

VIOLÊNCIA SEXUAL EM MENORES

Cristina Camões

Psicóloga licenciada pela Universidade Lusíada do Porto, Portugal

Correspondência:

cristina.camoes@sapo.pt

RESUMO

A violência sexual de menores constitui uma agressão ao bem-estar do menor que requer uma resposta ampla e abrangente do sistema legal, articulada e coordenada com a estrutura social e concebida para proteger as crianças vítimas e manter controlados os agressores e abusadores.

A violência sexual intra-familiar em menores, constitui actualmente uma das prioridades das políticas dos países ocidentais, este facto parece dever-se ao crescente aumento do número de denúncias efectuadas.

Contudo assiste-se ainda a dificuldades de várias ordens por partes daqueles grupos de profissionais que trabalham com o objectivo de prevenir e desvendar a violência sexual em menores no âmbito familiar. Muitas vezes impera o silêncio quer por parte da vítima, como da própria família que teme denunciar um dos seus membros e por outro lado tentando evitar expor-se às consequências negativas que daí poderão advir.

Por outro lado é ainda um problema social, quer profissionais, quer a sociedade em geral evita encarar a real magnitude desta problemática, e prefere não se envolver num assunto psicossocial tão complexo.

Palavras-chave: Abuso sexual, Menores, Crianças, Adolescentes, Intervenção psicológica, Comportamento Desviante

O papel da justiça nesta problemática

Esta problemática faz emergir um conjunto de questões de natureza processual, relativas à prova e também de ordem constitucional. Uma resposta adequada exigiria uma coordenação inter-profissional e por outro lado gera situações de constrangimento e tensão para as partes envolvidas, quer sejam psicólogos, assistentes sociais, magistrados, vítimas, família, e agressores. Têm-se assistido a problemas de várias ordens relacionados com o tratamento que muitas vezes se dá aos menores vítimas de violência sexual, nomeadamente a demora da justiça, a insensibilidade de magistrados e polícia.

A justiça representa um papel importantíssimo na violência sexual praticada em menores, e no combate ao flagelo social. Esta garante às vítimas a reparação e a ratificação de que não existem razões para se sentirem culpados, já que são simplesmente vítimas dessa violência.

A vítima e o seu meio intra-familiar

Constata-se que geralmente a violência sexual praticada contra menores é praticada por pessoas conhecidas e próximas à vítima, tais como, família, vizinhos, professores, amigos). Desta forma o agressor ocupa uma posição de poder em relação à vítima, utilizando esse poder de várias formas como forma de intimidar a vítima, nomeadamente através de chantagem emocional ou intimidação e ameaça.

Aiken & Purdy (1998), propõem direitos iguais para adultos e crianças, já que estas estariam a ser prejudicadas pelos limites do Direito.

Desta forma seria salvaguardada a protecção dos menores, que ainda não tendo o seu processo de desenvolvimento concluído estariam em desvantagem em relação aos adultos, na hora de serem defendidos judicialmente.

A denúncia

Quando eventualmente a criança decide transmitir a alguém os abusos sexuais, muitas vezes já se passaram meses ou até mesmo anos, o que comprometerá a perícia médica legal. A criança é de seguida encaminhada para um médico legista que irá fazer o exame médico-legal e envia-lo posteriormente para seguir os trâmites legais. Neste percurso muitas vezes o menor

continua a conviver com o agressor, originando a perda de indícios e provas, que poderão prejudicar a incriminação do agressor.

Durante o processo poderão também ocorrer informações contraditórias, ou indícios pouco significativos, que poderão afectar o normal desenrolar do processo judicial.

Por todas estas razões encontramos menores que vêm por água abaixo a sua tentativa de “gritar por ajuda”, e que muitas vezes desistem de pedi-la por acharem de que nada vale gritar quando esse grito não é ouvido pelos outros.

Os pediatras são obrigados por lei a denunciar aos organismos responsáveis pela protecção adequada do menor, o diagnóstico ou suspeita de possível abuso ou negligência contra a criança. Os pediatras devem informar as famílias directamente sobre a denúncia que será feita, de maneira delicada e compreensiva.

A razão do Silêncio

“O Silêncio é a alma das Agressões Sexuais”

Anna Salter

São vários os factores que poderão levar o menor a silenciar a violência sexual. O silêncio vai permitir que a violência contra o menor se perpetue no tempo, desta forma será importante que os adultos estejam atentos aos sinais e sintomas que poderão evidenciar a existência de violência sexual.

Sinais e sintomas que denunciam a existência de violência sexual

Numa criança abusada sexualmente poderemos encontrar variados sinais e sintomas:

- Mudança comportamental na escola ou no contexto familiar;
- Diminuição do rendimento escolar;
- Necessidade de super-estimulação ou insegurança;
- Recusa ou medo de ficar com um adulto, ou sozinho com ele;
- Medo de algumas pessoas ou lugares
- Problemas com os esfíncteres;

- Perturbações do sono;
- Depressão, ansiedade, afastamento, apatia ou indiferença;
- Auto-mutilação;
- Fuga;
- Problemas com álcool ou drogas;
- A nível físico, irritações na boca, vagina ou ânus.

Muitas vezes o agressor é alguém que está próximo da criança e a confunde-a entre a violência sexual e um acto de carinho, servindo-se da persuasão, recompensa ou ameaças, levando a criança a confundi-lo(a) com uma pessoa boa e que gosta de si.

Isto promove o silêncio e alimenta o medo da criança perder a pessoa que acha gostar de si. Por outro lado estas crianças alimentam por vezes um sentimento de culpa e vergonha temendo a desagregação familiar.

Os Efeitos Psicossociais Causados Nas Vítimas De Abuso Sexual

A criança que é vítima de abuso sexual prolongado, usualmente desenvolve uma perda violenta da auto-estima, tem a sensação de que ela não vale nada e adquire uma representação anormal da sexualidade. Algumas crianças abusadas sexualmente podem ter dificuldades para estabelecer relações harmónicas com outras pessoas, podem transformar – se em adultos que também abusam de outras crianças.

Abuso Sexual define-se como qualquer conduta sexual levada a cabo por um adulto ou por outra criança mais velha com outra criança mais nova.

O Abuso Sexual Infantil acarreta grandes danos ao desenvolvimento da criança e por isso a prevenção deve ser iniciada o mais cedo possível, quando a criança começar a ter compreensão de sexualidade, começar a compreender seu corpo, os pais já devem orientá-la para que ela não permita que toquem em seu corpo sem a sua permissão.

A criança pode tornar-se muito retraída, perder a confiança em todos adultos e pode até chegar a considerar o suicídio, principalmente quando existe a possibilidade da pessoa que abusa ameaçar de violência se a criança se negar aos seus desejos.

Algumas crianças abusadas sexualmente podem ter dificuldades para estabelecer relações harmónicas com outras pessoas, podem transformar – se em adultos que também abusam de outras crianças ou inclinar-se para a prostituição ou podem ter outros problemas sérios quando adultos. As crianças abusadas ficam aterrorizadas, confusas e muito temerosas de contar a

alguém o incidente. Frequentemente as crianças permanecem silenciosas por não desejarem prejudicar o abusador ou provocar uma desagregação familiar ou por receio de serem consideradas culpadas ou castigadas. Crianças maiores podem sentir-se envergonhadas com o incidente, principalmente se o abusador é alguém da família. O adulto abusador continua com a sua conduta de violência porque sabe que de qualquer forma consegue controlar a criança. Geralmente é uma figura de quem a criança gosta e confia.

Violência no lar

A violência doméstica traduz-se numa variada gama de situações que envolvem a criança, desde a negligência até os maus-tratos de ordem física, psicológica ou de abuso sexual. A etiologia da violência familiar é multifatorial e sua compreensão exige a observação do contexto e ambiente familiar onde a criança vive.

Etiologia da violência familiar

Não existe uma causa única da violência contra a criança, contudo são vários os factores que levam a criança a sofrer de maus-tratos, tais como:

- Temperamento difícil da criança;
- Falta de firmeza dos pais;
- Violência conjugal;
- O abandono do pai/mãe;
- A falta de apoio social;
- Agentes causadores de stress (bairros problemáticos e perigosos ou isolamento social); - A aceitação ampla da punição (castigo corporal).

AVALIAÇÃO

Como pode o técnico detectar a violência na família

O técnico deverá fazer uma análise criteriosa e holística do meio familiar. As entrevistas deverão abarcar questões acerca do bem-estar dos pais, o sentimento destes em relação à criança, problemas com a criança e a forma como os pais lidam com eles, o relacionamento conjugal, mudanças recentes na vida familiar.

Entrevistas clínicas (semi – estruturadas ou conversas informais)

Será essencial avaliar a maneira como a criança percebe a sua situação e o seu bem-estar.

Entrevista com a criança

O terapeuta deverá evitar fazer a entrevista mais do que uma vez, deverá ter em atenção a anotação rigorosa de todos os indicadores verbais e não-verbais. Algumas das questões que poderão ser feitas:

- Com quem vives?
- Como está escola, a tua casa, ou o teu bairro?
- Como é o teu relacionamento com as pessoas da tua casa?
- Que tipo de actividades fazes com os teus pais?
- Existe alguma coisa que gostarias de mudar?
- O que fazes quando alguma coisa te incomoda?
- Existem discussões na tua casa? De que maneira? A respeito de quê?

Entrevista com os pais

Da mesma forma, é importante entrevistar os pais, tendo em conta uma análise criteriosa de toda a informação transmitida verbalmente e não – verbal:

- Como estão?
- Quais são as vossas preocupações?
- O que faria se o deixassem fora de si?
- Têm alguma ajuda de alguém para tratar o (s) seu (s) filho (s)?
- Consideram que têm tempo suficiente para conviver com o (s) seu (s) filho (s)?
- O que acham do bairro onde moram?
- Como era o seu relacionamento com os seus pais?
- Existe na sua família alguns problemas relacionados com álcool ou outras drogas?
- Há algum tipo de violência na sua casa?

Métodos e técnicas de avaliação clínica

A *observação* é um dos métodos directos, que permite a obtenção de informações relevantes tanto dos pais da criança como do seu relacionamento.

Observação é “uma acção de olhar com atenção os seres, as coisas, os acontecimentos, os fenómenos para os estudar, examinar e para deles retirar conclusões.” (*Le Petit Larousse, 1998*). O acto clínico de observar começa pelo olhar e pela percepção fina do técnico acerca de uma situação, contudo esta posição do clínico é delicada e deverá ser o mais criteriosa possível para evitar a produção de erros avaliativos ou mesmo a negligência de alguns comportamentos determinantes para a avaliação do caso.

A anamnese é também uma técnica utilizada para a avaliação do caso clínico. Define-se como um exame profundo e cuidadoso, “é uma técnica no âmbito do método clínico que consiste na recolha de informações relativas ao desenvolvimento passado e presente do indivíduo. Visa a compreensão exaustiva e aprofundada dos seus processos psicológicos.” (*Emanuel Pestana & Ana Páscoa, 1998*).

Para se aprender mais sobre uma família é necessário ouvir com atenção e sugerir que os pais contem histórias importantes (“Como foi a sua infância?” “Qual o seu objectivo como pai?”).

O apoio e aconselhamento adicionais podem incluir:

Rever com os pais as circunstâncias difíceis que podem vir a acontecer; identificar os pontos fortes e esforços dos pais; ajudar os pais a resolver problemas; permitir ou facilitar outros

recursos e comunicar o seu interesse e a sua disponibilidade para ajudar. Outros familiares importantes podem ser convidados a ajudar no processo terapêutico.

Sinais encontrados na análise da Anamnese

- A história do desenvolvimento é compatível com o tipo ou grau de ferimento.
- A história das ocorrências (relativamente aos ferimentos e danos físicos). Analisar até que ponto o pai/mãe tem consciência desses danos físicos.
- Análise dos relatos dos diferentes interlocutores (por exemplo a história relatada pela mãe é diferente do pai).
- As entrevistas efectuadas aos pais em momentos diferentes são contraditórias.
- A história contada não é fidedigna, com o que parece ter acontecido.
- Análise do tempo decorrido entre os danos físicos e a consulta.
- Um dos progenitores evidencia uma despreocupação relativamente aos ferimentos apresentados pela criança.
- Estudo das interacções pais – filhos para a despistagem de interacções patológicas
- Análise do número de consultas e espaço entre elas devido a danos físicos.

Exame físico

Exame geral para observar traumatismos prévios ou simultâneos como marcas de aperto, equimoses, mordidas ou trauma de faringe. O exame genital na maioria das vezes é normal, sendo que quando este se encontra alterado é suficiente para se confirmar o abuso sexual. O exame genital requer o conhecimento da anatomia pré-puberal, ambiente tranquilo e ser efectuado pelo médico de medicina legal.

INTERVENÇÃO

Intervenção em Situações de Abuso Sexual

“Tentativas de definir um conceito representam

Essencialmente um convite a caminhar por uma selva semântica”

Brandura (1973) – tentativa de definir “violência”

De acordo com *Williams (2002)*, a definição de violência está directamente ligada à definição de agressão. *Hacker (1973)* e *Loeber e Stouthamer-Loeber (1998)* definem a agressão como actos que infligem danos corporais ou psicológicos a outros, referindo-se a actos que causam danos menos sérios, enquanto violência é definida como actos agressivos que causam danos sérios. Para *Wistedt e Freeman (1994)* o conceito de agressão é mais amplo que violência, incluindo, também, palavras ou acções ameaçadoras e irritabilidade.

A agressão não é um comportamento, mas um rótulo cultural de padrões de comportamento, sendo resultado de um julgamento social por parte do outro. (*Parke e Sawin – 1997*). O uso das relações de poder como determinante de direitos e deveres referentes à expressão do desejo sexual acompanha a humanidade desde seus primórdios, possuindo os detentores desse poder – seja ele físico, económico, político ou emocional – o privilégio do livre exercício de sua sexualidade sobre aqueles que estão sob o seu domínio, independentemente da vontade dos mesmos.

À falta de definição de linhas gerais de acção associa-se o verdadeiro pânico manifestado por grande parte dos profissionais das mais diversas áreas da saúde, quando confrontados com uma situação de violência ou abuso sexual, levando a condutas e encaminhamentos baseados apenas em convicções emocionais particulares de cada indivíduo, que podem intensificar o desconforto daqueles que buscam auxílio para sua situação ou mesmo agravar os danos decorrentes do abuso a médio e longo prazos.

“Muitos pais têm filhos não para os amar e criar, mas porque querem servir-se deles como cobaias ou como satisfação sexual até.” (Patrícia, 14 anos). In Pedro Strecht (2001).

“Devia-se pedir aos adultos que imaginassem o que achavam se fossem eles as crianças a quem estão a fazer essas coisas.” (Sofia, 13 anos). In Pedro Strecht (2001).

Intervenção junto do agressor

Cada vez mais torna-se necessária uma intervenção não só na criança vítima de abuso sexual, mas também no agressor, já que a não ser feito, este poderá repetir o mesmo ciclo de violência contra os menores.

As pessoas que cometem abuso em geral sabem que o abuso é errado e constitui crime, por outro lado o abuso não cria primariamente uma experiência prazerosa, mas serve para alívio de tensão, tornando-se num processo que é conduzido pela compulsão à repetição do acto.

O abuso sexual dá ao abusador a excitação que constitui o elemento aditivo central, este vai permitir o alívio da tensão, por sua vez, este ciclo vai criar dependência psicológica. O abusador trava psicologicamente uma luta entre a negação do próprio acto e a tentativa de parar, que irá desencadear um conjunto de processos cognitivos, que levarão à ansiedade, irritabilidade e agitação.

Os abusadores utilizam uma série de estratégias para concretizar a violação, tais como: sedução, acusação, minimização e movimentos defensivos.

Na sociedade actual mesmo que a decisão judicial seja pela prisão do abusador, isto não significa que este não virá a repetir os mesmos actos e por outro lado não significa que tenha assumido a responsabilidade destes.

Desta forma a prisão compõe a evitação da realidade e as pessoas frequentemente saem sem assumir a autoria em termos psicológicos.

Será portanto necessário trabalhar a *negação*, para isso é de extrema importância a intervenção dos psicólogos neste domínio.

Contudo para poder ser feita uma intervenção psicológica, é condição *sine qua non*, que o abusador admita que cometeu o acto de violação, sendo este o primeiro passo para a mudança.

Limitações do processo terapêutico junto do agressor

Existem contudo várias limitações a esta intervenção:

- A “cura” só poderá ser obtida com uma terapia longa;
- Poderão existir individuos que aderem à terapia inicialmente como forma de fuga para não admitir a autoria, o que tornará o tratamento ineficaz;
- Perda de motivação que leva ao abandono das sessões;
- Agressividade e abandono da terapia.

Intervenção junto das vítimas de abuso sexual

Na intervenção junto das vítimas, é importante criar um clima de confiança, abertura e por outro lado mostrar à criança que acreditam no seu relato.

Perante a desconfiança da existência de abuso sexual é necessário solicitar ajuda médica, junto da comissão de protecção de menores da área ou mesmo do tribunal de menores.

Será também relevante levantar o véu que cobre muitas vezes o ambiente familiar, a violência emocional. Desta forma é importante orientar procedimentos para a detecção do problema – tanto pela anamnese como pelo exame físico, de forma a formular um diagnóstico.

Agregar o espaço do atendimento fortalece o espaço da denúncia, da mobilização social e da responsabilização dos culpados.

Para atender à complexidade do fenómeno, é necessário a criação de equipas multidisciplinares (médico, enfermeiro, assistente social, psiquiatras, psicólogos, etc.). O objectivo principal e primordial da intervenção é a **interrupção do ciclo de violência**, para tal é necessário que sejam tomadas medidas jurídicas de contenção do agressor, medidas sociais de protecção às crianças, medidas médicas de tratamento das consequências e medidas psicossociais.

A intervenção vai provocar consequências na família, reversão ao padrão original de relacionamento, ruptura familiar, mudanças terapêuticas, necessidade de clarificar os relacionamentos e interpretação do significado da violência na família.

Conforme referenciado por M. Fátima Oliveira e Cristina Camões, a **habilidade de interagir** adequadamente com os adultos significativos é um aspecto importante no desenvolvimento infantil e adolescente (*Caballo, 1987; Del Prette & Del Prette, 1999; Harralson & Lawler; 1992*).

De acordo *Goleman (1995)* referenciado por M. F. Oliveira e Cristina Camões, “a família é a primeira etapa de socialização da criança, é o contexto educativo onde aprende e sente as normas, valores sociais, culturais e valores emocionais. A família é uma base de aprendizagem, que produzirá na criança um processo de desenvolvimento cognitivo, sensorial, motor e afectivo. Na medida em que – A vida familiar é a nossa primeira escola de aprendizagem emocional”.

Se a interacção com os elementos significativos (família e outros elementos) vivida por estas crianças durante a infância é problemática, acarretará no futuro acções e desvios comportamentais.

Um dos padrões comportamentais é o comportamento anti-social das famílias das crianças, cuja etiologia está basicamente acentuada em relações familiares e formas de educação infantil, que não só possibilitam o seu aparecimento como reforçam a ocorrência do mesmo.

Princípios Éticos a ter em conta na intervenção

- As crianças e adolescentes são sempre as vítimas.
- Fomentar a empatia com a criança e adolescente e mostrar-lhe que a conversa travada com ela tem o objectivo de a ajudar.
- A linguagem deve ser simples e clara para que a criança entenda o que está a ser dito.
- A atenção deve ser dedicada exclusivamente para a criança.
- A confiança mútua é de extrema importância em qualquer processo terapêutico.
- As declarações da criança devem ser sempre tidas em conta para a análise do caso.
- O técnico não pode substimar os sentimentos e pensamentos transmitidos pela criança, nem fazer quaisquer juízos de valor.

Estudos Epidemiológicos

Estudos epidemiológicos apontam para a existência nos EUA (1994), de cerca de 3% dos pais usam violência grave (soco, queimaduras, armas de fogo e armas brancas) contra os seus filhos. Sugerem ainda que 1 em cada 3 crianças do sexo feminino e 1 em cada 6 crianças do sexo masculino sofrem de abusos sexuais (EUA).

Foram registradas cerca de três milhões de queixas de maus-tratos contra crianças em 1993 (sendo que 50% eram maus tratos por negligência). Os estudos concluem que a pobreza se encontra associada à violência sexual, muito embora também hajam numerosos registos nas classes mais favorecidas. As investigações demonstram ainda que 75% das mulheres maltratadas denunciam que seus filhos também o foram, sendo que 25% dos casais americanos passam por episódios de violência conjugal. Da análise epidemiológica podemos concluir que o facto das crianças assistirem a esses maus-tratos, virá no futuro a ser nocivo para os seus relacionamentos futuros, podendo mesmo levar à repetição dessa mesma violência.

Outros estudos sugerem que 30 a 37% são os pais, tutores ou parentes próximos que agredem sexualmente os menores. Quando o agressor é um membro da família ou conhecido, o encontro geralmente não é violento, sendo usados a persuasão o suborno ou ameaças. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), apontam que apenas 2% dos casos de abuso sexual contra menores, (em que o autor é um parente próximo), são denunciados à polícia.

CONCLUSÃO

O abuso físico é, geralmente, repetitivo e a sua severidade tende a aumentar com o tempo. Qualquer lesão suspeita deve ser adequadamente investigada, considerando-se a incerteza quanto à possibilidade de acontecer uma nova oportunidade de intervenção.

Na intervenção da criança ou adolescente, o técnico tem que ter em conta que os pais são os únicos que ela conhece, que ama e que de certa forma pode considerar que é merecedora do abuso.

A instabilidade psicossocial provoca uma *disfuncionalidade familiar*, que já por si só é frágil, prejudicando assim os membros do agregado, principalmente as crianças e jovens.

Deste modo, as crianças e jovens adoptam **mecanismos de defesa e sobrevivência**.

De acordo com *Pedro Strecht (2001)*, “É impossível calar o que se aprende a escutar. Como podem bocas feitas de silêncio manter-se invioláveis? Esperemos que o tempo possa resolver aquilo que por agora não podemos fazer. Quero comover com palavras. Quero ver vidas correrem mais descansadas.”

Urge mudar o sistema e reforçar as equipas de intervenção social junto destas crianças, que nada pedem em troca a não o afecto que muitas vezes nunca conheceram.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4ª edição). Washington, DC: Autores.

Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall.

Bernaul, J. (1998). *Métodos de avaliação da personalidade*. (pp.71-91). Lisboa: Climepsi Editores.

Del Prette, A., & Del Prette, Z.(1999), *Psicologia das habilidades sociais –Terapia e Educação*.

Dubowitz, H. King, H. (1995). Violência familiar – Uma abordagem voltada para a família e a criança. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, v. 1, p. 145-155.

Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança – uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Helfer, R. E. (1995). Negligência com nossas crianças. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, v. 4, p. 999-1020.

Johson, C. F. Lesões infligidas *versus* lesões acidentais. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, v. 4, p. 861-885.

Kini, N.; Lazoritz, S. (1998). Avaliação para possível abuso físico ou sexual. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, v. 1, p. 203-219.

Merten, D. F.; Carpenter, B. L. M. (1990). Imagens radiológicas de lesões infligidas na síndrome de abuso de crianças. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, v. 4, p. 887-910.

Oliveira, M. F., Camões. C. (2003). “*As crianças institucionalizadas – o outro lado da sociedade*”. Retirado da World Wide Web a 21 de Junho, 2005: <http://www.psicologia.com.pt>

Paradise, J. E. (1990) Avaliação médica de crianças vítimas de abuso sexual. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, v. 4, p. 911-936.

Phillips, P.Robie. H. R., (1998). *Horror and Violence: The Deadly Duo in the Media*, Starburst Publishers. (pp. 11-12). Lancaster, PA. Pp. 11-12

Renfrew, J. W. (1997). *Aggression and its causes: A biopsychosocial approach*. New York: Oxford University Press.

Strecht, P. (2001). *Preciso de ti – perturbações psicossociais das crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Williams, L. C. A. (2002). Efeito da denúncia da mulher na violência física do parceiro: O que faz o homem parar de agredir a mulher? *Projeto de pesquisa encaminhado ao Programa de Iniciação Científica. CNPq/UFSCar*.