outubro de 1990.

Moçambique. Resolução nº 20/98, BR. I Série, nº21, de 2 de Junho de 1998.

Moçambique. Resolução nº 22/99. BR. I Série, nº25, de 29 de Junho de 1999.

Moçambique. Resolução nº 23/79. BR. I Série, nº. 112, 26 de Dezembro de 1979.

Moçambique. Resolução nº 42/2002, BR. I Série, nº21, de 28 de Maio de 2002.

Moçambique. Resolução nº 43/2002, BR. I Série, nº21, de 28 de Maio de 2002.

Moçambique. Resolução nº 43/2002, BR. I Série, nº21, de 28 de Maio de 2002.