

**ABUSO SEXUAL INFANTIL: CONSEQÜÊNCIAS COGNITIVAS E
EMOCIONAIS**

Jeane Lessinger Borges

Dissertação apresentada como requisito parcial para
a obtenção do grau de Mestre em Psicologia,
sob a orientação da Prof^a. Dr.^a. Débora Dalbosco Dell'Aglio

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, Julho de 2007.

Dedico este trabalho a todas as meninas que
participaram deste estudo e suas famílias.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ivo e Selvina (*in memoriam*), e ao meu irmão Divaldo, pelo amor e pelo apoio incondicionais. Amo muito vocês!

À minha família, em especial, ao Tio Egídio, ao Tio Nestor, à Tia Sônia, e as dindas Valéria e Leonila. Esta conquista só foi possível de ser concretizada porque vocês sempre estiveram ao meu lado. Obrigada pelo carinho, apoio e incentivos constantes.

À família “dos Santos”, Samara, Tiago, Maria e Claro. A minha vida faz muito mais sentido com vocês por perto. Agradeço a amizade, o carinho e, principalmente, o acolhimento ao longo destes anos.

À minha orientadora, professora Dra. Débora Dalbosco Dell’Aglío, pelo carinho, incentivo e pela supervisão sempre segura ao longo desta trajetória. Obrigada por me ensinar a trilhar os caminhos da vida acadêmica e por ser um exemplo de profissional.

Ao Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua (CEP-RUA/UFRGS). Agradeço a professora Dra. Sílvia Helena Koller pela oportunidade de ter trabalhado nas jornadas de estudo e pelos valiosos ensinamentos sobre a redação científica.

Ao CEP-RUA/UFRGS de Novo Hamburgo. Agradeço a minha colega Luisa Fernanda Habigzang, coordenadora deste serviço de atendimento e pesquisa sobre abuso sexual infantil, pela possibilidade de ter desenvolvido parte de minha coleta de dados neste local. Agradeço às psicólogas Fernanda e Roberta pela atenção dispensada no encaminhamento dos casos à pesquisa.

Ao Ambulatório de Atenção as Situações de Violência, do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), de Porto Alegre. Um agradecimento especial às psicólogas Jane Padilha, Sandra Côrrea da Silva e Ângela Ruschel pela parceria de trabalho e pela possibilidade de realizar parte da minha coleta de dados neste serviço.

Ao Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI) (HMIPV), pela oportunidade de realizar parte da minha coleta de dados. Um “muito obrigado” às psicólogas Maria Eliete, Eliane e Tatiane; aos estagiários de psicologia Cristiane e Fábio; aos assistentes sociais Jarbas e Sandra; ao pediatra Kleber; aos médicos peritos Marcelo e Sílvio; e ao secretário Vinícius por terem disponibilizado dedicação e empenho ao longo dos dez meses de coleta de dados. Agradeço a amizade construída com esta equipe.

Ao Dr. Luis Augusto Rohde e sua equipe, do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria (UFRGS), por ter disponibilizado a entrevista clínica *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* (K-SADS) e pelo treinamento para a aplicação da mesma.

À professora Dra. Mirna Portugez e sua equipe, da Unidade de Neuropsicologia do Hospital São Lucas, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), por ter disponibilizado o instrumento *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT) e pelo treinamento para a aplicação deste teste.

À professora Dra. Jerusa Salles, relatora desta dissertação, por ter aceitado prontamente o convite. Agradeço as valiosas sugestões para este trabalho.

À professora Dra. Clarissa Trentini, relatora do projeto de dissertação, pelas valiosas sugestões para a realização deste projeto de pesquisa. Agradeço-a, ainda, por ter disponibilizado a *Escala de Inteligência Wechsler para Crianças* (WISC-III).

Às professoras Dra. Lílian Stein e à Dra. Ana Guardiola, por comporem a banca de defesa do projeto desta dissertação. Agradeço igualmente as valiosas contribuições na elaboração deste projeto de pesquisa. Agradeço à Dra. Lílian Stein por ter aceitado o convite para participar da banca de defesa da dissertação.

Ao professor e mestre de longa data, Dr. Christian Haag Kristensen por ter-me “apresentado” aos estudos sobre as conseqüências cognitivas do estresse, na época da graduação da Unisinos. Certamente, o resultado desta dissertação está ligado à trajetória acadêmica iniciada sob tua orientação. Agradeço por ter aceitado o convite para participar da banca de defesa da dissertação.

Às alunas de graduação que integraram a equipe de coleta de dados, de forma voluntária ou como bolsista de iniciação científica. Agradeço a dedicação de Ana Paula Zoltowski, Ana Paula Zucatti, Nithiane Farias e Franciane Schmitz para a realização desta dissertação. Obrigada meninas!

Às minhas colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Adolescência (NEPA/UFRGS), pela amizade e pelos incentivos constantes neste percurso. Um abraço especial às minhas amigas Samara Silva dos Santos, Aline Siqueira, Cátula Pelisoli e Josiane Wathier.

A este Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela oportunidade de desenvolver esta dissertação neste programa. Agradeço aos demais professores e colegas pelo conhecimento e pela amizade conquistados nesta trajetória. Um agradecimento especial à secretária Margareth de Araújo Bianchessi pela atenção e dedicação ao longo destes dois anos.

Às escolas, por possibilitarem a coleta dos dados.

Às meninas e às famílias que participaram deste estudo. Obrigada pela confiança e por contribuírem para o avanço científico na área dos maus-tratos infantis, mesmo diante de tanto sofrimento.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	07
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	08
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
CAPÍTULO I.....	12
INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO II - Relações entre abuso sexual na infância, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos.....	17
Resumo.....	18
Abstract.....	19
Introdução.....	20
Abuso sexual infantil e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).....	21
As relações entre TEPT e prejuízos cognitivos.....	25
Considerações Finais.....	27
CAPÍTULO III - Funções cognitivas e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual.....	30
Resumo.....	31
Abstract.....	32
Introdução.....	33
Método.....	36
Participantes.....	36
Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados.....	38
Avaliação Clínica.....	38
Avaliação Neuropsicológica.....	39
Questões Éticas.....	41
Critérios de Análise dos Dados.....	41
Resultados.....	42
Avaliação Clínica (TEPT, CDI e Comorbidades Psiquiátricas).....	42
Avaliação Neuropsicológica.....	43
Análises de Correlação.....	43
Discussão.....	44

	6
Considerações Finais.....	48
CAPÍTULO IV - Abuso sexual infantil: Indicadores de risco e conseqüências.....	51
Resumo.....	52
Abstract.....	53
Introdução.....	54
Método.....	56
Participantes.....	56
Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados.....	57
Avaliação do ASI.....	57
Avaliação Clínica.....	57
Questões Éticas.....	58
Critérios de Análise dos Dados.....	58
Resultados.....	59
Discussão.....	61
Considerações Finais.....	65
CAPÍTULO V.....	67
CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS.....	72
ANEXOS.....	
ANEXO A - Questionário sobre Saúde e Dados Demográficos (Grupo Caso).....	84
ANEXO B - Entrevista Exclusiva com os Pais/K-SADS-E (Grupo Caso).....	87
ANEXO C - Questionário sobre Saúde e Dados Demográficos (Grupo Controle).....	89
ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Pais e/ou Responsáveis Legais (Grupo Caso).....	90
ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Pais e/ou Responsáveis Legais (Grupo Controle).....	92
ANEXO F - Termo de Concordância da Instituição.....	93
ANEXO G - Carta Pais (Grupo Controle).....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Resultado da Avaliação Neuropsicológica por Grupo.....	45
Tabela 2. Distribuição de Erros no Teste d2 Atenção Concentrada por Grupos.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ASI = Abuso Sexual Infantil
- CSA = *Child Sexual Abuse*
- WHO = *World Health Organization*
- TEPT = Transtorno de Estresse Pós-traumático
- PTSD = *Post-traumatic Stress Disorder*
- TDAH = Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
- HHA = Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal
- DSM-IV-TR = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- APA = *American Psychiatric Association*
- SNC = Sistema Nervoso Central
- MRI = Imageamento por Ressonância Magnética
- PET = Tomografia por Emissão de Pósitrons
- CSF = Fluído Cérebro Espinhal
- STG = Giro Cingulado Temporal Superior
- ABRAPIA = Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência
- K-SADS-PL = *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children*
- K-SADS-E = *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Epidemiological version for School-Age*
- CDI = Inventário de Depressão Infantil
- d2 = Teste de Atenção Concentrada
- d2 RB = Resultado Bruto do teste d2
- d2 TE = Total de Erros do teste d2
- d2 E% = Porcentagem de Erro do teste d2
- d2 RL = Cálculo do Resultado Líquido do teste d2
- d2 AO = Amplitude de Oscilação do Desempenho do teste d2
- WISC-III = Escala de Inteligência Wechsler para Crianças Terceira Edição
- RAVLT = *Rey Auditory Verbal Learning Test*
- RAVLT A1-A5 = Total de pontos das lista 1 a lista 5
- RAVLT A6 = Total de palavras na recuperação imediata, após lista de interferência
- RAVLT A7 = Total de palavras após recuperação tardia (30 minutos)
- Trail A = Trail Making Test Part A

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS (Conti.)

Trail B = Trail Making Test Part B

CPF = Córtex pré-frontal

M = Média

DP = Desvio-padrão

n = número de participantes da amostra

RESUMO

Esta dissertação teve por objetivo investigar variáveis cognitivas e emocionais em meninas vítimas de abuso sexual infantil (ASI), observando as relações entre ASI, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e desempenho em funções cognitivas. Para isso, foram organizados três artigos, sendo um teórico e dois empíricos. O primeiro estudo apresenta uma revisão teórica sobre as relações entre ASI, TEPT e disfunção cognitiva. O segundo estudo avaliou o funcionamento cognitivo (memória, atenção e flexibilidade cognitiva/funções executivas) em um grupo de meninas vítimas de ASI (n=12) e comparou-o a um grupo controle (n=16). O terceiro estudo investigou a presença de sintomas emocionais e comportamentais em 16 meninas vítimas de ASI, bem como indicadores de risco à ocorrência do ASI nas famílias destas participantes. Foi observada uma alta manifestação de TEPT e um maior número de erros na tarefa de atenção visual concentrada, no grupo de vítimas de ASI, quando comparado ao grupo controle. Estes resultados ressaltam a importância de intervenções psicoterapêuticas e neuropsicológicas junto a esta população.

Palavras-chave: Abuso sexual infantil; conseqüências cognitivas e emocionais; TEPT

ABSTRACT

The objective of this dissertation was to investigate the cognitive and emotional variables in girls, victims of child sexual abuse (CSA), observing relationships between CSA, Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) and performance in cognitive functions. For that, three papers were organized, one theoretical paper and two empirical papers. The first study shows a theoretical review about relationships between CSA, PTSD and cognitive dysfunction. The second study evaluated the cognitive functioning (memory, attention and cognitive flexibility/executive function) in a group of girls (n=12), victims of CSA and their performance was compared with a control group (n=16). The third study investigated the presence of emotional and behavioral symptoms and CSA risk factors in the family in 16 girls, victims of CSA. A high manifestation of PTSD and high number of errors on concentrated visual attention test was observed in the group of victims of CSA, when was compared to the control group. These results highlight the importance of psychotherapeutic and neuropsychological interventions with this population.

Keywords: Child sexual abuse; cognitive and emotional consequences; PTSD

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A violência contra a criança e o adolescente é um fenômeno complexo e multicausal, que atinge milhares de vítimas em nosso país e, devido a sua alta prevalência e conseqüências graves para o desenvolvimento infantil, vem sendo considerada como um sério problema de saúde pública (Gomes, Deslandes, Veiga, Bhering, & Santos, 2002). Os maus-tratos envolvem as categorias de abuso sexual, abuso físico, abuso psicológico, abandono e negligência (Marques, 1994). O abuso sexual infantil (ASI) refere-se a todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que a criança ou adolescente (Marques). O ASI envolve diferentes atos abusivos, com e sem intercurso sexual completo, em que o abusador busca obter suas próprias gratificações sexuais, de modo repetitivo e intencional, através da estimulação precoce da sexualidade da criança (Furniss, 1993; *World Health Organization*, WHO, 2004). Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela força física, ameaças ou indução de sua vontade (Araújo, 2002; De Antoni & Koller, 2000; Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005).

Dados sobre a incidência de ASI no Brasil indicaram que, no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2003, foram realizadas 1.547 denúncias (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência, ABRAPIA, 2003). Do total destas denúncias, 54% dos casos de ASI ocorreram na própria casa da criança, caracterizando abusos sexuais intrafamiliares ou incestuosos. No estado do Rio Grande do Sul (RS, Brasil), um estudo realizado junto à Secretaria da Justiça e da Segurança (Pfeiffer & Salvagni, 2006) indicou um total de 1.400 casos de crianças vítimas de violência no ano de 2002, sendo que em 872 casos se referiam ao ASI (62%). No ano de 2003, foram denunciados 1.763 casos de crianças vítimas de violência, que envolviam 1.166 casos de ASI (66,14%) (Pfeiffer & Salvagni). Na cidade de Porto Alegre/RS, dois serviços públicos de acolhimento e de atendimento psicológico às vítimas de violência, vinculados ao Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), têm apontado uma crescente prevalência de denúncias de casos de ASI. Desta forma, o Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI) avaliou 4.294 casos de violência sexual, com uma média anual de 858 acolhimentos, sendo a maioria de meninas vítimas, entre o período de 2002 a 2006. O Ambulatório de Atenção às Situações de Violência, no ano de 2004, realizou em torno de 1.800 atendimentos, sendo que destes, uma parcela significativa

envolvia crianças vítimas de abuso sexual. Em relação ao perfil das vítimas de ASI, a maioria das denúncias envolveu o sexo feminino (76%) na faixa etária entre os 12 e 18 anos (47%) (ABRAPIA). Pesquisas realizadas na região metropolitana de Porto Alegre/RS apontaram que cerca de 80% das vítimas de ASI são meninas, enquanto que cerca de 20% são meninos (Habigzang et al., 2005; Kristensen, Oliveira, & Flores, 1999).

De um modo geral, três características específicas do ASI são observadas a partir dos dados epidemiológicos. A primeira se refere a um aumento das denúncias de ASI nos últimos anos e, conseqüentemente, um maior número de atendimentos psicológicos realizados nos serviços especializados. A segunda envolve a quebra da confiança da criança com seu protetor/cuidador, uma vez que a maioria dos casos, em torno de 80%, é perpetrada por uma pessoa afetivamente próxima a ela, que, a princípio, deveria promover segurança, conforto e bem-estar psicológico (Amazarray & Koller, 1998; Araújo, 2002; De Antoni & Koller, 2002). Estudos indicam que o pai biológico e o padrasto são as figuras abusivas mais freqüentemente denunciadas nos casos de ASI (Araújo; Habigzang et al., 2005). A terceira característica se refere ao gênero feminino (Araújo). A literatura tem apontando que meninas são mais freqüentemente vítimas de ASI, enquanto que meninos sofrem mais de abuso físico (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998), bem como que meninas testemunham mais violência doméstica e que meninos testemunham mais violência na comunidade (Hanson et al., 2006).

Fatores de risco nas famílias incestuosas têm sido descritos na literatura (Dixon, Hamilton-Giachritsis, & Browne, 2005; Habigzang et al., 2005; Koller & De Antoni, 2004; Pears & Capaldi, 2001). Desta forma, a presença de padrasto, abuso de álcool ou drogas, desemprego, mãe passiva ou ausente, pais desocupados e cuidando dos filhos por longos períodos de tempo, dificuldades econômicas, intergeracionalidade da violência e inconsistência de práticas educativas podem ser considerados fatores de risco familiares à ocorrência de ASI (Amazarray & Koller, 1998; Habigzang et al.; Pears & Capaldi). A sobreposição de diferentes tipos de violência, incluindo abuso físico e violência física conjugal (Hanson et al., 2006), fortalece a visão de que há um padrão de violência doméstica em famílias com crianças vítimas de ASI (Kellogg & Menard, 2003).

Pesquisas apontam uma variedade de conseqüências emocionais, comportamentais, sociais e cognitivas associadas à ocorrência de ASI (Briere & Elliot, 2003; Kendall-Tackett, Williams, & Finkellor, 1993; Tyler, 2002). Crianças vítimas de ASI podem apresentar sentimentos de culpa, dificuldade em confiar no outro, comportamento hipersexualizado, medos, pesadelos, isolamento, sentimentos de desamparo e ódio, fugas de casa, baixa auto-estima, sintomas somáticos, agressividade, entre outros sintomas

(Amazarray & Koller, 1998; Kendall-Tackett et al.; Nurcombe, 2000; Tyler). Transtornos psicológicos, como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Depressão, Ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno de Conduta, Transtorno de Abuso de Substâncias têm sido associados à ocorrência de abuso sexual na infância (Ackerman et al., 1998; Lynskey & Fergusson, 1997; MacMillan et al., 2001; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Particularmente, o TEPT consiste no quadro psicopatológico mais prevalente em vítimas de ASI (Ackerman et al.; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Nurcombe; Ruggiero, McLeer, & Dixon, 2000). O TEPT é um transtorno de ansiedade que ocorre após a exposição a um evento traumático, em que a avaliação subjetiva da vítima, envolvendo resposta de pavor e medo, está interligada a sintomas de revivência, evitação e excitabilidade fisiológica aumentada, ao tempo (superior a um mês) e ao prejuízo funcional (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, DSM-IV-TR, APA, 2002). Os maus-tratos, incluindo os casos de ASI, podem ser considerados eventos traumáticos na infância fortemente associados ao TEPT.

Múltiplos fatores são considerados mediadores do impacto das conseqüências do ASI no desenvolvimento infantil, os quais podem estar relacionados à etiologia, à manutenção e resposta dos transtornos emocionais e ao processo de adaptação a situações estressoras (Masten & Garmezy, 1985). Variáveis do abuso (idade do início, duração, frequência, severidade, tipo, proximidade afetiva com o abusador), reações familiares após a revelação, o estilo atribucional da vítima, o uso de estratégias de *Coping*¹, a presença de história de doença mental anterior ao ASI, e a exposição a múltiplos eventos estressores ou a sobreposição de riscos pessoais e ambientais têm sido citados com fatores mediadores do ASI (Lynskey & Fergusson, 1997; Place, Reynolds, Cousins, & O'Neill, 2002; Steel, Sanna, Hammond, Whipple, & Cross, 2004; Tyler, 2002).

Em relação as variáveis do ASI, não há um consenso na literatura sobre quais características do abuso contribuem para o desenvolvimento dos sintomas. Crianças com maior sintomatologia no pós-trauma tinham abusador mais próximo (isto é, abuso sexual intrafamiliar), alta frequência e longa duração dos episódios de abuso, ASI associado ao uso de força e ao abuso sexual com penetração (Kendall-Tackett et al., 1993). A presença de segredo foi um fator de risco para o desenvolvimento de Depressão e Ansiedade em crianças vítimas de ASI (Ackerman et al., 1998), e proximidade com abusador, duração e

¹ As estratégias de *coping* se referem a um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais apresentados pelas pessoas frente a situações de estresse, conforme o Modelo de Lazarus e Folkman (1984).

severidade do ASI foram positivamente correlacionadas com mais sentimentos de culpa (Quas, Goodman, & Jones, 2003). Em contrapartida, variáveis como gênero, nível socioeconômico, tipo de abuso, idade de início, relação afetiva com o abusador e a frequência do abuso não foram consideradas mediadoras dos efeitos do ASI (Paolucci et al., 2001). Especificamente, em relação ao desenvolvimento de TEPT, se por um lado, maior frequência e duração do ASI e idade de início tardia contribuíram para maior severidade do TEPT (Ruggiero et al., 2000), por outro lado, idade de início do abuso e a severidade não foram fatores capazes de prever o desenvolvimento de TEPT (Ackerman et al., 1998). O abuso sexual envolvendo penetração foi considerado um preditor de elevados sintomas de TEPT, embora abuso sexual intrafamiliar e longa duração não terem sido apontados como preditores (Collin-Vézina & Hébert, 2005). Nesse sentido, os dados não são conclusivos sobre a direção das características específicas do abuso na sintomatologia do TEPT.

Contudo, a presença e a qualidade dos fatores de proteção foram ressaltadas como mais importantes para a saúde mental, após a exposição ao ASI, do que a quantidade de fatores de risco (Hanson et al., 2006; Jonzon & Lindblad, 2004). Reação familiar positiva frente ao abuso, suporte materno e vínculo afetivo com um cuidador não-abusivo têm sido apontados como fatores de proteção aos efeitos do ASI (Lynskey & Fergusson, 1997; Pintello & Zuravin, 2001; Spaccarelli & Kim, 1995). Se, por um lado, a falta de uma reação familiar positiva, após a revelação do ASI, foi associada a uma maior severidade de TEPT (Ullman & Filipas, 2005), por outro lado, a presença de uma rede de apoio social e afetiva foi associada a uma melhor adaptação psicológica (De Antoni & Koller, 2000; Jonzon & Lindblad). Nesse sentido, a interação de fatores de risco e fatores de proteção, no nível individual, familiar e social, pode aumentar ou minimizar o efeito das conseqüências do ASI, direcionando um melhor ou pior ajustamento psicológico (De Antoni & Koller, 2004; Masten & Garmezy, 1985; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004).

Uma associação entre a exposição aos maus-tratos na infância e alterações no neurodesenvolvimento, incluindo mudanças no sistema biológico do estresse e na maturação cerebral, tem sido apontada na literatura (De Bellis, 2001; Glaser, 2000; Perry, 1997; Weber & Reynolds, 2004). Conforme proposto por Cicchetti e Toth (2005), o ASI pode se constituir como um fator de risco tanto para seqüelas no domínio psicológico quanto no domínio neurobiológico, interferindo negativamente no neurodesenvolvimento infantil. Pressupostos teóricos da Traumatologia do Desenvolvimento (De Bellis, 2001; 2005) consideram que eventos traumáticos na infância (ou simplesmente trauma) ativam os sistemas neurobiológicos do estresse, do Sistema Nervoso Central (SNC), na busca de uma

resposta de adaptação às demandas internas e externas. O trauma pode desencadear ativação crônica do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) (De Bellis, 2001; Glaser), bem como das áreas cerebrais ligadas à regulação da percepção e das respostas emocionais, cognitivas e comportamentais do medo (De Bellis, 2001; Perry; Pine, 2003). Particularmente, a amígdala, o hipocampo, o córtex pré-frontal e o córtex temporal inferior têm sido apontadas como regiões cerebrais envolvidas no processamento do medo e nas psicopatologias do trauma, como o TEPT (Bremner, 1999; Elzinga & Bremner, 2002; Pine). Conforme esta abordagem, as seqüelas psicobiológicas do trauma podem ser caracterizadas como um “transtorno complexo do desenvolvimento induzido pelo ambiente” (De Bellis, 2001), integrando as diversas condições psicopatológicas do ASI às alterações neurobiológicas dos sistemas cerebrais de respostas ao estresse e às demandas do contexto de desenvolvimento (Cicchetti & Toth; De Bellis, 2001; Pine).

Tendo em vista o número crescente de denúncias relacionadas a situações de violência sexual na infância, a complexidade e os efeitos negativos associados a sua ocorrência, buscou-se investigar, através deste estudo, as variáveis cognitivas e emocionais deste fenômeno no desenvolvimento infantil. Para tanto, foi desenvolvida uma parceria junto ao CRAI, ao Ambulatório de Atenção às Situações de Violência, do HMIPV, e o Instituto de Psicologia da UFRGS, que permitiu a realização da coleta de dados, a partir de entrevistas de avaliação, com meninas vítimas de ASI e suas famílias.

Esta dissertação foi composta por três artigos, sendo um teórico e dois empíricos. O primeiro estudo, intitulado de “*Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos*” apresenta uma revisão teórica das relações entre ASI, TEPT e disfunção cognitiva, a partir perspectiva da Traumatologia do Desenvolvimento. O segundo estudo, intitulado de “*Funções cognitivas e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual*” investigou o desempenho cognitivo (memória, atenção e flexibilidade cognitiva/funções executivas) em um grupo de meninas vítimas de ASI e comparou-o a um grupo controle. Por fim, o terceiro estudo, intitulado de “*Abuso sexual infantil: Indicadores de risco e conseqüências*” investigou a presença de sintomas emocionais e comportamentais em meninas vítimas de ASI, bem como indicadores de risco na família e na trajetória de vida destas participantes.

CAPÍTULO II

Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos²

Abuso sexual infantil: Estresse e cognição

The relations between sexual abuse in childhood, post-traumatic stress disorder and cognitive impairments

² Este artigo foi submetido à publicação na Revista Psicologia em Estudo (Maringá).

RESUMO

Este estudo teórico aponta as relações entre abuso sexual infantil, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. A perspectiva neurobiológica do TEPT foi adotada nesta revisão. O abuso sexual contra crianças pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento infantil, devido às severas conseqüências cognitivas, emocionais e comportamentais que são relacionadas à sua ocorrência. O impacto pode envolver efeitos a curto e a longo-prazo, estendendo-se até a idade adulta. Os estudos revisados fortalecem a associação entre eventos traumáticos (abuso sexual), TEPT e alterações, tanto estruturais quanto funcionais, em áreas cerebrais envolvidas nos sistemas neurais de resposta ao estresse. Finalmente, é discutida a necessidade de pesquisas futuras que investiguem os efeitos do estresse e do trauma no neurodesenvolvimento infantil.

Palavras-chave: abuso sexual; estresse pós-traumático; prejuízos cognitivos

ABSTRACT

This theoretical study presents the relations between sexual abuse in childhood, post-traumatic stress disorder (PTSD) and cognitive impairments. The neurobiology perspective of the effects of sexual abuse and PTSD were adopted in this review. Child sexual abuse is considered a risk factor for children's development, because of the severe cognitive, emotional and behavioral traumas related to its occurrence. The impact of sexual abuse involves short and long term effects, extending into adulthood. The reviewed studies strengthen the association between traumatic events (sexual abuse), PTSD, and alterations, as much structural as functional, in cerebral areas related to biological stress response systems. Finally, the necessity of future researches that investigate the effects of stress and trauma in children's neurodevelopment is discussed.

Keywords: Sexual abuse; post-traumatic stress; cognitive impairments

Introdução

O abuso sexual infantil (ASI) tem sido relacionado a severas conseqüências para o desenvolvimento infantil, incluindo prejuízos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais (Briere & Elliot, 2003; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Tyler, 2002). Neste sentido, crianças vítimas de abuso sexual podem apresentar uma variedade de transtornos psicopatológicos, tais como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Depressão, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtornos Alimentares, Transtornos Psicossomáticos, comportamento delinqüente e abuso de substâncias (Cicchetti & Toth, 2005; Collin-Vézina & Hébert, 2005; Nurcombe, 2000).

Estudos indicam que o TEPT é o quadro psicopatológico mais associado ao ASI (Ruggiero, McLeer, & Dixon, 2000; Runyon & Kenny, 2002). De um modo geral, o TEPT por definição envolve a exposição a um evento estressor traumático, no qual a vítima reage com intenso conteúdo emocional, relacionado à dor, pavor, medo e terror (Post et al., 1998). Um evento é considerado traumático (ou simplesmente trauma) quando se trata de “uma situação experimentada, testemunhada ou confrontada, na qual houve ameaça à vida ou à integridade física de si próprio ou de pessoas a ele afetivamente ligadas” (Câmara Filho & Sougey, 2001, p. 222). Por sua vez, Garbarino, Kostelny e Dubrow (1991) definem trauma como um prejuízo, um estado psíquico ou comportamental desorientado, provocado por estresse mental ou emocional ou dano físico, relacionado a eventos que podem provocar medo agudo ou crônico. Por apresentar tais características, o ASI pode ser descrito como um evento traumático ou simplesmente trauma e, desta forma, estar associado ao desenvolvimento do TEPT.

Apesar do TEPT ser uma resposta emocional comum após um evento traumático e ser caracterizado como um transtorno de ansiedade pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DSM-IV-TR, APA, 2002), dentro de uma perspectiva cognitiva, este é definido como um transtorno de memória (McNally, 1998). Assim, o modelo conceitual do TEPT engloba tanto falhas no processamento da memória do trauma, em decorrência da generalização dos estímulos presentes no evento traumático, quanto uma avaliação persistente de ameaça (Alexander et al., 2005; Ehlers & Clark, 2000). Adicionalmente, prejuízos neuropsicológicos em funções executivas, aprendizagem verbal, memória e atenção têm sido associados ao TEPT (Stein, Kennedy, & Twamley, 2002; Vasterling et al., 2002; Yehuda, Golier, Halligan, & Harvey, 2004). Como a maioria dos estudos sobre os prejuízos cognitivos associados ao TEPT tem privilegiado a população adulta, observa-se uma lacuna na literatura revisada sobre crianças vítimas de maus-tratos. Ressalta-se que a exposição a eventos traumáticos na infância, como, por exemplo, ao ASI,

pode interferir no processo de maturação e organização cerebral, devido à hiperativação dos sistemas neurais de respostas ao estresse (Bremner, 1999; Glaser, 2000; Perry, 1997). A partir destas considerações iniciais, este estudo teórico enfoca as relações entre ASI, TEPT e disfunção cognitiva, a partir da perspectiva teórica da Traumatologia do Desenvolvimento (De Bellis, 2001; 2005). Inicialmente, serão analisadas as características do ASI, suas conseqüências e o desenvolvimento do TEPT. Em seguida, serão enfocadas as pesquisas teóricas e empíricas referentes aos prejuízos neurobiológicos e neuropsicológicos relacionados ao TEPT. Por fim, discute-se os resultados das pesquisas que apontam conseqüências do abuso sexual ao neurodesenvolvimento infantil.

Abuso Sexual infantil e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

O abuso sexual constitui-se uma das categorias de maus-tratos contra crianças e adolescentes, que inclui ainda o abuso físico, o abuso psicológico, o abandono e a negligência. Compreende todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, que pode variar deste intercurso sexual com ou sem penetração (vaginal, anal e oral), *voyeurismo*, exibicionismo até exploração sexual, como a prostituição e a pornografia (Marques, 1994). Este pode ser definido como uma forma de violência que envolve poder, coação e/ou sedução (Araújo, 2002). Tais características são observadas através da presença de um agressor, que está em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança ou adolescente e que utiliza seu poder para obter a gratificação de seus desejos sexuais (Amazarray & Koller, 1998). Portanto, entre a criança vítima e o adulto perpetrador observa-se uma relação interpessoal hierárquica de poder assimétrica e a falta de uma relação de reciprocidade (De Antoni & Koller, 2002).

No caso de incesto, tipo mais freqüente de ASI, em sua maioria (80%), o pai biológico, padrasto, irmão, tios e avôs são descritos como os principais abusadores (Araújo, 2002). Nestes casos, instaura-se uma confusão entre papéis e funções, pois o incesto envolve cenas de sedução, carinho e violência com uma pessoa afetivamente próxima à criança, envolvendo assim a quebra de confiança com as figuras parentais e/ou de cuidado, que, a princípio, deveriam promover segurança, conforto e bem-estar psicológico (De Antoni & Koller, 2002). Para Furniss (1993) o abuso sexual intrafamiliar pode ainda ser compreendido como uma “Síndrome Conectora de Segredo e Adição”. A síndrome de segredo ocorre através de ameaças, promessas de recompensas e garantia de silêncio, bem como pela negação da família em “escutar” as tentativas da criança em comunicar o abuso. A síndrome de adição, por sua vez, envolve a crescente intensidade das diferentes formas de abuso sexual, em geral, num primeiro momento, mais leves, como

carícias no corpo da criança, até, num segundo momento, o abuso sexual com intercuro completo. Portanto, o ASI envolve atividades que objetivam a gratificação das demandas e desejos sexuais do abusador, de modo a incluir o elemento intencional e repetitivo (Furniss).

O impacto do ASI sobre o desenvolvimento pode ser mediado por inúmeros fatores relacionados às características individuais da criança, da família e da comunidade, bem como ao contexto do abuso e ao contexto da revelação, os quais podem interferir nas estratégias de *coping* utilizadas pela criança (Nurcombe, 2000). Da mesma forma, o estudo de Ruggiero et al. (2000) apontou a idade no início, a frequência, a duração, o tipo do ASI e a primeira pessoa para quem a criança revelou o abuso como variáveis mediadoras do impacto do ASI.

As conseqüências do ASI podem ser diversas e severas. Incluem conseqüências físicas, como trauma físico, doenças sexualmente transmissíveis, abortos e gravidez indesejada na adolescência. Conseqüências emocionais, como medo, depressão, ansiedade, sentimento de culpa e TEPT têm sido comumente citadas na literatura (Paolucci et al., 2001; Tyler, 2002). Ainda, conseqüências sexuais, como comportamento sexual inapropriado; e alterações comportamentais, como isolamento, dificuldade de confiar no outro e estabelecer relações interpessoais (Amazarray & Koller, 1998). Adicionalmente, um estudo de meta-análise dos efeitos do ASI revelou que as crianças abusadas sexualmente têm um risco aumentado em 20% para o desenvolvimento de TEPT, 21% para depressão e suicídio, 14% para comportamento sexual promíscuo, 8% para a manutenção do ciclo de violência e 10% para déficits no rendimento escolar (Paolucci et al.). Ademais, estudos apontaram a prevalência de 30% e 40%, respectivamente, de sintomas de dissociação e TEPT (Collin-Vézina & Hébert, 2005), em meninas vítimas de ASI. Alta prevalência de ansiedade, depressão, TEPT e do transtorno de personalidade *borderline* foi encontrada em mulheres que sofreram abuso sexual na infância (Grassi-Oliveira, 2005; MacMillan et al., 2001), indicando que as conseqüências do ASI podem persistir ao longo da adolescência e da vida adulta.

Ressalta-se, porém, que embora 50% dos indivíduos na população geral experienciem algum evento estressor significativo durante a vida apenas uma minoria destes (em torno de 5% a 8%) desenvolverá o quadro de TEPT (Breslau & Kessler, 2001; DSM-IV-TR, APA, 2002). Em contrapartida, Nurcombe (2000), ao revisar pesquisas sobre a prevalência de TEPT em crianças vítimas de ASI, apontou que este transtorno pode variar entre 20 a 70% dos casos. Nos Estados Unidos, a presença do diagnóstico de TEPT foi de 36,3% entre as crianças abusadas sexualmente (Ruggiero et al., 2000) e, em outro

estudo, no Canadá, foi de 46% numa amostra com meninas vítimas de ASI (Collin-Vézina & Hébert, 2005). Ainda, observou-se que crianças abusadas sexualmente apresentaram significativamente mais sintomas de TEPT, quando comparadas a crianças que sofreram abuso físico (Runyon & Kenny, 2002). Desta forma, o TEPT é apontado como o transtorno psicológico mais associado ao ASI.

O diagnóstico de TEPT é realizado após a pessoa vivenciar, testemunhar ou ter sido confrontada com um ou mais eventos traumáticos, avassaladores, e reagir com intenso medo, pavor ou comportamento de esquivia. Os critérios de TEPT são agrupados em três categorias de sintomas, a saber: 1) re-experiência intrusiva do trauma; 2) esquivia persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da reatividade geral; e, 3) sintomas persistentes de excitabilidade fisiológica (DSM-IV-TR, APA, 2002). O critério de re-experiência traumática envolve lembranças intrusivas e recorrentes, que podem ocorrer sob a forma de sonhos aflitivos e pesadelos, e que são carregadas de forte componente afetivo, sendo, portanto, associados à angústia e ao sofrimento intenso do paciente (Câmara Filho & Sougey, 2001). A manifestação de *flashbacks* é caracterizada pela sensação da vítima sentir-se como se estivesse revivendo o evento traumático, no momento atual de sua vida. O comportamento de esquivia, em geral, interfere nas atividades cotidianas da pessoa, devido à alta energia emocional empenhada na aquisição de lembranças e sentimentos relacionados ao trauma. Percebe-se, ainda, o entorpecimento emocional, o qual pode ser caracterizado pela dificuldade do paciente com TEPT descrever, expressar e ganhar afeto. Sintomas de taquicardia, respiração ofegante, formigamentos, sudorese, tonturas, dores abdominais, entre outros acompanham as lembranças traumáticas e a evitação cognitiva e emocional do trauma. A hipervigilância, que é caracterizada como “estar em guarda e atento” aos estímulos externos, coloca a vítima num estado persistente de ameaça, em que o ambiente sempre é considerado como um lugar inseguro e imprevisível. Por último, resposta de sobressalto exagerada também é comum nas pessoas com TEPT, isto é, as vítimas facilmente se assustam com qualquer estímulo (Câmara Filho & Sourgey).

Embora os critérios para adultos sejam também utilizados para o diagnóstico infantil, algumas modificações específicas à sintomatologia do TEPT em crianças devem ser observadas (Pynoos, 1992). Em relação ao critério de re-experiência intrusiva, crianças podem apresentar re-encenação do trauma, através de brincadeiras e jogos repetitivos em que aspectos do trauma aparecem associados à agitação motora e à presença de pesadelos, com ou sem conteúdo relacionado ao trauma, sonhos traumáticos recorrentes, comportamento de reconstituição e angústia nas lembranças. A evitação de pensamentos,

sentimentos, locais e situações, por parte das crianças, ainda, pode ser manifestada através de interesse diminuído em atividades habituais, sentimentos de estar sozinho ou isolado das figuras afetivas, embotamento afetivo, dificuldades de memória, perda de habilidades já adquiridas e retrocesso no desenvolvimento e, por último, sensação de futuro abreviado. Finalmente, em relação aos sintomas de excitabilidade fisiológica aumentada, crianças podem manifestar transtorno de sono, irritabilidade e raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância, resposta exagerada de sobressalto e resposta autônoma a lembranças traumáticas (Pynoos).

O TEPT, ainda, é compreendido como um distúrbio da memória, devido às falhas no processamento da informação do evento traumático, que pode estar associado ao (a) processamento seletivo do conteúdo do evento traumático; (b) à generalização dos estímulos explícitos e implícitos da memória traumática; (c) a problemas para o esquecimento direto do conteúdo traumático da memória; e (d) a problemas na recuperação das memórias autobiográficas (McNally, 1998). Dentro de um modelo cognitivo do TEPT, proposto por Ehlers e Clark (2000), considera-se a avaliação persistente de perigo e de ameaça como elementos principais para o desenvolvimento de TEPT crônico. Como consequência, ocorre um distúrbio da memória autobiográfica, que é caracterizado pela pobre elaboração e contextualização dos estímulos presentes no momento do evento traumático, além de forte associação ou generalização das memórias do evento e seletivo processo de percepção de estímulos ameaçadores.

A literatura revisada indica a presença de fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de TEPT (Bryant, 2003; Ozer & Weiss, 2004). Entre os fatores de risco, podem ser citados a avaliação negativa do trauma e de suas consequências, interpretação negativa dos sintomas de re-experiência do TEPT, a presença de psicopatologias na infância, estratégias de *coping* desadaptativas, sobreposição de eventos de vida negativos e a falta de suporte social. Da mesma forma, a presença de doença mental na família, trauma na infância, eventos estressores após o trauma, bem como baixo nível intelectual, fraco suporte social, severidade do trauma e das respostas psicológicas durante e imediatamente ao trauma foram descritos como preditores do TEPT (Buckley, Blanchard, & Neill, 2000; Ozer & Weiss). Em contrapartida, ajustamento parental, alto nível de escolaridade, ambiente familiar coeso e a presença de suporte social foram considerados fatores de proteção (Ehlers, Mayou, & Bryant, 2003; Heller, Larrieu, D'Imperio, & Boris, 1999; Shore, 2002).

As Relações entre TEPT e Prejuízos Cognitivos

Modelos teóricos atuais descrevem o impacto da exposição dos maus-tratos na infância (entre eles, o abuso sexual) sobre os sistemas neurobiológicos de respostas ao estresse e, de um modo geral, sobre o próprio desenvolvimento cerebral (Bremner, 1999; Bremner & Vermetten, 2001). Dentro deste campo de pesquisa destacam-se os estudos de Bremner (1999), Glaser (2000) e de De Bellis (2001; 2005), os quais sugerem que o abuso crônico e a negligência têm um efeito devastador sobre os processos de maturação e organização cerebral. Para tanto, tem sido utilizado um modelo teórico que integra as respostas neurobiológicas e psicológicas do trauma, o qual vem sendo denominado de Traumatologia do Desenvolvimento (De Bellis, 2001; 2005). Neste modelo é considerada a capacidade de neuroplasticidade³, que se evidencia através de modificações na organização e no processo de maturação do Sistema Nervoso Central (SNC), como uma resposta de adaptação ao trauma infantil (Perry, 1997; Post et al., 1998).

A exposição a eventos traumáticos ativa os sistemas neurobiológicos do estresse (sistema nervoso central, sistema nervoso periférico, sistema neuroendócrino e sistema imunológico), e, em particular, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) (De Bellis, 2001; Glaser, 2000; Yehuda, 2001). Pesquisas suportam evidências de hiperfunção deste eixo relacionada ao TEPT, bem como disfunção dos níveis de cortisol (De Bellis, 2005; Nemeroff, 2004), embora não exista consenso sobre a direção das alterações do cortisol. Se por um lado, em crianças vítimas de maus-tratos e que desenvolveram TEPT foram observadas altas concentrações de catecolaminas e cortisol, correlacionadas positivamente com a duração do trauma e a severidade dos sintomas de TEPT (De Bellis, Baum, Birmaher et al., 1999), por outro, baixos níveis de cortisol foram observados em meninas vítimas de abuso sexual (King, Mandansky, King, Fletcher, & Brewer, 2001). Contudo, é possível sustentar uma associação entre alterações no eixo HHA, níveis de cortisol e o TEPT (Bremner, 1999; Golier & Yehuda, 1998; Yehuda). Por essas razões, o TEPT pode ser caracterizado como uma complexa condição biopsicossocial causada por uma perturbação persistente do SNC (Nurcombe, 2000).

Estudos de neuroimagem (MRI e PET) têm apontado alterações no volume do hipocampo, amígdala, giro cingulado anterior, córtex pré-frontal em adultos com TEPT, sobreviventes de guerra e vítimas de abuso sexual na infância (Bremner et al., 1997;

³ Neuroplasticidade é a capacidade do cérebro de mudar estrutural e funcionalmente, tanto ao longo do próprio desenvolvimento, quanto após uma lesão neuronal, e tem por objetivo final buscar uma organização adaptativa (Kaas & Jain, 2003).

Bremner et al., 2003; Wignall et al., 2004; Villarreal et al., 2002). Pesquisas neuropsicológicas corroboram tais estudos, uma vez que indicam a presença de prejuízos na memória de curto-prazo, na memória declarativa, na atenção sustentada, na aprendizagem verbal e em funções executivas associadas ao TEPT (Bremner, Vermetten, Afzal, & Vythilingam, 2004; Stein et al., 2002; Vasterling et al., 2002). Da mesma forma, Kristensen (2005) apontou diferença significativa no desempenho da atenção seletiva, funções executivas e processamento emocional, na população geral, com sintomas de TEPT.

Em relação à população infantil, uma crescente literatura tem consistentemente apontado a presença de alterações encefálicas e funcionais associadas ao TEPT, em vítimas de maus-tratos. Um estudo com 44 crianças vítimas de maus-tratos (n= 34 de abuso sexual) e com TEPT apontou alterações no volume intracranial e cerebral (7.0% a 8.0 % menor), diminuição no corpo caloso total e regiões 4, 5, 6 e 7, aumento do ventrículo lateral, esquerdo e direito e maior concentração de fluido cérebro-espinhal no córtex pré-frontal entre as crianças vítimas (De Bellis, Keshavan, Clark et al., 1999). Em outro estudo com 28 crianças e adolescentes maltratados/TEPT (n= 18 de abuso sexual) revelou redução do volume intracranial e cerebral (6.0%) e do córtex pré-frontal nas crianças do grupo maus-tratos/TEPT. O volume da substância branca no córtex pré-frontal, do córtex temporal direito e a área médio sagital total do corpo caloso, bem como nas sub-regiões 2, 4, 5, 6 e 7 apresentavam redução, enquanto que o volume de fluido cérebro espinhal (CSF) no lobo frontal, nos ventrículos direito e esquerdo e ventrículo lateral total estavam mais elevados do que no grupo controle (De Bellis, Keshavan, Shifflett et al., 2002). Ainda, outro estudo, com 43 crianças e adolescentes que sofreram maus-tratos e que apresentavam o diagnóstico de TEPT revelou alterações no volume do giro cingulado temporal superior (STG), bem como maior assimetria do lado direito no volume r STG total e no volume da região posterior do STG (De Bellis, Keshavan, Frustaci et al., 2002). Foi encontrada assimetria cerebral, no lobo frontal, e redução do volume cerebral em crianças vítimas de maus-tratos e com TEPT (Carrion et al., 2001). Todavia, neste estudo, não foi encontrada diferença entre o grupo com e sem TEPT quanto ao volume do hipocampo.

Contudo, poucos estudos investigaram a presença de déficits neuropsicológicos relacionados ao TEPT em crianças vítimas de maus-tratos. Entre eles, Beers e De Bellis (2002) desenvolveram um estudo com 14 crianças maltratadas (n = 7 de abuso sexual) e com TEPT, as quais obtiveram desempenho pobre em testes neuropsicológicos que avaliaram atenção e raciocínio abstrato/funções executivas. Em outro estudo, 34 crianças maltratadas e com TEPT (n= 21 de abuso físico, n= 20 de negligência e n= 5 de abuso

sexual) obtiveram elevados níveis de evitação de “faces com medo”, quando avaliadas através de uma tarefa de atenção visual (Pine et al., 2005). Estes dados são semelhantes àqueles encontrados em outros estudos de crianças e adolescentes com TEPT, os quais indicam a presença de déficits na memória prospectiva e na orientação (Moradi, Doost, Taghavi, Yule, & Dalgleish, 1999) e prejuízos na atenção, memória e funções executivas em adolescentes infratoras (Kristensen & Borges, 2004).

Os estudos aqui citados são consistentes ao afirmar que a exposição a um evento estressor, como é o caso do ASI, resulta num estado persistente de medo e pode estar associada a efeitos negativos ao neurodesenvolvimento. Neste sentido, a exposição crônica ao ASI, durante os períodos críticos do processo de maturação e organização cerebral, pode influenciar a natureza dos prejuízos cognitivos. Através da capacidade de neuroplasticidade, as alterações estruturais e funcionais dos sistemas neurobiológicos do estresse e a manifestação de TEPT podem ser consideradas tentativas de adaptação do cérebro a um contexto de desenvolvimento violento.

Considerações Finais

O presente estudo buscou apontar as relações entre a exposição ao ASI, TEPT e prejuízos cognitivos. Os estudos revisados indicam que o TEPT parece estar associado tanto a alterações estruturais quanto funcionais das áreas cerebrais relacionadas ao sistema de resposta ao estresse. Os estudos de neuroimagem em adultos e crianças vítimas de abuso sexual com TEPT revelam a presença de alterações no hipocampo, giro cingulado, corpo caloso, amígdala, córtex pré-frontal e na simetria hemisférica (Bremner et al., 1997; Carrion et al., 2001; De Bellis, Keshavan, Shifflett et al., 2002; Koenen et al., 2001), sendo que prejuízos neuropsicológicos podem ainda permanecer na vida adulta (Bremner et al., 2003; Bremner et al., 2004). Particularmente, tais áreas parecem estar envolvidas no processamento da memória traumática e nas respostas de medo (Golier & Yehuda, 1998).

Todavia, apesar de haver um consenso na literatura sobre a presença de déficits cognitivos associados ao TEPT, alguns pontos ainda permanecem pouco claros. Nesse sentido, ainda não está claro como os diferentes estágios do neurodesenvolvimento podem influenciar a natureza dos déficits cognitivos (Bremner & Narayan, 1998), nem se os prejuízos estruturais e funcionais podem ser reversíveis (Bremner, 1999), ou ainda se a presença dos déficits cognitivos se deve ao TEPT crônico, à sobreposição de eventos estressores e não apenas à exposição ao ASI *per se*. Da mesma forma, Horner e Hamner (2002) argumentam sobre a necessidade de cautela frente às conclusões sobre a presença de redução do volume do hipocampo em pacientes com TEPT. Mais do que esta ser

causada pela exposição a um evento traumático, tal alteração pode estar associada à cronicidade dos sintomas de TEPT, a uma condição pré-existente que aumenta a vulnerabilidade para o desenvolvimento do transtorno ou apenas ser um resultado não específico. Ao revisarem criticamente os estudos sobre alterações no hipocampo, memória e TEPT, Jelicic e Merckelbach (2004) questionam se as anormalidades frequentemente encontradas são atribuídas ao estresse traumático ou se a presença de anormalidade predispõe ao desenvolvimento de TEPT.

Outro ponto a ser destacado refere-se à presença de comorbidade psiquiátrica relacionada ao TEPT. Pacientes com TEPT apresentam índices elevados de depressão, ansiedade generalizada, TDAH e abuso de substâncias (Briere & Elliot, 2003; MacMillan et al., 2001). A falta de controle desta variável sob os resultados coloca em dúvida a generalização dos déficits cognitivos associados ao TEPT. Em relação à depressão e ao TDAH, ambos têm sido relacionados a diferentes prejuízos neuropsicológicos, como, por exemplo, na atenção, memória e funções executivas (Emerson, Mollet, & Harrison, 2005; Perugini, Harvey, Lovejoy, Sandstrom, & Webb, 2000). Nesta direção, Wythilingam et al. (2002) encontraram redução do volume do hipocampo em mulheres com Depressão Maior com história de abuso físico e sexual na infância.

Algumas limitações metodológicas são apontadas por Danckwerts e Leathem (2003), a saber: (1) a falta de padronização dos instrumentos neuropsicológicos utilizados na avaliação da memória, funções executivas e atenção; (2) o tamanho pequeno das amostras; (3) a falta de grupo controle; (4) amostras específicas, ou seja, em populações como veteranos de guerra, vítimas de maus-tratos e abuso, as quais podem direcionar os resultados e comprometer sua generalização; e (5) presença de elevada comorbidade psiquiátrica no TEPT. Além disso, a falta de estudos longitudinais em pacientes com TEPT impossibilita a generalização dos resultados (Jelicic & Merckelbach, 2004; Horner & Hamner, 2001).

A partir dos estudos revisados, pode-se observar uma base teórica consistente sobre a interação dos prejuízos neurobiológicos e neuropsicológicos associados ao ASI e ao TEPT. Ressalta-se, no entanto, a necessidade de novas pesquisas, a fim de apontar as implicações entre os sistemas neurais de resposta ao estresse na infância e os fatores neurodesenvolvimentais envolvidos neste processo. Ressalta-se que a especialização hemisférica (Burnand, 2002) e o desenvolvimento de funções executivas (Anderson, 2002), ocorrem na infância e se estendem até à adolescência. Desta forma, pesquisas futuras podem contribuir para uma maior compreensão sobre que mecanismos neurodesenvolvimentais podem ser afetados ou que estão envolvidos no sistema

neurobiológico do estresse. Além disso, novos estudos poderão contribuir para a elaboração de projetos sobre intervenções clínicas com as crianças vítimas, que possam minimizar os efeitos negativos do ASI e do TEPT, assim como a proposição de intervenções sociais, que fortaleçam a rede de proteção, a fim de potencializar um processo de adaptação mais saudável, após a exposição a eventos traumáticos.

CAPÍTULO III

Funções cognitivas e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual

Funções cognitivas, TEPT e abuso sexual infantil

Cognitive functions and post-traumatic stress disorder (PTSD) in girls victims of sexual abuse

RESUMO

Este estudo investigou a manifestação de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e avaliou funções cognitivas (atenção, memória verbal declarativa e flexibilidade cognitiva/funções executivas) em um grupo de meninas vítimas de abuso sexual (ASI), comparando-as ao grupo controle. Participaram deste estudo 12 meninas vítimas de abuso sexual (Grupo Caso) e 16 meninas sem história de abuso sexual (Grupo Controle). Foram realizadas uma avaliação clínica (através da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* e do Inventário de Depressão Infantil) e uma breve avaliação neuropsicológica (através do D2 Teste de Atenção Concentrada; sub-teste Dígitos, da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças; *Rey Auditory Verbal Learning Test*; e *Trail Making Test - Part A and B*). Os resultados indicaram um maior número de erros e maior amplitude de oscilação da atenção visual concentrada no grupo ASI. Além disso, 66,6% das meninas do Grupo Caso apresentaram TEPT, confirmando associações entre ASI e TEPT.

Palavras-chave: Abuso sexual; estresse pós-traumático; funções cognitivas

ABSTRACT

This study investigated the manifestation of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms and evaluated cognitive functions (attention, declarative verbal memory, and cognitive flexibility/executive function) in a group of girl's victims of sexual abuse (CSA), comparing them with control group. For this study, 12 girls victims of sexual abuse (Case Group) and 16 girls without histories of sexual abuse (Control Group) were interviewed. A clinical assessment (by Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children and Child Depression Inventory) and a brief neuropsychological assessment (by D2 Concentrated Attention Test; sub-test Digit, from Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition, Brazilian version; *Rey Auditory Verbal Learning Test*; and *Trail Making Test - Part A and B*) were carried out. Results indicate larger number of errors and larger oscillation amplitude of the concentrated visual attention in the CSA group. Moreover, 66,6% of the girls from the case group presented PTSD, confirming relationships between CSA and PTSD.

Keywords: Sexual abuse; post-traumatic stress; cognitive functions

Introdução

O abuso sexual infantil (ASI) pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, devido à alta prevalência (ABRAPIA, 2003; Pfeiffer & Salvagni, 2006) e a variedade das conseqüências emocionais, cognitivas e comportamentais negativas relacionadas a sua ocorrência (Famularo, Fenton, Kinscherff, & Augustyn, 1996; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Tyler, 2002). O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) tem sido apontado como a psicopatologia mais prevalente em crianças (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; Ruggiero, McLeer, & Dixon, 2000) e em mulheres abusadas sexualmente (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). A prevalência deste transtorno pode variar entre 20 a 70% dos casos de crianças vítimas de ASI (Nurcombe, 2000), sendo que meninas tendem a desenvolver mais sintomas de TEPT do que os meninos, em torno de 35% e 20% dos casos, respectivamente (Ackerman et al.). Da mesma forma, mulheres molestadas sexualmente (26,5%) e vítimas de estupro na infância (29,9%) também tendem a apresentar elevada prevalência deste transtorno (Kessler et al.). Estes achados se mostram superiores àqueles encontrados na população geral, em torno de 5% a 8% (DSM-IV-TR, APA, 2002), e se comparados à estimativa de que 5-6% dos homens e 10-14% das mulheres podem desenvolver o quadro de TEPT diante da exposição a eventos traumáticos (Breslau, 2002; Ozer & Weiss, 2004).

O diagnóstico de TEPT é realizado após a pessoa vivenciar, testemunhar ou ter sido confrontada com um ou mais eventos traumáticos (Critério A1) e reagir com intenso medo, pavor ou comportamento de esquiva (Critério A2). O TEPT é um transtorno de ansiedade, caracterizado pela presença de três categorias de sintomas: (a) re-experiência intrusiva (Critério B); (b) evitação e entorpecimento (Critério C); e (c) excitabilidade fisiológica aumentada (Critério D) (DSM-IV-TR, APA, 2002). Os sintomas devem estar presentes por um período superior a um mês (Critério E), após a exposição ao evento traumático, e estar interferindo em diferentes áreas do desenvolvimento infantil e provocando prejuízos no funcionamento cognitivo, emocional, social e acadêmico das crianças (Critério F).

Estudos têm apontado a presença de prejuízos neurobiológicos, tanto estruturais quanto funcionais, associada ao TEPT (Bremner et al., 1997; Bremner et al., 2003; De Bellis, Keshavan, Clark et al., 1999; Horner & Hamner, 2002). Estas pesquisas envolvem amostras de indivíduos expostos a diversos eventos traumáticos e com alta prevalência de TEPT, como veteranos de guerra, sobreviventes do Holocausto, mulheres vítimas de estupro e crianças maltratadas. De um modo geral, alterações estruturais apontadas pelas pesquisas de neuroimagem (MRI e PET) envolvem prejuízos no hipocampo, hipotálamo, amígdala, córtex pré-frontal e giro cingulado anterior (Bremner, 1999; Bremner et al.,

2003; Horner & Hamner; Kristensen, Parente, & Kaszniak, 2006; Wignall et al., 2004). Estas regiões estão implicadas na regulação emocional, aprendizagem, memória, atenção e controle executivo (Horner & Hamner). Em relação aos déficits cognitivos associado ao TEPT, os estudos indicam um baixo desempenho na memória verbal declarativa, memória imediata, habilidades visuo-construtivas, atenção sustentada e em funções executivas (Bremner, Vermetten, Afzal, & Vythilingam, 2004; Stein, Kennedy, & Twamley, 2002; Vasterling et al., 2002; Yehuda, Golier, Halligan, & Harvey, 2004). Estudo de revisão apontou disfunção cognitiva na memória e na atenção, ou em ambas, em 16 de 19 pesquisas sobre a avaliação neuropsicológica do TEPT (Horner & Hamner). Além disso, prejuízos na atenção seletiva, em funções executivas e no processamento emocional foram encontrados em estudantes universitários com altos sintomas de TEPT (Kristensen, 2005), e déficits na atenção, memória e funções executivas foram observados em adolescentes infratoras com TEPT (Kristensen & Borges, 2004).

Prejuízos na aprendizagem verbal foram encontrados em um grupo de sobreviventes do Holocausto com TEPT (Yehuda et al., 2004), e déficits na memória prospectiva e na memória imediata foram encontrados em adolescentes com TEPT, vítimas de acidentes de carro e violência interpessoal (Moradi, Doost, Taghavi, Yule, & Dalglish, 1999). Em relação aos déficits atencionais, Koso e Hansen (2006) e Vasterling et al. (2002) indicaram pobre desempenho em tarefas de manter a vigilância (atenção sustentada), por determinado período de tempo, em veteranos de guerra com TEPT. Em relação às funções executivas, Koenen et al. (2001) apontaram evidências de disfunção no córtex pré-frontal e das associações desta região com o sistema límbico, sendo este um dos aspectos neuropatológicos do TEPT. Baixo desempenho no *Trail Making Test*, que avalia atenção, flexibilidade mental e velocidade psicomotora, foi encontrado em adultos com TEPT, sugerindo déficits na flexibilidade mental (Beckham, Crawford, & Feldman, 1998; Koso & Hansen).

Particularmente, em crianças vítimas de maus-tratos e que desenvolveram TEPT, há redução do volume cerebral, do hipocampo, do corpo caloso, giro cingulado anterior, giro temporal superior e córtex pré-frontal, bem como aumento dos ventrículos laterais (De Bellis, Keshavan, Clark et al., 1999; De Bellis, Keshavan, Frustaci et al., 2002; De Bellis, Keshavan, Shifflett et al., 2002). Outro estudo encontrou assimetria cerebral, no lobo frontal, e redução do volume cerebral em crianças vítimas de trauma psicológico com TEPT, incluindo testemunho de violência doméstica, abuso físico e abuso sexual (Carrion et al., 2001). Mulheres vítimas de estupro e ASI, com TEPT, apresentaram redução bilateral do volume do hipocampo, sendo que a severidade do TEPT foi positivamente

correlacionada a este resultado (Villarreal et al., 2002). Em relação à avaliação neuropsicológica do TEPT, crianças vítimas de maus-tratos tiveram um pior desempenho em tarefas de atenção e raciocínio/funções executivas (Beers & De Bellis, 2002). Em mulheres vítimas de ASI e com TEPT, pesquisas indicaram a presença de déficits na memória verbal declarativa e sugeriram que estes prejuízos podem estar associados à redução do volume do hipocampo, bem como a alterações no sistema hipocampo/córtex pré-frontal (Bremner et al., 2003; Bremner et al., 2004). Considerando os resultados das pesquisas revisadas, observa-se uma forte associação entre eventos traumáticos, incluindo ASI, TEPT e alterações cognitivas.

Todavia, resultados controversos sobre os prejuízos cognitivos do TEPT foram encontrados em estudos específicos. Por exemplo, não foi encontrada diferença significativa no desempenho de tarefas de atenção, memória e aprendizagem verbal em veteranos de guerra, com e sem TEPT (Neylan et al., 2004), nem correlação entre redução do volume do hipocampo e prejuízos na memória declarativa. Na mesma direção, apesar de mulheres vítimas de ASI apresentarem redução de 5% do volume do hipocampo esquerdo, esta não foi correlacionada a prejuízos na memória (Stein, Koverola, Hanna, Torchia, & McClarty, 1997). Em outro estudo, não houve diferença no desempenho na memória auditiva e visual e nem no volume do hipocampo em mulheres vítimas de ASI com TEPT, quando comparada a mulheres abusadas sem TEPT e grupo controle (Pederson et al., 2004). Estes dados indicam que o avanço científico dos prejuízos neuropsicológicos do TEPT é recente, porém com resultados divergentes, e com várias questões ainda em aberto. Ressalta-se, ainda, que as divergências nos resultados de estudos neuropsicológicos sobre a memória podem estar relacionadas ao tipo de memória e ao tipo de instrumento neuropsicológico adotados na avaliação. Nesse sentido, a complexidade envolvida no processamento cognitivo da memória e a dificuldade para a definição de que aspectos desse sistema devem ser consideradas na avaliação da memória em casos de TEPT.

Considerando que a exposição a situações traumáticas na infância, como nos casos de abuso sexual, é um fator de risco para o desenvolvimento de TEPT, e que há uma lacuna na literatura sobre déficits cognitivos em crianças abusadas, este estudo investigou a manifestação de sintomas e/ou diagnóstico de TEPT, bem como desempenho em tarefas de memória, atenção e flexibilidade cognitiva/funções executivas, em um grupo de meninas vítimas de ASI, comparando-as a um grupo controle.

Método

Participantes

Participaram deste estudo clínico caso-controle 28 meninas, subdivididas em dois grupos: 12 meninas vítimas de abuso sexual (Grupo Caso), e 16 meninas não-vítimas de abuso sexual (Grupo Controle). Os critérios de inclusão do Grupo Caso foram: (a) ter sido vítima de abuso sexual intra e/ou extrafamiliar; (b) estar em avaliação e/ou atendimento psicológico até a quarta sessão; (c) ter o último episódio de ASI há mais de um mês; e (d) ter um cuidador responsável não-abusador que acompanhasse e participasse da pesquisa. Os critérios de exclusão para a amostra total foram: (a) ter transtornos mentais graves (esquizofrenia, depressão maior com risco de suicídio e algum transtorno do desenvolvimento); (b) ter histórico de problemas neurológicos; (c) ter nível de inteligência abaixo da média esperada para a faixa etária; e (d) ter experienciado algum evento traumático no período inferior a quatro semanas. Em ambos os grupos as meninas tinham dominância manual direita e nenhuma participante fazia uso de medicação psicotrópica.

As meninas do Grupo Caso estavam em avaliação e/ou atendimento em três serviços de referência na área do ASI, sendo dois localizados em um hospital público de Porto Alegre/RS e o terceiro em um centro de atendimento e pesquisa de uma universidade, na região metropolitana de Porto Alegre/RS. Para o presente estudo, a definição adotada referente ao ASI envolve desde atos em que não exista contato sexual (voyeurismo, exibicionismo), aos diferentes atos com contato sexual sem penetração (toques, carícias, masturbação) ou com penetração (vaginal, anal e oral), entre uma criança e uma outra pessoa que está em estágio de desenvolvimento psicossocial superior ao da vítima, que busca através da estimulação da criança obter suas próprias gratificações sexuais (Marques, 1994; *World Health Organization*, WHO, 2004). A suspeita e/ou a ocorrência de abuso sexual foi avaliada pela equipe técnica local (por psicólogos e assistentes sociais). Após esta avaliação, a equipe e a pesquisadora realizavam discussão dos casos em que o ASI era confirmado, observando se os mesmos se enquadravam nos critérios de composição da amostra. A partir disto, os casos eram encaminhados para um primeiro contato com a pesquisadora, quando eram explicados os objetivos da pesquisa à mãe e/ou ao responsável e, diante da concordância em participar do estudo, um próximo contato era agendado. A maioria destas meninas era proveniente de Porto Alegre (75%), sendo que as demais residiam em municípios da região metropolitana (25%). A idade do Grupo Caso variou de oito a treze anos ($M = 10,3$ anos; $DP = 1,68$ anos) e a escolaridade variou entre a primeira e sexta série do Ensino Fundamental. A idade de início do ASI

neste grupo variou de quatro a 13 anos de idade, com uma média de oito anos e três meses ($DP = 2,52$ anos).

A duração do ASI variou entre episódio único e quatro anos ($M = 9,17$ meses; $DP = 14,53$ meses). A maioria dos abusos envolveu episódios múltiplos (66,7%). Em 58,3% dos casos envolveram intercurso sexual completo (vaginal, oral e anal) e, em 41,7% dos casos, o ASI foi caracterizado por toques e carícias. A maioria dos casos foi de abusos sexuais intrafamiliares (58%), sendo que o padrasto (25%), o pai (16,7%) e o avô materno (16,7%) foram citados como os principais abusadores. Em quatro casos (33,3%) houve abuso sexual extrafamiliar e, em um caso, o abuso foi perpetrado por um tio paterno e por um vizinho.

As meninas do Grupo Controle foram selecionadas em duas escolas públicas do ensino fundamental de Porto Alegre/RS, procurando um emparelhamento por idade e escolaridade com as participantes do Grupo Caso. Os critérios de inclusão do Grupo Controle foram: (a) não ter sido vítima de ASI; (b) não ter TEPT; e (c) ter um cuidador responsável que acompanhasse e participasse deste estudo. A idade variou de oito a doze anos ($M = 9,5$ anos; $DP = 1,34$ anos) e a escolaridade variou da segunda à sétima série do Ensino Fundamental. Não houve diferença significativa entre os grupos nas variáveis idade e escolaridade.

Para avaliação de uma estimativa de inteligência, como critério de exclusão, foram utilizados os sub-testes Cubos e Vocabulário da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III; Figueiredo, 2002). O resultado bruto destes sub-testes foi avaliado de acordo com cada faixa etária e foi convertido em pontos ponderados. Conforme proposto pela versão brasileira da WISC-III (Figueiredo, 2002), os escores dos 12 sub-testes que compõem este instrumento foram ajustados para uma escala média de dez pontos e desvio-padrão de três pontos ponderados. Este parâmetro foi utilizado como critério de inclusão para a amostra dos dois grupos. A média de pontos ponderados no sub-teste Cubos do Grupo Caso foi de 8,75 ($DP = 2,42$) e do Grupo Controle foi de 11,06 ($DP = 3,13$). No sub-teste Vocabulário a média foi de 15,42 ($DP = 2,81$), no Grupo Caso, e de 16,31 ($DP = 2,30$), no Grupo Controle, para pontos ponderados. Embora tenha sido observada diferença significativa entre os grupos no sub-teste Cubos ($U = 51$; $p = 0,035$), este resultado indica que todas as participantes apresentam estimativa de inteligência correspondente à faixa etária de desenvolvimento.

Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados

Foi realizada uma avaliação clínica e uma breve avaliação neuropsicológica, através de entrevistas e aplicação de instrumentos às participantes do estudo e suas mães. Os instrumentos foram aplicados individualmente nos serviços de atendimento (Grupo Caso) e nas escolas (Grupo Controle).

Avaliação Clínica

A avaliação dos sintomas de TEPT e das comorbidades psiquiátricas foi realizada através dos seguintes instrumentos: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* (K-SADS; Kaufman et al., 1997) e do Inventário de Depressão Infantil (CDI; Kovacs, 1992). Foram realizadas duas sessões junto à mãe e/ou responsável pela criança, para esta avaliação clínica, sendo que inicialmente foi utilizado um Questionário sobre Saúde e Dados Demográficos (Anexo A). No questionário foram obtidas informações referentes ao ASI, à exposição a outros eventos estressores, à dominância manual e ao uso de medicação psicotrópica. Em seguida, foi aplicada a versão brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* (K-SADS-PL; Brasil, 2003). Esta consiste em uma entrevista clínica diagnóstica, baseada nos critérios do DSM-IV, idealizada para verificar e registrar episódios psicopatológicos, passados ou presentes em crianças e adolescentes. A versão brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Epidemiological version for School-Age* (K-SADS-E; Mercadante et al., 1995; Polanczyk et al., 2003) foi utilizada para a avaliação dos quadros psiquiátricos comórbidos, a partir dos critérios diagnósticos do DSM-III. Ainda, a “Entrevista Exclusiva com os Pais” (Anexo B), parte integrante da K-SADS-E, foi aplicada como instrumento de avaliação do desenvolvimento inicial da criança. Para as mães do grupo controle foi utilizada a entrevista clínica de TEPT (K-SADS-PL) e uma adaptação do Questionário sobre Saúde e Dados Demográficos (Anexo C).

Com as meninas, de ambos os grupos, foram aplicados os critérios diagnósticos da K-SADS-PL para TEPT e o CDI. Ambos foram realizados após a avaliação neuropsicológica (em uma sessão única de coleta de dados). Esta posição foi adotada, uma vez que a entrevista clínica e o CDI tendem a provocar algum grau de ansiedade nas crianças vítimas de ASI, o que poderia interferir no resultado final dos testes neuropsicológicos. A entrevista clínica foi realizada num período que variou entre um mês e quatro meses, após o último episódio de ASI. O diagnóstico de TEPT foi avaliado a partir de dois critérios: (1) a presença de diagnóstico atual do transtorno, sendo que se optou em estabelecer a data do último abuso sexual sofrido como ponto de corte; e (2) presença de

TEPT no momento passado, que se refere à etapa anterior ao abuso. Foi utilizada a lista de eventos traumáticos, propostos pela K-SADS-PL, como medida de avaliação de outras situações estressoras que pudessem contribuir na etiologia do TEPT. Nesta lista, os seguintes eventos estressores foram investigados: acidente de carro, outros acidentes, situações de incêndio, testemunhar desastres naturais, testemunhar cenas de violência urbana, ser vítima de violência urbana, ser informado de alguma notícia traumática, testemunhar violência doméstica, ser vítima de abuso físico e ser vítima de abuso sexual.

O CDI avalia a presença e a severidade de sintomas de depressão (afetivos, cognitivos e comportamentais), e é composto por 27 itens, cada um com três opções de resposta (escala de 0 a 2 pontos), onde a criança deve escolher a afirmativa que melhor descreve o seu estado de humor nas últimas duas semanas. O CDI foi adaptado para o Brasil, em estudo realizado por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), na cidade de João Pessoa (PB, Brasil). Em relação às propriedades psicométricas do CDI, estes autores apontaram que o instrumento manteve uma boa consistência interna, com *Alpha de Cronbach* de 0,81. Um alto escore no CDI indica a presença de sintomas de depressão, que devem ser melhor investigada numa avaliação clínica. No entanto, não consiste em um instrumento diagnóstico. A aplicação deste instrumento justifica-se devido à alta prevalência de depressão em meninas vítimas de ASI (Paolucci et al., 2001) e de comorbidade com TEPT (Runyon, Faust, & Orvaschel, 2002), o que poderia interferir no desempenho cognitivo. Para o presente estudo foi utilizada a versão proposta por Hutz e Giacconi (2000).

Avaliação Neuropsicológica

Para a avaliação das funções cognitivas de interesse neste estudo (memória, atenção e flexibilidade cognitiva/funções executivas), foram administrados os instrumentos neuropsicológicos descritos a seguir:

1. Teste d2 de Atenção Concentrada (Brickenkamp, 2000). Avalia atenção visual concentrada, capacidade de concentração e análise da flutuação da atenção. São apresentados três sinais determinados (sempre acompanhados da letra *d*), os quais devem ser cancelados, de forma rápida, dentro de uma seqüência de sinais, ao longo de 14 linhas. É utilizado um cronômetro e pede-se, a cada 20 segundos, que o examinando “pare e siga na próxima linha”. Para o presente estudo foram considerados o resultado bruto (RB), ou seja, o número total de sinais examinados, indicando a rapidez do desempenho no teste; o total de erros (TE), apontando a soma dos erros das 14 linhas do teste; a porcentagem de erros (E%); o tipo de erros (omissão e trocas); o cálculo do resultado líquido (RL), que

corresponde ao total de acertos ou desempenho total; e o cálculo da amplitude de oscilação do desempenho (AO), que se refere a diferença entre a maior e menor quantidade de sinais marcados ao longo do teste. Ainda, foi considerada a distribuição de erros ao longo das 14 linhas (1-4, 5-10 e 11-14).

2. Sub-teste Dígitos (Ordem direta e inversa) da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III; Figueiredo, 2002). Avalia memória de trabalho e atenção auditiva (Cunha, 2000). Na ordem direta, o pesquisador solicita que o examinando repita uma lista de números, na mesma ordem em que foi lida, enquanto na ordem inversa, o pesquisador solicita ao examinando repetir uma série de números, em ordem inversa ao que foi lido. Nas análises foi considerada a pontuação da ordem direta, da ordem inversa e do total de pontos. O escore refere-se ao número de seqüências de dígitos verbalizadas corretamente pela participante.

3. *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT; Wiens, McMinn, & Crossen, 1982, citado em Costa, Azambuja, Portuguez, & Costa, 2004). É uma medida de avaliação da memória verbal declarativa e aprendizagem verbal. É composta por uma lista de 15 palavras, que são lidas pelo examinador em voz alta. Pede-se que o examinando preste atenção nas palavras e, em seguida, faça evocação do material, sem precisar seguir a ordem de apresentação. Esta tarefa é realizada cinco vezes consecutivamente. Após, lê-se uma lista de novas palavras (interferência), solicita-se a evocação destas e, posteriormente, a evocação da primeira lista. Após 30 minutos é solicitada a evocação tardia da primeira lista de palavras. Para o presente estudo, as análises foram baseadas na aprendizagem verbal (soma total das Linhas A1 a A5), interferência, evocação imediata (A6) e evocação tardia (A7) (30 minutos). O escore é o número de palavras evocadas corretamente.

4. *Trail Making Test (Part A and B)*; Lezak, 1995). A parte A avalia atenção visual e habilidade motora e a parte B atenção dividida, seqüência e flexibilidade cognitiva (funções executivas). Na parte A, com auxílio de um lápis, o examinando deve ligar consecutivamente círculos numerados. Na parte B, além de números também há letras, e a seqüência a ser ligada deve intercalar números e círculos com letras em uma seqüência ordenada. O *Trail Making Part B* tem sido utilizado em diversos estudos como uma medida de funções executivas (Beckham et al., 1998; Mezzacapa, Kindlon, & Earls, 2001; Reitan & Wolfson, 2004). Para as análises deste estudo foi adotado o tempo total, em segundos, que a menina usou para concluir o teste.

Questões Éticas

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais e/ou responsáveis legais pelas meninas (Anexos D e E), após a leitura do mesmo pela pesquisadora, atendendo à Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia e a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. Ainda, foi solicitada a cada menina a concordância em participar da pesquisa, assegurando-lhe sigilo e confidencialidade dos dados. As participantes foram claramente informadas de que sua participação no estudo era voluntária e poderia ser interrompida em qualquer etapa. Foi solicitada, ainda, a assinatura do Termo de Concordância das escolas para a realização da coleta de dados do grupo controle (Anexo F). Para os pais das meninas das escolas, foi enviada uma carta convidando-os a participarem da pesquisa, bem como suas filhas (Anexo G).

Não foi realizada nenhuma entrevista a fim de abordar as características do ASI, diretamente com a menina, buscando evitar dano psicológico diante de um novo relato da menina sobre esta experiência e/ou de revitimizá-la. Tais informações foram avaliadas através da entrevista com a mãe e/ou responsável ou ainda pela busca de dados no prontuário. Além disso, todas as participantes deste estudo receberam atendimento psicológico, no próprio local da entrevista ou na rede de saúde do município. No final da entrevista com a criança foi avaliada como cada participante estava se sentindo diante das informações relatadas à pesquisadora, procurando garantir o bem estar psicológico da mesma.

Crerios de Análise dos Dados

A análise dos dados consistiu em procedimentos descritivos e cálculo de frequência para as variáveis sociodemográficas da amostra e para as variáveis relacionadas ao ASI. As diferenças entre os grupos nos testes neuropsicológicos e no CDI foram calculadas através do Teste *U* de *Wilcoxon-Mann-Whitney*. Cálculo de correlação para as variáveis de interesse foi realizado através do Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Para as análises estatísticas foi estabelecida a probabilidade de erro calculada em 0,05. Os dados foram analisados no *SPSS for Windows* (versão 13.0).

Resultados

Os resultados são apresentados a seguir conforme as variáveis de interesse. Num primeiro momento, os dados referentes à avaliação clínica são apresentados. Num segundo momento, os resultados da testagem neuropsicológica são apontados e, por fim, os dados provenientes das análises de correlação.

Avaliação Clínica (TEPT, CDI e Comorbidades Psiquiátricas)

O diagnóstico atual de TEPT foi encontrado em oito das 12 participantes do Grupo Caso (66,67%). De um modo geral, todas as meninas vítimas de ASI apresentavam elevados sintomas de TEPT, sendo que nos casos em que não foi observado o diagnóstico completo poder-se-ia sugerir a presença de TEPT parcial. Foi realizada uma análise da frequência dos sintomas de TEPT atual, conforme as três categorias do transtorno do DSM-IV (revivência, evitação e hiperexcitabilidade fisiológica). Nesse sentido, houve uma frequência maior dos sintomas do Critério D ($M = 4,08$; $DP = 1,83$), se comparada ao Critério B ($M = 2,75$; $DP = 0,97$) e ao Critério C ($M = 2,75$; $DP = 1,29$). Sintomas de insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração e hipervigilância foram mais predominantes neste grupo. Em dois casos foi identificada a presença de TEPT no momento anterior ao abuso, sendo que esta foi associada à ocorrência de violência doméstica, envolvendo abusos físicos, violência conjugal e negligência.

No Grupo Caso, foram relatados outros eventos estressores, além da situação do abuso sexual, o que poderia estar contribuindo na manifestação do quadro atual de TEPT. Particularmente, ser informado de alguma notícia traumática (50%), ser testemunha de violência urbana (50%) e testemunhar violência doméstica (58,3%) foram os eventos mais citados pelas participantes. Estes ocorreram num período superior a um mês e, em alguns casos, antes da ocorrência do abuso. Ressalta-se que o ASI foi citado como o “pior evento traumático” em 83,3% dos casos. No Grupo Controle, nenhuma participante apresentava o diagnóstico de TEPT, apesar destas também terem sido expostas a situações estressoras, tais como: ser informado de alguma notícia traumática (37,5%); testemunhar violência doméstica (18,8%); e ser vítima de violência urbana (12,5%). Ainda foram relatados, em menor prevalência, episódios de testemunhar situação de incêndio e ter sido vítima de abuso físico no Grupo Controle.

Em relação à pontuação no CDI, foi apontada uma diferença marginalmente significativa ($U = 54,5$; $p = 0,053$), indicando que a média do Grupo Caso ($M = 10,92$; $DP = 6,63$) foi superior ao Grupo Controle ($M = 6,54$; $DP = 4,43$). Através da K-SADS-E

foram encontradas as seguintes comorbidades psiquiátricas no Grupo Caso, para o momento atual: Transtorno de Ansiedade Generalizada (n = 5), Transtorno de Ansiedade de Separação (n = 2), Fobia Social (n = 2), Depressão Maior (n = 3) e Enurese (n = 1). Em dois casos foi identificado o Transtorno de Ansiedade de Separação no momento passado. Em outros dois casos, foi observada a presença de sintomas severos de TEPT atual e de depressão, sendo que uma participante pontuou um escore total de 29 pontos no CDI.

Avaliação Neuropsicológica

A Tabela 1 apresenta as médias, desvios-padrão e o valor do nível de significância obtido pelos grupos nos testes neuropsicológicos. Em relação ao desempenho no Teste d2 (atenção visual concentrada), não foi observada diferença no resultado bruto (d2 RB) e no cálculo do resultado líquido (d2 RL) entre os grupos. Desta foram, no que se refere a capacidade de rapidez em uma tarefa de atenção visual concentrada, o Grupo Caso teve um melhor desempenho. Contudo, houve diferença significativa no total de erros (d2 TE), na porcentagem de erros (d2 E%) e na amplitude de oscilação (AO). Este resultado indica maior número de erros e maior amplitude de oscilação da atenção visual concentrada no Grupo Caso, quando comparado ao Grupo Controle. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos erros do tipo I (omissão), dos erros do tipo II (trocas) e a soma de erros cometidos nas linhas 1-4, 5-10 e 11-14. Nesse sentido, houve diferença significativa no tipo de erros, particularmente na omissão, bem como uma maior distribuição de erros cometidos nas primeiras linhas (1 a 10). Estes dados indicam que, embora, o Grupo Caso tenha apresentado uma maior rapidez na tarefa (Teste d2), esta não foi acompanhada pela precisão, devido a um maior número de erros.

Em relação ao desempenho no sub-teste Dígitos, não foi verificada diferença significativa nos escores entre os grupos na ordem direta (atenção auditiva), nem na ordem inversa (memória de trabalho) e nem na pontuação total. Os dados do RAVLT indicam que não houve diferença entre os grupos nas tarefas de aprendizagem verbal, memória episódica verbal após lista distratora (interferência), e evocação de lista de palavras imediata e tardia. Da mesma forma, não foi encontrada diferença quanto ao desempenho do *Trail Making Test*, tanto na parte A (atenção visual e velocidade motora), quanto na parte B (atenção dividida, seqüência e flexibilidade mental/funções executivas).

Análises de Correlação

Inicialmente, foram realizadas análises de correlação entre os resultados dos testes neuropsicológicos, o número total de sintomas de TEPT e o número total de sintomas por

critério (Critério B, C e D), considerando o tamanho total da amostra (n= 28 participantes). Não foi observada nenhuma correlação significativa a partir destas análises. Posteriormente, foram realizadas novas análises de correlação, considerando apenas o Grupo Caso (n= 12 participantes). Nesse sentido, foram incluídas nas análises as seguintes variáveis: (a) resultados dos testes neuropsicológicos; (b) o número total de sintomas de TEPT; (c) o número total de sintomas por critério (Critério B, C e D); (d) escore total no CDI; e (e) variáveis do ASI (idade de início e tempo de duração).

Não foi observada correlação entre o número total de sintomas de TEPT e o desempenho nas tarefas cognitivas. Porém, os resultados indicaram correlação significativa entre os sintomas do Critério B (revivência) ($r_s = .629$; $p < 0,05$) e os sintomas do Critério C (evitação) ($r_s = .602$; $p < 0,05$) do TEPT e a distribuição de erros nas linhas 1 a 4 (Teste d2), indicando que uma maior manifestação destes sintomas parece estar associada a uma maior ocorrência de erros. Houve correlação entre o escore total no CDI e os erros no Teste d2. Assim, foi encontrada uma correlação significativa entre o CDI e d2 TE ($r_s = .580$; $p < 0,05$) e entre o CDI e d2 AO ($r_s = .620$; $p < 0,05$). Ainda, uma correlação ente o CDI e a distribuição de erros nas linhas 1 a 4 ($r_s = .741$; $p < 0,01$) foi observada. Estas correlações indicam que quanto maior o escore no CDI maior foi a quantidade de erros no Teste d2.

Discussão

Este estudo investigou a presença de sintomas de TEPT e o desempenho em tarefas de atenção, memória e flexibilidade cognitiva/funções executivas em um grupo de meninas vítimas de ASI. Os resultados apontaram uma alta manifestação de TEPT (66,6%), confirmando estudos que indicam que este é o quadro psicopatológico mais freqüente em casos de ASI (Ackerman et al., 1998; Kendall-Tackett et al., 1993; Ruggiero et al., 2000). Além disso, houve uma maior freqüência de sintomas do Critério D (insônia, hipervigilância, dificuldade de concentração) entre as meninas com TEPT no Grupo Caso.

Ressalta-se a sobreposição de outras categorias de maus-tratos e de eventos estressores na etiologia do TEPT, no Grupo Caso. Desta forma, houve uma alta freqüência de eventos estressores como “ser informado de notícias traumáticas”, “ser testemunha de violência urbana” e “ser testemunha de violência doméstica”. Crianças vítimas de ASI tendem a ser expostas a uma sobreposição de traumas no contexto familiar, incluindo abuso psicológico, abuso físico, negligência, abandono e conflitos conjugais (Habigzang et al., 2005), contribuindo para a cronificação dos sintomas de TEPT e aumentando o risco a

Tabela 1

Resultado da Avaliação Neuropsicológica por Grupo

Instrumentos	Grupo ASI	Grupo Controle	<i>Mann-Whitney</i>
	n = 12	n = 16	
	M (DP)	M (DP)	
d2 RB	296,75 (128,19)	263,19(67,27)	$U=87,5; p=0,693$
d2 TE	55,08(56,49)	21,50(11,87)	$U=37,5; p=0,007^*$
d2E %	14,82(9,20)	8,58(4,90)	$U=51,0; p=0,037^*$
d2 RL	241,50(78,96)	242,31(69,92)	$U=90,5; p=0,798$
d2 AO	21,67(22,40)	10,38(5,51)	$U=52,5; p=0,043^*$
Dígitos Ordem Direta (WISC-III)	5,75(1,36)	6,38(1,15)	$U=72,0; p=0,252$
Dígitos Ordem Inversa (WISC-III)	3,33(1,30)	3,81(1,05)	$U=71,5; p= 0,240$
Dígitos Total (WISC-III)	9,08(2,15)	10,19(1,80)	$U=61,5; p=0,103$
RAVLT Total (A1-A5)	51,58(6,75)	52,00(13,27)	$U=80,5; p=0,470$
RAVLT Interferência	5,44(1,42)	6,31(2,30)	$U=59,0; p=0,454$
RAVLT A6 (Evocação imediata)	10,22(2,11)	11,81(2,79)	$U=47,0; p=0,153$
RAVLT A7 (Evocação tardia)	10,67(1,80)	11,75(2,96)	$U=49,5; p=0,196$
Trail A (Total de segundos)	50,08(11,87)	63,94(25,40)	$U=68,0; p=0,193$
Trail B (Total de segundos)	122,00(23,15)	133,06(51,67)	$U=89,0; p=0,745$

Nota. * $p < 0,05$. d2 RB = Resultado Bruto do Teste d2; d2 TE = Total de Erros do Teste d2; d2 E% = Porcentagem de Erros do Teste d2; d2 RL = Cálculo do Resultado Líquido do Teste d2; d2 AO = Amplitude de Oscilação do Desempenho do Teste d2; WISC-III = Escala de Inteligência Wechsler para Crianças Terceira Edição; RAVLT = *Rey Auditory Verbal Learning Test*; RAVLT A1-A5 = Total de pontos das lista 1 a lista 5; RAVLT A6 = Total de palavras na recuperação imediata, após lista de interferência; RAVLT A7 = Total de palavras após recuperação tardia (30 minutos); Trail A = *Trail Making Test Part A*; Trail B = *Trail Making Test Part B*.

Tabela 2

Distribuição de Erros no Teste d2 Atenção Concentrada por Grupos

Distribuição de erros	Grupo ASI	Grupo Controle	<i>Mann-Whitney</i>
	n = 12	n = 16	
	M (DP)	M (DP)	
d2 erro tipo I (Omissão)	32,42(47,56)	10,63(9,20)	$U=42,5; p=0,013^*$
d2 erro tipo II (Trocas)	22,67(32,94)	10,88(6,47)	$U=73,5; p=0,295$
d2 linha 1-4	19,17(14,73)	7,00(5,20)	$U=26,5; p=0,001^*$
d2 linha 5-10	22,67(28,45)	8,06(5,31)	$U=47,0; p=0,022^*$
d2 linha 11-14	13,42(15,11)	6,38(5,12)	$U=71,5; p=0,252$

Nota. * $p < 0,05$.

um pior ajustamento psicológico. Nesse sentido, a exposição prévia a situações estressoras pode aumentar a vulnerabilidade da criança em desenvolver um quadro de TEPT, na ocorrência do ASI.

Em relação ao CDI, houve uma diferença marginal entre os dois grupos, sendo que o Grupo Caso apresentou um escore superior ao Grupo Controle. Além disso, a entrevista clínica indicou a presença de comorbidades relacionadas ao TEPT, especialmente Depressão e Transtornos de Ansiedade, corroborando a literatura (Ackerman et al., 1998; Famularo et al., 1996; Kendall-Tackett et al., 1993). Este dado suporta a evidência que transtornos internalizantes são freqüentes entre meninas vítimas de ASI, bem como que Depressão e Ansiedade são os transtornos mais co-ocorrentes ao TEPT (Ackerman et al., 1998). Elevadas taxas de comorbidade entre as vítimas com TEPT podem estar relacionadas tanto a uma história prévia de transtornos mentais, que pode aumentar o risco para a ocorrência de TEPT, quanto ao TEPT ser um fator de risco para o desenvolvimento de outros transtornos (Margis, 2003).

Em relação às funções cognitivas de interesse, os processos atencionais foram avaliados a partir de tarefas de atenção visual concentrada (Teste d2), atenção auditiva (Dígitos Ordem Direta) e atenção dividida (*Trail Making Part B*). Não foi encontrada diferença no desempenho das tarefas de atenção visual simples, atenção auditiva e de atenção dividida entre os grupos. Além disso, não houve diferença entre os grupos na rapidez do desempenho e desempenho total no Teste d2. Ao considerar, então, apenas este resultado, não se observou prejuízo na atenção nestas meninas vítimas de ASI e com sintomas de TEPT. No entanto, diferença significativa foi encontrada entre os grupos no total de erros, porcentagem de erros e na amplitude de oscilação na tarefa de atenção visual concentrada, sendo estes aspectos mais elevados no Grupo Caso. Sobretudo, ressalta-se um maior predomínio de erros do tipo omissão, uma maior distribuição de erros nas primeiras linhas do Teste d2. Este resultado corrobora o estudo de Koso e Hansen (2006), com uma amostra de veteranos de guerra, com TEPT, que encontraram maior presença de erros do tipo omissão em uma tarefa de atenção concentrada. Como hipótese, o desempenho na atenção nos casos de TEPT pode estar associado à disfunção do córtex frontal e de suas conexões com o sistema límbico (Koenen et al., 2001; Kristensen, 2005; Vasterling et al., 2002).

Ainda, em relação aos erros no Teste d2, três pontos podem ser destacados. Primeiro, uma grande variação no desempenho do d2 foi observada no Grupo Caso. Destaca-se, por exemplo, que no total de erros houve uma variação entre cinco e 204 erros.

Particularmente, duas participantes com sintomas mais severos de TEPT e maior pontuação no CDI, contribuíram para aumentar tanto a média total de erros quanto a variabilidade da distribuição dos erros. Sendo assim, este resultado pode estar enviesado pelo desempenho destas duas participantes. Contudo, buscou-se manter as duas participantes neste estudo, pois estas apresentavam os critérios de inclusão necessários a fazer parte deste estudo e exemplificam de forma clara as conseqüências do ASI.

Segundo, embora não tenha sido encontrada uma relação entre o diagnóstico atual de TEPT e as tarefas cognitivas (memória, atenção e flexibilidade cognitiva/funções executivas), pode-se discutir a relação de aspectos específicos deste transtorno sobre o maior número de erros na tarefa de atenção concentrada. Conforme citado anteriormente, neste estudo, houve uma correlação significativa entre o critério B (revivência) e o critério C (evitação e embotamento afetivo) do TEPT e maior número de erros no Teste d2. O terceiro ponto a ser destacado se refere à associação entre o CDI e o total de erros no d2, indicando que um escore maior no CDI contribui para um maior número de erros no Teste d2. Nesse sentido, sintomas do critério C do TEPT, envolvendo dificuldades relacionadas a aspectos depressivos, como por exemplo, interesse diminuído em atividades habituais, sentimentos de estar sozinho ou isolado das figuras afetivas, embotamento afetivo e visão negativa do futuro e, maior escore no CDI, parecem contribuir para um maior número de erros. Desta forma, estudos futuros podem investigar melhor as relações entre depressão e prejuízos funcionais em casos de vítimas de ASI, uma vez que há uma alta comorbidade entre TEPT e Depressão (Berlim, Perizzolo, & Fleck, 2003; Breslau, Davis, Peterson, & Schultz, 2000). Aspectos neuropsicológicos da depressão foram apontados por Rozenthal, Laks e Engelhard (2004), indicando alterações na atenção sustentada, no controle inibitório e na capacidade de alternância de foco atencional. Desta forma, estudos neuropsicológicos do ASI e do TEPT devem investigar a interferência dos sintomas de depressão no desempenho cognitivo.

Em relação avaliação da memória declarativa e aprendizagem verbal (RAVLT A1-A5 e RAVLT A7), bem como a memória de trabalho (Dígitos Ordem Inversa), não foram apontadas diferenças entre os grupos. Este resultado difere da literatura, uma vez que déficits na memória são tradicionalmente encontrados em vítimas de TEPT (Bremner et al., 2004; Yehuda et al., 2004). Em relação à velocidade motora (*Trail Making Part A*) e à capacidade de flexibilidade mental/funções executivas (*Trail Making Part B*) mensurados, os resultados indicaram que não houve diferença significativa entre os grupos. Assim, novamente este resultado difere daquele encontrado em outros estudos, em que um pior desempenho no *Trail Making Test* estava relacionado ao TEPT (Beckham et al., 1998;

Koso & Hansen, 2006; Kristensen, 2005). A falta de diferença entre os grupos nestas tarefas cognitivas pode estar relacionada ao tamanho pequeno e a heterogeneidade da amostra. Particularmente, no Grupo Caso foi observado uma grande variação no que se refere à presença de sintomas de TEPT, idade de início e duração do ASI. Além disso, a falta de diferença significativa entre os grupos na avaliação neuropsicológica também pode estar relacionada à falta de sensibilidade dos instrumentos.

Considerações Finais

A exposição ao ASI torna-se um fator de risco para o desenvolvimento do TEPT. Fatores de risco individuais e familiares e as reações imediatas, após o trauma, podem contribuir para o desenvolvimento de TEPT, aumentando sua prevalência. Todavia, destaca-se que o ASI está associado a uma variedade de conseqüências emocionais e comportamentais, não se restringindo ao TEPT (Kendall-Tackett et al., 1993; Tyler, 2002). Transtornos de Humor, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Dissociativos, TDAH, Transtornos Alimentares e Transtorno de Abuso de Substâncias têm sido encontrados em vítimas de ASI (Briere & Elliott, 2003; MacMillan et al., 2001). Nesse sentido, a presença de comorbidade psiquiátrica associada ao TEPT corrobora o Modelo Multifacetado do Trauma, mais do que uma síndrome específica do ASI (Kendall-Tackett et al.; Paolucci et al., 2001). Ainda, sugere a necessidade de avaliação psicológica mais extensiva e especializada nos casos de ASI (Famularo et al., 1996), uma vez que a demora em diagnosticar corretamente o TEPT pode aumentar o risco de cronificação deste quadro (Margis, 2003).

Embora não se tenha observado prejuízos nas funções cognitivas avaliadas neste estudo, um maior presença de erros do tipo omissão e maior oscilação da atenção visual concentrada foram observadas no grupo de meninas vítimas de ASI. Pesquisas futuras podem contribuir à investigação de como os processos atencionais encontram-se alterados e/ou preservados quando associados ao TEPT. A literatura tem apontado a presença de disfunção do córtex pré-frontal e das associações deste sistema com estruturas subcorticais nos casos de prejuízos na atenção nos casos de TEPT (Beers & De Bellis, 2002; Koso & Hansen, 2006; Kristensen, 2005). Estudos sugerem, ainda, que uma avaliação persistente de estímulos ameaçadores pode justificar a presença dos déficits atencionais (Ehlers & Clark, 2000; Pine, 2003) e que as funções cognitivas prejudicadas neste transtorno são dependentes do funcionamento executivo (Kristensen et al., 2006). Apesar da memória ser a função cognitiva mais amplamente estudada, pesquisas atuais enfatizam a atenção na

investigação dos prejuízos neuropsicológicos do TEPT (Koenen et al., 2001; Kristensen). Nesse sentido, o estudo da atenção pode contribuir para uma maior compreensão de como esta função encontra-se associada aos demais sistemas cognitivos envolvidos no TEPT.

A literatura tem apontado que eventos traumáticos na infância, ao se caracterizarem de forma crônica, podem interferir no processo de maturação e organização cerebral, devido à hiperativação crônica dos sistemas neurais de respostas ao estresse (Bremner, 1999; Glaser, 2000). Nesse sentido, novas pesquisas, com delineamento longitudinal, podem contribuir para uma maior compreensão dos efeitos a longo prazo do estresse e do trauma na infância no neurodesenvolvimento. Além disso, devem esclarecer se as alterações neurobiológicas do TEPT são resultados da exposição ao estresse ou se refletem vulnerabilidades pré-mórbidas (Nelson & Carver, 1998; Vasterling et al., 2002). Uma maior integração entre as pesquisas clínicas e os estudos das alterações neurobiológicas do trauma também se faz necessária (Danckwerts & Leathem, 2003; Pine, 2003). Ainda, discute-se a necessidade de intervenções psicológicas rápidas e efetivas à fase aguda do TEPT, bem como do fortalecimento de fatores de proteção (como, por exemplo, o vínculo afetivo seguro com cuidador não-abusador), que possam mitigar os efeitos adversos do estresse (Heller, Larrieu, D'Imperio, & Boris, 1999; Spaccarelli & Kim, 1995).

Algumas limitações podem ser apontadas neste estudo. O tamanho pequeno e a especificidade da amostra (meninas vítimas de ASI e contexto clínico) não possibilitam a generalização dos resultados. Uma maior manifestação de TEPT é esperada em amostras clínicas. A alta comorbidade psiquiátrica do TEPT e a necessidade do uso de uma bateria neuropsicológica completa, em contrapartida ao uso de testes neuropsicológicos isolados, são limitações dos estudos neuropsicológicos do TEPT (Danckwerts & Leathem, 2003; Pine, 2003). Da mesma forma, a falta de instrumentos padronizados e validados no nosso país, para a avaliação da memória e de funções executivas, na infância, limita a avaliação destas funções na pesquisa e na clínica. Considera-se importante o uso de algum instrumento de avaliação da memória emocional nas pesquisas futuras sobre as relações entre ASI e funções cognitivas. Ainda, menciona-se a influência dos estados motivacionais nos resultados da avaliação neuropsicológica, principalmente, em tarefas de longa duração, como o Teste d2.

Resumindo, os resultados deste estudo indicam uma alta manifestação de TEPT e um maior número de erros e maior amplitude de oscilação da atenção visual concentrada no Grupo Caso. Nesse sentido, o ASI pode constituir-se como um fator de risco tanto para conseqüências emocionais quanto cognitivas, principalmente quando associado ao TEPT. Discute-se a necessidade de pesquisas futuras que investiguem os efeitos a longo prazo do

estresse e do trauma na infância no neurodesenvolvimento e a manutenção ou redução dos prejuízos cognitivos do ASI na vida adulta. Além disso, os resultados das pesquisas clínicas e de neuroimagem sobre a psicobiologia do estresse podem fortalecer uma maior compreensão de como estes componentes interagem, manifestando-se através dos sintomas comportamentais e emocionais. Finalmente, pesquisas futuras podem avaliar se as diferenças no desempenho cognitivo de crianças vítimas de ASI são resultantes do próprio abuso, do TEPT, dos sintomas de depressão e/ou da junção destas variáveis.

CAPÍTULO IV

Abuso sexual infantil: Indicadores de risco e conseqüências⁴

Abuso sexual, sintomatologia e indicadores de risco

Child sexual abuse: Risk factors and consequences

⁴ Este artigo foi submetido à publicação na Revista Interamericana de Psicologia.

RESUMO

Este estudo investigou vítimas de abuso sexual infantil (ASI), observando as características do contexto do abuso e da revelação, as conseqüências no desenvolvimento, a partir da manifestação de sintomas e de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), e a presença de indicadores de risco nas famílias. Participaram 16 meninas vítimas de ASI, entre sete e 13 anos, e suas mães e/ou cuidadores responsáveis. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e foi aplicada a versão brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children (K-SADS)*. Foi realizada uma análise de conteúdo das entrevistas, identificando as características do contexto do abuso e da revelação e presença dos indicadores de risco nas famílias (intergeracionalidade, histórico de doença mental dos pais e uso de álcool e drogas). O diagnóstico de TEPT foi observado em 62,5% dos casos e uma variedade de sintomas emocionais e comportamentais também foi apontada. Foi verificado que a exposição ao ASI está associada a severas conseqüências no desenvolvimento, necessitando intervenção psicológica às vítimas e suas famílias.

Palavras-chave: Abuso sexual infantil; indicadores de risco; TEPT

ABSTRACT

This study investigated characteristics of the context of child sexual abuse (CSA) and the context of its disclosure, the consequences for children's development, and the presence of risk factor in the family. In this study 16 girls victims of CSA, aged between 7-13 years old, and their mothers were interviewed. Semi-structured interviews were carried out and the Brazilian version of *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children (K-SADS)* was used. The presence of risk factors in the family (intergenerationality, parental mental disease, and parental substance abuse) and a wide range of emotional and behavior symptoms in the girls, including post-traumatic stress disorder (PTSD), were observed. CSA is associated to severe consequences on development, and psychological interventions with victims and their families are necessary.

Keywords: Child sexual abuse; risk factors; PTSD

Introdução

Conseqüências emocionais, comportamentais, sociais e cognitivas associadas ao abuso sexual infantil (ASI) têm sido apontadas na literatura (Cicchetti & Toth, 2005; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Conforme a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004), o ASI é definido como o envolvimento de uma criança ou adolescente em atividade sexual inapropriada com um adulto, sendo que a atividade sexual é destinada à gratificação sexual desta outra pessoa. Pode variar desde atos em que não exista contato sexual (voyeurismo, exibicionismo), até diferentes atos com contato sexual sem penetração (toques, carícias, masturbação) ou com penetração (vaginal, anal e oral). Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela força física, ameaças ou indução de sua vontade (Araújo, 2002; De Antoni & Koller, 2000; Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005).

No Brasil, o relatório do sistema nacional de combate à exploração sexual infanto-juvenil (ABRAPIA, 2003) refere que, no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2003, foram realizadas 1547 denúncias de abuso sexual. Do total de denúncias realizadas, 54% representavam casos de abusos intrafamiliares, sendo que em 42% dos casos o pai era o principal suspeito. Em relação ao perfil das vítimas, a maioria das denúncias envolveu o sexo feminino (76%) na faixa etária entre os 12 e 18 anos (47%). No estado do Rio Grande do Sul (RS, Brasil), um estudo realizado junto à Secretaria da Justiça e da Segurança (Pfeiffer & Salvagni, 2006) indicou um total de 1.400 casos de crianças vítimas de violência, no ano de 2002, sendo que em 872 casos se referiam ao ASI (62%). Este estudo, ainda, apontou que, no ano de 2003, foram denunciados 1.763 casos de crianças vítimas de violência, envolvendo 1.166 casos de ASI (66,14%). Em outro estudo, sobre características de 71 expedientes judiciais, de Porto Alegre (RS), Habigzang et al. (2005) apontaram que em 80,9% casos as vítimas eram meninas e 19,1% meninos. Em 83% dos casos o perpetrador era um adulto familiar à criança, sendo o pai biológico (57,4%) e o padrasto (37,2%) descritos como as figuras abusivas. De um modo geral, estes dados suportam a evidência de que o ASI: (a) seja considerado um sério problema de saúde pública; (b) ocorre predominantemente no contexto familiar da vítima, caracterizando uma situação incestuosa; (c) ocorre mais em meninas, como vítimas; e (d) explicita um segredo familiar, sendo em muitos casos perpetuado ao longo de anos ou de gerações, devido à dificuldade da criança e da família em romper o ciclo de violência.

Outro ponto a ser destacado nos casos de ASI refere-se à falta de materialidade do fato, uma vez que na maioria destes casos não são observadas marcas físicas (Araújo, 2002; Pfeiffer & Salvagni, 2006). Nesse sentido, a avaliação das alterações emocionais e

comportamentais torna-se um elemento importante à identificação dos casos. Estudos apontam a presença de uma diversidade de sintomas clínicos associados ao ASI, incluindo conseqüências emocionais, comportamentais, cognitivas e sociais (Briere & Elliott, 2003; MacMillan et al., 2001; Tyler, 2002). Comportamento sexual inapropriado, baixa auto-estima, sentimentos de desamparo, ódio e medo, relações interpessoais disruptivas, tendências suicidas, isolamento, fugas de casa, dificuldade de confiar no outro e estabelecer relações interpessoais têm sido descritos como as principais conseqüências (Amazarray & Koller, 1998; Kendall-Tackett et al., 1993; Tyler). Entre as psicopatologias mais associadas ao ASI está o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; Paolucci et al., 2001). O diagnóstico de TEPT é realizado após a pessoa vivenciar, testemunhar ou ter sido confrontada com um ou mais eventos traumáticos (critério A1) e reagir com intenso medo, pavor ou comportamento de esQUIVA (critério A2). É caracterizado pela presença de três categorias de sintomas: (a) re-experiência intrusiva (critério B); (b) evitação e entorpecimento (critério C); e (c) excitabilidade fisiológica aumentada (critério D) (DSM-IV-TR, APA, 2002). Os sintomas devem estar presentes por um período superior a um mês (critério E), após a exposição ao evento traumático, estar interferindo em diferentes áreas do desenvolvimento infantil e provocar prejuízos no funcionamento cognitivo, emocional, social e acadêmico das crianças (critério F).

A prevalência do TEPT pode variar entre 20% a 70% dos casos de crianças vítimas de ASI (Nurcombe, 2000), sendo que seu diagnóstico foi encontrado em 36,3% dos casos no estudo de Ruggiero, McLeer e Dixon (2000). Estes dados se mostram relevantes quando comparados à prevalência da população geral, que varia entre 6% para os homens e 14% para as mulheres (Breslau, 2002). Destacam-se ainda elevadas taxas de comorbidade entre as vítimas com TEPT, em torno de 80% dos casos (Margis, 2003). Crianças vítimas de ASI com TEPT podem apresentar ainda alta frequência de outros Transtornos de Ansiedade, Transtornos de Humor, ideação suicida, Transtorno Psicótico Breve e TDAH (Famularo, Fenton, Kinscherff, & Augustyn, 1996). Todavia, tipo de abuso, duração, idade de início, vínculo com o abusador, presença de ameaça e coação e a exposição a múltiplos eventos estressores podem funcionar como variáveis mediadoras do impacto do abuso ao ajustamento psicológico da criança (Heller, Larrieu, D'Imperio, & Boris, 1999; Nurcombe, 2000). Além disso, pesquisas recentes apontam o contexto da revelação do abuso como um importante fator para os efeitos psicológicos do ASI (Elliott & Carnes, 2001; Jonzon & Lindblad, 2004). Particularmente, crianças que recebem suporte materno após a revelação do ASI tendem a apresentar um ajustamento psicológico mais adaptativo do que as

crianças sem suporte (DiLillo & Damashek, 2003; Pintello & Zuravin, 2001). Desta forma, o ASI pode ser considerado um evento traumático e um fator de risco para o desenvolvimento infantil.

A literatura tem apontado a presença de fatores de risco associada à ocorrência de ASI (Nurcombe, 2000; Putnam, 2003). Prematuridade ao nascimento, baixo nível educacional dos pais, número maior de filhos, pais separados, intergeracionalidade da violência, práticas disciplinares coercitivas, famílias “isoladas”, com uma pobre rede de apoio social, e a presença de alcoolismo e abuso de outras drogas têm sido considerados como fatores de risco (Flores & Caminha, 1994; Koller & De Antoni, 2004). Habigzang et al. (2005) indicam como principais fatores de risco para a família incestuosa a presença de padrastro, abuso de álcool ou drogas, desemprego, mãe passiva ou ausente, pais desocupados e cuidando dos filhos por longos períodos de tempo, dificuldades econômicas, violência doméstica e violência física conjugal.

Considerando tais aspectos, este estudo investigou as características do contexto do abuso e do contexto da revelação de casos de meninas vítimas de ASI, assim como a presença de sintomas emocionais e comportamentais, TEPT e comorbidades psiquiátricas nestas meninas. Além disso, foram investigados indicadores de risco à ocorrência do ASI presentes nas famílias das participantes.

Método

Participantes

Participaram deste estudo exploratório 16 meninas vítimas de abuso sexual intra e/ou extrafamiliar, com idades de sete anos e oito meses a 13 anos e seis meses ($M = 9,68$; $DP = 1,58$). As participantes tinham uma escolaridade média de terceira série do Ensino Fundamental, estudavam em escolas públicas e residiam em Porto Alegre (62,5%) ou municípios da região metropolitana (37,5%), do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. As participantes se encontravam em atendimento em três serviços públicos especializados a situações de maus-tratos infantis: um serviço interdisciplinar de triagem inicial e de notificação dos casos de abuso sexual; um serviço de atendimento psicológico às vítimas de violência (ambos pertencentes a um hospital público); e um centro de pesquisa e de atendimento psicológico para casos de abuso sexual num município da região metropolitana de Porto Alegre (RS, Brasil).

Foram utilizados como critérios de inclusão: ser vítima de abuso sexual intra ou extrafamiliar; o abuso ter ocorrido há mais de um mês; estar no máximo na segunda sessão

de avaliação psicológica e/ou atendimento psicoterápico; e contar com a presença de um familiar não-abusador ou cuidador legal, responsável pela participante, que participasse da pesquisa. A coleta de dados foi realizada, em todos os casos, num período entre um mês e quatro meses após a revelação do ASI. Nenhuma participante estava fazendo uso de medicação psicotrópica no período da coleta de dados.

Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados

Avaliação do ASI

Para este estudo foi adotada a definição de ASI proposta pela OMS (2004), que considera o abuso de forma ampla, incluindo contatos sexuais com e sem penetração. A entrevista de avaliação do abuso sexual com a criança foi realizada pela equipe técnica dos locais, por psicólogos e assistentes sociais, mediante denúncia policial e/ou no Conselho Tutelar. Após esta avaliação, a equipe e a pesquisadora realizavam discussão dos casos em que o ASI era confirmado, observando se os mesmos se enquadravam nos critérios de composição da amostra.

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada com a mãe e/ou cuidador responsável, de forma individual. Nesse sentido, indicadores sociodemográficos das participantes (idade, escolaridade, cidade de origem) e questões referentes à saúde mental (transtornos psiquiátricos e neurológicos, uso de medicações) foram abordados. Características do ASI (idade do primeiro episódio, tempo de exposição, presença de ameaça, proximidade afetiva com o abusador e encaminhamentos legais sobre o caso) e do contexto da revelação (para quem a criança revelou pela primeira vez o abuso, reação da família e presença de suporte familiar após a revelação) foram avaliadas. Ainda foi investigada a presença de indicadores de risco à ocorrência do ASI (intergeracionalidade do ASI, violência doméstica, abuso de substâncias pelos pais, transtornos psiquiátricos na família e separação dos pais) (Anexo A).

Avaliação clínica

Uma lista de sintomas foi elaborada, baseada nos sintomas revisados por Flores e Caminha (1994). Para cada sintoma, foi solicitada a mãe e/ou cuidador responsável responder afirmativa ou negativamente em relação a sua ocorrência (no segundo encontro). A lista de sintomas é parte integrante do Questionário de Saúde (item 4, Anexo A).

Para avaliar o diagnóstico de TEPT foi aplicada a versão brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children, Kiddie – Sads* (K-SADS-PL; Brasil, 2003; Kaufman et al., 1997), que consiste em uma entrevista clínica diagnóstica, baseada nos critérios do DSM-IV, para verificar e registrar episódios psicopatológicos, passados ou correntes em crianças e adolescentes. A versão brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Epidemiological version for School-Age* (K-SADS-E; Mercadante et al., 1995), baseada no DSM-III, foi utilizada para a avaliação das comorbidades psiquiátricas. A aplicação destes instrumentos foi realizada com a mãe e/ou cuidador responsável. Com as meninas foram aplicados apenas os critérios de TEPT, propostos pelo K-SADS-PL, em uma entrevista individual. Ainda, a “Entrevista Exclusiva com os Pais” (Anexo B), parte integrante da K-SADS-E, foi aplicada como instrumento de avaliação do desenvolvimento inicial da criança.

Questões Éticas

Este estudo foi submetido e aprovado junto aos Comitês de Ética do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), obtido junto aos pais e/ou responsáveis legais pelas meninas, atendendo à Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia e a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. Não foi realizada nenhuma entrevista a fim de abordar as características do ASI, diretamente com a criança, buscando evitar dano psicológico diante de um novo relato da menina sobre esta experiência e/ou de revitimizá-la.

Critérios de Análise dos Dados

Os dados foram analisados qualitativa e quantitativamente. A análise de conteúdo (Bardin, 1977) das entrevistas semi-estruturadas permitiu a descrição do contexto do abuso e do contexto da revelação, além de verificar a presença de indicadores de risco nas famílias. A presença de sintomas e o diagnóstico de TEPT foram avaliados a partir da entrevista clínica e do K-SADS, além da lista de sintomas (Flores & Caminha, 1994). No K-SADS, para avaliação do TEPT, foram considerados dois critérios: (1) a presença de diagnóstico atual do transtorno, sendo que se optou em estabelecer a data do último abuso sexual sofrido como ponto de corte; e (2) presença de TEPT no momento passado, que se refere à etapa anterior ao abuso. Para as comorbidades psiquiátricas também foi avaliado o tempo presente e passado através dos critérios diagnósticos (K-SADS-E). Os dados

quantitativos foram analisados através do programa *SPSS for Windows* (versão 13.0), através de procedimentos descritivos e cálculo de frequência para as variáveis de interesse.

Resultados

Foram construídas quatro categorias descritivas, a partir dos dados apontados na entrevista semi-estruturada, na lista de sintomas e na entrevista clínica (K-SADS): Contexto do Abuso, Contexto da Revelação, Sintomatologia e TEPT e Indicadores de Risco para os casos de meninas vítimas de ASI. Os resultados serão apresentados de acordo com estas categorias.

Contexto do Abuso

Esta categoria envolve as características da situação abusiva, descrevendo o contexto onde esta ocorreu, os abusadores, o tipo, a idade de início, a duração e a presença de ameaças. Em 87,5% dos casos, o ASI foi perpetrado por alguma pessoa afetivamente próxima às meninas, sendo que os principais abusadores identificados foram: padrasto (25%), tio (25%), avô (18,8%), pai (12,5%) e primo (6,3%). Em um caso, a menina foi violentada por um tio paterno e por um vizinho. Dos 16 casos, apenas um se refere a abuso extrafamiliar (um vizinho).

A idade de início do ASI variou entre três anos e 13 anos ($M = 7,16$ anos; $DP = 2,35$ anos) e o tempo de duração variou entre episódio único e quatro anos ($M = 1,13$ anos; $DP = 1,14$ anos). O tipo de ASI identificado nos casos estudados variou de toques e carícias (43,8%) à penetração vaginal, anal e oral (56,3%). Ressalta-se que em muitos casos houve uma sobreposição destas práticas sexuais, e um agravamento do tipo de abuso ao longo do tempo, isto é, inicialmente com toques e carícias até o abuso com intercursos completos.

Foi observada a presença de ameaças em 50% dos casos e do uso de recompensas por parte do abusador (dinheiro, presentes, balas, retirar filme na locadora) em 25% dos casos. De um modo geral, ameaças de morte (à menina, à mãe ou a outro familiar), desqualificação do relato da menina (“*se tu contar ninguém vai acreditar em ti*”) e a presença de um contexto de terror (amordaçar a boca da menina para ela não gritar, deixar uma arma próxima à cama, enquanto abusava da menina, ou ainda “*eles vão tirar você da tua mãe e levar para um abrigo*”) caracterizavam os episódios de abuso, fazendo com que o segredo se mantivesse ao longo do tempo.

Contexto da revelação

Esta categoria aponta características presentes no momento da revelação do ASI, enfocando as estratégias utilizadas pelas meninas, a primeira pessoa a tomar conhecimento do fato e a reação da família (principalmente da mãe). Diferentes maneiras foram encontradas pelas meninas para revelarem as situações abusivas, tais como relato oral ou escrito, bem como comportamento de fuga da casa. De um modo geral, as meninas revelaram o abuso a uma figura afetiva, na maioria das vezes a própria mãe e avós. Em 56% dos casos, a mãe foi a primeira pessoa a tomar conhecimento do abuso. Diante deste fato, foram constatados dois tipos de comportamento: (a) em 62,5% dos casos (n=10) as mães acreditaram no relato de suas filhas e promoveram ações protetivas, bem como realizaram denúncia em algum órgão institucional competente (delegacia, conselho tutelar e hospital); e (b) 37,5% dos casos (n=6) apresentaram sentimentos de ambivalência e de descrédito frente ao relato das filhas, não providenciaram suporte de proteção e/ou buscaram preservar o vínculo afetivo com o suposto abusador. Nestes seis casos, as meninas foram encaminhadas à rede de proteção por outros familiares, em geral, pela avó e ou pelos tios que acreditaram em seus relatos.

Sintomatologia e TEPT

Esta categoria diz respeito à sintomatologia observada no comportamento das meninas deste estudo. Além disso, refere-se ao diagnóstico de TEPT e demais comorbidades de transtornos psicológicos, avaliados pela entrevista clínica K-SADS-PL. Entre os principais sintomas observados estão: (a) dificuldade de concentração (68,8%); (b) medos (62,5%); (c) choro freqüente (56,3%); (d) pesadelos (43,8%); (e) comportamento sexualizado (43,8%); e (f) enurese (43,8%).

O diagnóstico atual de TEPT foi observado em 10 dos 16 casos investigados (62,5%). A presença de sintomas de TEPT foi encontrada em todas as participantes, apesar de que em seis casos não preencheram os critérios diagnósticos do DSM-IV. Todavia, estas participantes apresentaram elevados sintomas, o que poderia ser descrito como TEPT parcial. Em apenas um caso foi observada a presença de TEPT no momento passado da história de vida da menina, provavelmente relacionada à violência física sofrida e ao testemunho de violência doméstica.

A análise da freqüência dos sintomas de TEPT atual, conforme as três categorias do transtorno do DSM-IV (revivência, evitação e hiperexcitabilidade fisiológica), apontou que a excitabilidade fisiológica aumentada (Critério D), particularmente sintomas de insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração e hipervigilância, foi mais prevalente neste

grupo de meninas ($M = 3,50$; $DP = 1,83$). A média do critério de revivência (Critério B) foi de 2,5 sintomas ($DP = 1,00$) e do critério de evitação e entorpecimento (Critério C) foi de 2,7 sintomas ($DP = 1,10$).

Ainda, foi identificada a presença das seguintes comorbidades psiquiátricas ao TEPT, no momento atual da vida das participantes: Transtorno de Ansiedade de Separação ($n=4$), Transtorno de Ansiedade Generalizada ($n=5$), Depressão Maior ($n=4$), Distímia ($n=3$), Fobia Social ($n=2$) e TDAH ($n=1$). Dois casos apresentavam Transtorno de Ansiedade de Separação no momento passado.

Indicadores de Risco na Família

Esta categoria envolve a presença de indicadores de risco na família associada à ocorrência do ASI. Em quatro casos foi observada a *intergeracionalidade* do ASI, pois as mães destas meninas também tinham história de abuso sexual na infância. Em todos os casos, os abusadores das filhas eram os mesmos das mães, e eram pessoas da família. Particularmente, num caso a idade de início do abuso (da mãe e de suas duas filhas) foi aos sete anos de idade e a forma como estes ocorreram foram muito semelhantes. O abuso sexual foi perpetrado pelo mesmo abusador nestas duas gerações de vítimas. A história de vida destas mães ainda foi caracterizada pela presença de outras formas de violência, incluindo *abuso físico e abandono* ($n=10$), indicando a intergeracionalidade da violência e a presença de uma dinâmica violenta nas famílias com histórias de ASI. Ainda observou-se a presença de *conflitos conjugais* ($n=5$), entre os pais e/ou mãe e companheiro, destas meninas, principalmente devido as constantes agressões físicas e verbais. *Pais com algum transtorno psiquiátrico* ($n=9$), principalmente Transtornos de Humor, de Ansiedade e Psicose, bem como o *uso de álcool e drogas* ($n=5$). A trajetória de vida das meninas foi caracterizada por *rupturas de vínculos afetivos*, seja pelo rompimento do contato emocional com a figura de cuidado ($n=3$), pela separação dos pais ($n=5$) ou pela morte de um dos pais ($n=4$). Também foi observado que as meninas foram expostas a *outros tipos de maus-tratos*, incluindo abuso físico, psicológico, negligência e abandono ($n=11$).

Discussão

Este estudo apontou as características do contexto e da revelação de casos de meninas vítimas de ASI, bem como sintomas emocionais e comportamentais associados a sua ocorrência. Além disso, investigou a presença de indicadores de risco na família que podem aumentar a vulnerabilidade da criança ao ASI.

Em relação ao contexto do abuso, observou-se que a maioria dos casos de ASI ocorreu dentro da própria família (87,5%), o que pode indicar que este é o principal contexto de ocorrência de ASI, corroborando os resultados de outros estudos (Habigzang et al., 2005). A exposição ao ASI intrafamiliar pode ser ainda mais prejudicial à criança vitimada, pois envolve quebra de confiança com as figuras parentais e/ou de cuidado, que, a princípio, deveriam promover segurança, conforto e bem-estar psicológico (De Antoni & Koller, 2002).

Foram também observadas a presença de ameaças e a pouca idade das vítimas, nos episódios de ASI avaliados. De acordo com Araújo (2002), estes fatores tornam mais difícil para a criança conseguir revelar a situação abusiva, pelo medo de ser desacreditada, punida e/ou afastada de casa. Para Kellogg e Menard (2003), medo do abusador, medo de provocar confusão, de não acreditarem em seu relato, medo dos efeitos na família e no que pode acontecer ao abusador são as razões mais frequentes para que as crianças não revelem o abuso. A idade precoce de início do abuso, observada nos casos estudados, pode ter contribuído para uma maior duração do ASI (de até quatro anos). Crianças menores podem ter mais dificuldade em compreender a situação abusiva em que são introduzidas pelo adulto perpetrador, devido à imaturidade emocional da criança e à presença de atos menos severos e intrusivos (Pfeiffer & Salvagni, 2006). Os abusos mais severos, em geral, ocorrem quando o abusador já conseguiu envolver a criança dentro de seu jogo de sedução e coação (Araújo; Habigzang et al., 2005).

Os achados deste estudo indicam que a maioria das mães acreditou no relato de suas filhas. Tal resultado corrobora a preposição de que as mães não-abusivas frequentemente acreditam no relato das crianças frente à revelação do ASI (Elliott & Carnes, 2001; Jonzon & Lindblad, 2004). Ressaltando este ponto, Pintello e Zuravin (2001) argumentam que dois componentes são importantes para o suporte materno, após a revelação do ASI: (a) acreditar no relato da criança; e (b) providenciar ações de proteção. Estes componentes, apesar de serem complementares, são independentes. Além disso, a presença de uma história de vida marcada por um padrão de abandono e negligência, na família de origem da mãe; a falta de suporte familiar após a revelação, o abuso de substâncias pela mãe e a dependência financeira dos companheiros abusadores são considerados preditores para a falta de suporte materno nas situações de ASI (Elliott & Carnes; Leifer, Kilbane, & Grossman, 2001). Ainda o suporte materno pode ser um importante fator de proteção no bem estar psicológico das crianças vítimas de ASI (DiLillo & Damashek, 2003; Pintello & Zuravin, 2001).

Uma variedade de sintomas clínicos, incluindo medo, choro, comportamento sexualizado e enurese, foi observada nos casos investigados. Estudos anteriores dos efeitos do ASI no desenvolvimento infantil destacaram a presença destes sintomas como as principais alterações emocionais e comportamentais de crianças abusadas sexualmente (Kendall-Tackett et al., 1993; Tyler, 2002). Estes dados podem fornecer elementos importantes à avaliação de casos e/ou suspeitas de abuso, indicando que a presença deste quadro sintomatológico pode ser um forte indicativo de ASI. Todavia, a heterogeneidade dos sintomas e as psicopatologias em crianças vítimas de abuso sexual impedem uma visão simplista do tipo causa-efeito (Putnam, 2003). A literatura sobre as conseqüências do ASI direciona seus principais achados ao Modelo Multifacetado do Trauma (Kendall-Tackett et al.), indicando que a variedade de resultados negativos ao desenvolvimento seria mais apropriada do que uma síndrome específica do ASI (Paolucci et al., 2001; Tyler).

Particularmente, uma alta manifestação de TEPT foi encontrada nos casos investigados (62,5%), com um predomínio maior dos sintomas do critério D. Este resultado suporta a evidência de que o TEPT pode ser descrito como a psicopatologia mais freqüentemente associada aos casos de ASI (Ackerman et al., 1998; Kendall-Tackett et al., 1993; Ruggiero et al., 2000). Pode-se então sugerir que os sintomas do critério D são um componente central do TEPT, uma vez que estes podem estar associados à avaliação cognitiva constante de perigo, fazendo com que a vítima mantenha-se em alerta aos estímulos do ambiente. Apesar disso, não está claro se maior excitabilidade fisiológica é uma evidência de TEPT ou se faz parte de outros quadros psicopatológicos (Kendall-Tackett et al.). Desta forma, estudos indicam a necessidade de uma maior discussão sobre a sobreposição de sintomas de TEPT, como, por exemplo, do critério D em outros transtornos, o que poderia prejudicar a validade descritiva do quadro (Breslau, 2002; Câmara Filho & Sougey, 2001).

Alta comorbidade do TEPT foi encontrada nos casos investigados, sendo que outros Transtornos de Ansiedade, Transtornos de Humor e TDAH também foram observados (Ackerman et al., 1998; Famularo et al., 1996). Estudos ainda indicam uma prevalência maior de transtornos internalizantes (Ansiedade e Depressão) em meninas e mulheres vítimas de ASI (Briere & Elliott, 2003; MacMillan et al., 2001), o que poderia estar associado à atribuição interna de culpa e vergonha (Banyard, Williams, & Siegel, 2004). Nesse sentido, pode-se compreender que o TEPT é um fator de risco para diferentes psicopatologias, e a presença de comorbidades pode cronificar um resultado negativo ao desenvolvimento.

Indicadores de risco na família, incluindo intergeracionalidade do ASI, conflitos conjugais, doença mental em um dos pais e uso de álcool e drogas, foram apontados neste estudo. Famílias incestuosas frequentemente são caracterizadas pela presença de pobre estilo parental, história de doença mental, abuso de substâncias, intergeracionalidade e multidirecionalidade da violência doméstica (Dixon, Hamilton-Giachritsis, & Browne, 2005; Hanson et al., 2006; Koller & De Antoni, 2004). Estudo de revisão sobre os indicadores de risco apontou, entre outros aspectos, que (a) a reprodução das experiências de violência na infância; e (b) a presença de conflitos familiares e uso de álcool como importantes variáveis explicativas para a ocorrência de maus-tratos infantis (Gomes, Deslandes, Veiga, Bhering, & Santos, 2002).

Ressalta-se a importância de analisar os fatores de risco intrafamiliares dentro de uma perspectiva mais compreensiva, a qual inclua os demais contextos de desenvolvimento humano, nos casos de trauma na infância (Zavaschi et al., 2006). A interação de fatores de risco e de proteção pode contribuir para uma maior vulnerabilidade individual, familiar e social ou para um processo de resiliência⁵, mesmo diante de um contexto de adversidades (Koller & De Antoni, 2004). Nesse sentido, a falta de fatores de proteção poderia ser mais importante para a ocorrência de ASI, em famílias violentas, do que a presença de fatores de risco (Hanson et al., 2006).

A quebra de vínculos afetivos na infância, observada nos casos investigados, pode ter contribuído para a ocorrência do ASI. Em decorrência destas rupturas, as meninas foram expostas a um risco maior para a ocorrência do ASI, seja pela entrada de um novo companheiro da mãe (com comportamento violento) no ambiente familiar, por ficarem mais horas sob os cuidados do pai ou ainda por serem cuidadas por outros familiares e/ou por uma família substituta, que não as protegeram. De acordo com Cicchetti e Toth (2005), crianças vítimas de ASI podem apresentar dificuldade na regulação do afeto e no estabelecimento de relações de apego seguro. Nesse sentido, estas crianças tendem a desenvolver apego ansioso e evitativo, devido à interação afetiva ambivalente estabelecida com seus cuidadores (Alexander et al., 1998). Este modelo interno de funcionamento pode estar presente nas relações interpessoais estabelecidas na adolescência e na vida adulta, o que pode contribuir para a revitimização ou ainda para a intergeracionalidade do ciclo de violência intrafamiliar (Banyard et al., 2004; DiLillo & Damashek, 2003). Em

⁵ Uma definição atual caracteriza a resiliência como um processo dinâmico que abrange adaptação positiva dentro de um contexto de significativa adversidade (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Os processos de resiliência devem ser contextualizados a partir da interação entre os fatores de risco e proteção (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004).

contrapartida, a presença de apego seguro pode ser caracterizada como um fator de proteção, fortalecendo uma adaptação mais positiva (Heller et al., 1999).

Considerações Finais

Os resultados deste estudo indicam que o ASI é um fator de risco para uma variedade de conseqüências emocionais e comportamentais. Dificuldade de concentração, medos, choro freqüente, pesadelos, comportamento sexualizado e enurese podem ser considerados sintomas de ASI e, nesse sentido, ser investigados na perícia psíquica destes casos. Uma alta manifestação de TEPT foi encontrada nesta amostra, suportando a evidência de que este é o transtorno mental mais comumente encontrado em vítimas de ASI. Ressalta-se, contudo, que algumas crianças não desenvolvem psicopatologias. Na mediação do impacto do ASI, variáveis da criança, do contexto familiar e social podem se constituir como fatores de proteção e, desta forma, podem mitigar os efeitos negativos da violência, possibilitando uma adaptação mais positiva.

Algumas limitações metodológicas podem ser destacadas no presente estudo. O número pequeno de participantes, a escolha da amostra por conveniência e a característica de ser um estudo transversal não possibilitam uma maior generalização dos resultados. Nesse sentido, novos estudos com um número maior de participantes, com amostra randomizada e acompanhamento longitudinal podem fornecer conhecimento específico da evolução e/ou remissão dos sintomas. Destaca-se ainda que os sintomas observados nestas meninas foram avaliados através de informações da mãe e/ou cuidador responsável. Pine e Cohen (2002) ressaltam que uma maior valorização dos sintomas e conseqüências pode ser observada pelos pais devido a seu próprio sofrimento psíquico diante da revelação do abuso sexual sofrido pelas suas filhas e, portanto, as respostas dadas por estes podem estar enviesadas. Finalmente, pesquisas com meninos vítimas de ASI também podem contribuir para uma maior discussão sobre a variável gênero nestes casos, uma vez que diferenças e similaridades têm sido citadas na literatura sobre as características do abuso e de suas conseqüências (Banyard et al., 2004).

Os indicadores de risco à ocorrência do ASI, aqui identificados, devem ser compreendidos dentro de uma perspectiva dinâmica e complexa, sem uma visão reducionista. No entanto, a identificação destes indicadores pode direcionar trabalhos de intervenção junto a esta população. Nesse sentido, destaca-se que o foco do atendimento psicológico a crianças vítimas de ASI não deve ser apenas a criança, mas também sua família. Sugere-se, ainda, o fortalecimento de fatores de proteção, tais como, os vínculos

afetivos com um cuidador não abusador e a ampliação da rede de apoio social destas famílias, que possam atuar como mediadores do impacto da situação de abuso vivenciada.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

Este trabalho investigou as relações entre fatores cognitivos e emocionais, TEPT e a exposição ao ASI. Buscou, ainda, avaliar a presença de TEPT e de indicadores de risco nas famílias destas participantes. Os dados sociodemográficos deste estudo apontaram uma predominância do ASI intrafamiliar, corroborando estudos que indicam que, na maioria dos casos, os abusos ocorrem dentro da própria família da vítima, por pessoas afetivamente próximas, que exercem alguma forma de poder e de cuidado (De Antoni & Koller, 2002; Pfeiffer & Salvagni, 2006). Nos casos estudados, todos os abusadores foram homens, entre eles o padrasto, o pai, o tio, o avô ou o primo da criança.

A presença de indicadores de risco na família à ocorrência de ASI foi avaliada nesta pesquisa. Observou-se uma alta incidência da intergeracionalidade da violência, de conflitos conjugais, de doença mental e do uso de álcool e drogas em um dos pais, bem como quebra de vínculos afetivos na infância precoce nos casos investigados. Estes fatores têm sido associados a um aumento da vulnerabilidade familiar à ocorrência do ASI (Dixon et al., 2005; Koller & De Antoni, 2004), embora não exerçam um papel de causa-efeito direto. Contudo, a sobreposição de fatores de risco e a falta de fatores de proteção, em famílias violentas, pode ser um indicativo importante para a ocorrência de ASI (Hanson et al., 2006; Pears & Capaldi, 2001). A presença desses indicadores de risco exemplifica a complexidade deste fenômeno e reforça a necessidade dos profissionais que atuam com esta população terem uma visão ampla, incluindo uma perspectiva interacionista dos contextos de desenvolvimento humano. A criança vítima e sua família encontram-se inseridos num contexto maior de desenvolvimento, onde a presença de fatores de risco e de proteção pode aumentar ou diminuir a vulnerabilidade familiar para um desfecho violento ou de proteção. O fortalecimento de fatores de proteção às famílias com estes indicadores de risco pode minimizar a ocorrência de ASI e seus efeitos.

Uma variedade de conseqüências emocionais e comportamentais em casos de meninas vítimas de ASI foi encontrada neste estudo. Dificuldade de concentração, medos, choro, pesadelos, comportamento sexualizado e enurese foram sintomas observados nos casos investigados. Além disso, uma alta manifestação de TEPT e comorbidade psiquiátrica (Transtornos de Ansiedade e Depressão) também foi encontrada nesta pesquisa. Estes resultados reforçam a evidência de múltiplas conseqüências emocionais e comportamentais associadas ao ASI (Amazarray & Koller, 1998; Nurcombe, 2000; Tyler,

2002), apoiando o Modelo Multifacetado do Trauma (Kendall-Tackett et al., 1993) e sugerindo que não há uma síndrome específica do ASI, mas sim uma heterogeneidade de sintomas.

Em relação ao TEPT, os resultados dos dois estudos empíricos apontaram que 66,6% (capítulo III) e 62,5% (capítulo IV) das meninas vítimas de ASI apresentavam o diagnóstico de TEPT. Este dado é superior ao de outro estudo (Ruggiero et al., 2000), com crianças vítimas de abuso sexual (36,3%), porém dentro do intervalo de 20% a 70% sugerido por Nurcombe (2000). Este resultado suporta a evidência de que o TEPT é a psicopatologia mais frequentemente associada ao ASI (Ackerman et al., 1998; Kendall-Tackett et al., 1993; Paolucci et al., 2001), embora não esteja presente em todos os casos. Ressalta-se, porém, que alta manifestação deste transtorno é esperada em amostras clínicas (Horner & Hamner, 2002) e em pesquisas que utilizam entrevistas clínicas estruturadas, através do modelo diagnóstico do DSM-IV, com pais e crianças traumatizadas (Pine, 2003; Scheeringa, Wright, Hunt, & Zeanah, 2006). Destaca-se que a amostra deste estudo foi composta por meninas vítimas de ASI que se encontravam em atendimento junto a serviços hospitalares, constituindo-se, portanto, em uma amostra clínica.

Também foi observado um predomínio dos sintomas do Critério D do TEPT, referente aos sintomas de excitabilidade fisiológica aumentada (dificuldade de concentração, hipervigilância, resposta exagerada de sobressalto e resposta autônoma a lembranças traumáticas), nas participantes. Este dado é semelhante ao estudo de Habigzang (2006), que ao avaliar a presença de TEPT em meninas vítimas de ASI observou uma alta frequência dos sintomas do Critério D. Desta forma, sugere-se uma maior atenção aos sintomas de excitabilidade fisiológica aumentada no diagnóstico do TEPT em crianças vítimas de ASI. Se, por um lado, os sintomas do critério D parecem se manter constantes ao longo da infância e adolescência, aumentando a validade do diagnóstico do TEPT (Scheeringa et al., 2006), por outro lado, a sobreposição dos sintomas de TEPT (entre eles do Critério D) em outros transtornos mentais deve ser avaliada cuidadosamente, para evitar dificuldades no estabelecimento do diagnóstico (Breslau, 2002; Câmara Filho & Sougey, 2001).

No que se refere às conseqüências cognitivas, apesar de não ter sido encontrado nenhum prejuízo nas funções cognitivas avaliadas, foi observado um maior número de erros e maior amplitude de oscilação da atenção visual concentrada em meninas vítimas de ASI. Além disso, embora não tenha sido encontrada uma associação entre o diagnóstico de TEPT atual e o desempenho nas tarefas cognitivas, foi encontrada correlação significativa entre os sintomas do Critério B (revivência) e os sintomas do Critério C (evitação) do

TEPT e um maior número de erros no Teste d2 (linhas 1 a 4). Pesquisas neurobiológicas e neuropsicológicas do TEPT sugerem que as memórias intrusivas do trauma são acompanhadas de altos níveis de excitabilidade fisiológica, as quais ativam o hipocampo, a amígdala, o lobo temporal inferior, o córtex pré-frontal (CPF) e o eixo HHA (Elzinga & Bremner, 2002; Pine, 2003). Falhas na inibição dos estímulos cognitivos, baixa capacidade de inibição emocional, maior presença de lembranças intrusivas e déficits de atenção sustentada foram relacionadas aos prejuízos no funcionamento do CPF em casos de TEPT (Elzinga & Bremner). Nesse sentido, uma maior investigação sobre prejuízos estruturais e funcionais das áreas cerebrais envolvidas no processamento da memória traumática e nas respostas de medo pode fortalecer a interação entre trauma e psicopatologias (Golier & Yehuda, 1998; Pine, 2003). Da mesma forma, a interação das pesquisas clínicas e experimentais sobre a psicobiologia do estresse pode proporcionar uma maior compreensão sobre o impacto do trauma no neurodesenvolvimento.

A partir dos resultados, sugere-se uma maior aproximação entre os aspectos teóricos da neuroplasticidade e da resiliência pode permitir uma maior compreensão do *porquê* algumas crianças vítimas de ASI não sucumbem aos efeitos negativos do trauma e, ao contrário, conseguem apresentar uma adaptação positiva (Borges, Kristensen, & Dell’Aglia, 2006). A neuroplasticidade, então poderia ser o conteúdo neurobiológico da resiliência. Nesse sentido, as modificações dos sistemas neurais da resposta biológica do estresse são resultantes da capacidade do cérebro de se organizar em uma forma dependente de experiência (do contexto neurodesenvolvimental) e, como resultado, as manifestações patológicas, como o TEPT, poderiam, então, ser consideradas exemplos de neuroplasticidade desadaptativa.

Diante dos resultados deste trabalho, pode-se concluir que, uma criança vítima de abuso sexual encontra-se em uma situação de risco psicossocial, demandando intervenções legais, psicoterapêuticas e de proteção, como já apontaram Amazarray e Koller (1998). Para Vasconcelos e Figaro-Garcia (2004), a atuação dos profissionais da rede de serviço de saúde a vítimas de violência deve ajudar as pessoas a saírem ou interromperem o ciclo de violência no qual estão inseridas. O fornecimento de suporte psíquico nestes casos pode contribuir para diminuir os efeitos psicossociais que a violência sexual produz nas crianças, nos adolescentes e nas famílias. Nesse sentido, esses serviços de saúde podem funcionar como uma rede de apoio social a essas famílias, que muitas vezes encontram-se fragilizadas. O apoio social proporciona reforço a estratégias de enfrentamento e ambiente acolhedor (Brito & Koller, 1999) e tem sido descrito como um mediador frente aos casos de ASI (Steel, Sanna, Hammond, Whipple, & Cross, 2004).

Algumas limitações podem ser destacadas neste estudo. A primeira refere-se a dificuldade de acessar casos de crianças vítimas de ASI e suas famílias. Embora se observe um número crescente de denúncias e de atendimentos nos serviços especializados, poucas famílias concordaram em participar do estudo. Por ser um tema complexo e gerador de grande sofrimento emocional, compreende-se os motivos que levam as famílias a rejeitarem a participação em pesquisas. Ainda, diferentes fatores socioeconômicos (desemprego, dificuldade de transporte, doenças na família) interferiram no acesso destas famílias à pesquisa. Nesse sentido, o tamanho pequeno e a especificidade da amostra (contexto clínico) restringem a possibilidade de generalização dos resultados encontrados.

A segunda limitação diz respeito à falta de instrumentos neuropsicológicos válidos e adaptados, em nosso país, para a faixa etária das meninas (entre oito e 13 anos de idade), que avaliem as variáveis de interesse (memória, atenção e flexibilidade cognitiva). Alguns dos instrumentos utilizados neste estudo foram adaptados, embora ainda não exista uma padronização e normatização para o seu uso. Assim, destaca-se a necessidade de estudos que visem construir e adaptar instrumentos psicológicos para a população infantil, no Brasil, especialmente para avaliação do desenvolvimento em situação de risco. Ainda, considera-se que a falta de sensibilidade dos instrumentos neuropsicológicos pode ter contribuído na falta de diferença significativa entre os grupos, quanto a avaliação neuropsicológica do TEPT.

A terceira limitação refere-se ao delineamento adotado: um estudo transversal, como foi realizado, não permite a avaliação de variáveis da criança e da família no momento anterior ao abuso e nem de reações tardias, que poderiam contribuir para uma investigação mais ampla das conseqüências cognitivas e emocionais no pós-trauma. Embora, tenha-se buscado controlar algumas variáveis (por exemplo, tempo da entrevista após a denúncia e a presença de um familiar não-abusivo que acompanhasse a pesquisa), é possível que variáveis de interferência estejam afetando os resultados encontrados. Sugere-se que futuras pesquisas sobre o impacto do ASI no desenvolvimento infantil possam adotar um delineamento longitudinal na investigação dos efeitos, tanto a curto quanto a longo prazo, do ASI no desenvolvimento (adolescência e adultez).

O ASI, portanto, consiste em um fator de risco importante ao desenvolvimento infantil e deve ser mais investigado, abrangendo causas, conseqüências e formas de atendimento às vítimas e seus familiares. Uma variedade de conseqüências cognitivas e emocionais tem sido associada a sua ocorrência, indicando a necessidade de serviços qualificados, que possam contribuir para um melhor ajustamento psicológico destas crianças e adolescentes. Além disso, acredita-se que intervenções precoces e o

fortalecimento de fatores de proteção, especialmente nas famílias, podem potencializar processos de resiliência e maior capacidade de enfrentamento destas situações. Nesse sentido, políticas públicas de prevenção e de atenção às vítimas e suas famílias são necessárias ao enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759-774.
- Alexander, K. W., Quas, J. A., Goodman, G. S., Ghetti, S., Edelstein, R. S., Redlich, A. D., et al. (2005). Traumatic impact predicts long-term memory for documented child sexual abuse. *Psychological Science*, 16(1), 33-40.
- Alexander, P. C., Anderson, C. L., Brand, B., Schaeffer, C. M., Grelling, B. Z., & Kretz, L. (1998). Adult attachment and longterm effects in survivors of incest. *Child Abuse & Neglect*, 22(1), 45-61.
- Amazarray, M. R., & Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(3), 559-578.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed. revised). Washington, DC: APA.
- Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child Neuropsychology*, 8(2), 71-82.
- Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7(2), 3-11.
- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) (2003). *Relatório anual do sistema nacional de combate à exploração sexual infanto-juvenil*. Rio de Janeiro: ABRAPIA.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9(3), 223-238.
- Bardin, L. (1977). *A análise de conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Beckham, J. C., Crawford, A. L., & Feldman, M. E. (1998). Trail Making Test performance in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 811-819.
- Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal Psychiatry*, 159(3), 483-486.
- Berlim, M., Perizzolo, J., & Fleck, M. P. A. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Supl I), 51-54.

- Borges, J. L., Kristensen, C. H., & Dell’Aglío, D. D. (2006). Neuroplasticidade e resiliência em crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. In D. D. Dell’Aglío, S. H. Koller, & M. A. M. Yunes (Eds.), *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção* (pp. 259-283). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brasil, H. H. A. (2003). *Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version) e estudo de suas propriedades psicométricas*. Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: USP.
- Bremner, J. D. (1999). Does stress damage the brain? *Biological Psychiatry*, 45(7), 797-805.
- Bremner, J. D., & Narayan, M. (1998). The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: Implications for childhood development and aging. *Development and Psychopathology*, 10(4), 871-885.
- Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., et al. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse – A preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41(1), 23-32.
- Bremner, J. D., & Vermetten, E. (2001). Stress and development: Behavioral and biological consequences. *Development and Psychopathology*, 13(3), 473-489.
- Bremner, J. D., Vermetten, E., Afzal, N., & Wythilingam, M. (2004). Deficits in verbal declarative memory function in women with childhood sexual abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(10), 643-649.
- Bremner, J. D., Wythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T., Nazeer, A., et al. (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 924-932.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 923-929.
- Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50(9), 699-704.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-Major depression connection. *Biological Psychiatry*, 48(9), 902-909.

- Brickenkamp, R. (2000). *Teste d2 de Atenção Concentrada: Manual, instruções, avaliação e interpretação*. São Paulo: CETEPP.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Brito, R. C., & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetiva. In A. M. Carvalho (Ed.), *O mundo social da criança: Natureza e cultura em ação* (pp. 115-129). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bryant, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 53(9), 789-795.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Neill, T. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1041-1065.
- Burnand, G. (2002). Hemisphere specialization as an aid in early infancy. *Neuropsychology Review*, 12(4), 233-251.
- Câmara Filho, J. W. S., & Sougey, E. B. (2001). Transtorno de estresse pós-traumático: Formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 221-228.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Eliez, S., Patwardhan, A., Brown, W., Ray, R. D., & Reiss, A. L. (2001). Attenuation of frontal asymmetry in pediatric posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 50(12), 943-951.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(Volume publication date April 2005), 409-438.
- Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(1), 47-52.
- Cortes, A. M., Saltzman, K. M., Weems, C. F., Regnault, H. P., Reiss, A. L., & Carrion, V. G. (2005). Development of anxiety disorders in a traumatized pediatric population: A preliminary longitudinal evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 29(8), 905-914.
- Costa, D. I., Azambuja, L. S., Portuguez, M. W., & Costa, J. C. (2004). Avaliação neuropsicológica da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2 Supl), 111-116.
- Cunha, J. A. (Org.) (2000). *Psicodiagnóstico V* (5ª. ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Danckwerts, A., & Leathem, J. (2003). Questioning the link between PTSD and cognitive dysfunction. *Neuropsychology Review*, 13(4), 221-234.
- De Antoni, C., & Koller, S. H. (2000). Vulnerabilidade e resiliência familiar: Um estudo com adolescentes que sofreram maus-tratos intrafamiliares. *Psico*, 31(1), 39-66.

- De Antoni, C., & Koller, S. H. (2002). Violência doméstica e comunitária. In M. L. F. Contini, S. H. Koller, & M. N. S. Barros (Eds.), *Adolescência e psicologia: Concepções, práticas e reflexões críticas* (pp. 85-91). Rio de Janeiro: CFP.
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Developmental and Psychopathology, 13*(3), 539-564.
- De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment, 10*(2), 150-172.
- De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., et al. (1999). Developmental traumatology part I: Biological stress systems. *Biological Psychiatry, 45*(10), 1259-1270.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B.; Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., et al. (1999). Developmental traumatology part II: Brain development. *Biological Psychiatry, 45*(10), 1271-1284.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Frustaci, K., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S. R., & Hall, J. (2002). Superior temporal gyrus volumes in maltreated children and adolescents with PTSD. *Biological Psychiatry, 51*(7), 544-552.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S. R., Hall, J., & Moritz, G. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: A sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry, 52*(11), 1066-1078.
- DiLillo, D., & Damashek, A. (2003). Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreatment, 8*(4), 319-333.
- Dixon, L., Hamilton-Giachritsis, C., & Browne, K. (2005). Attributions and behaviours of parents abused as children: A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (part II). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(1), 58-68.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319-345.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behavior Research and Therapy, 41*(1), 1-10. ,
- Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment, 6*(4), 314-331.

- Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2002). Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? *Journal of Affective Disorders*, 70(1), 1-17.
- Emerson, C. S., Mollet, G. A., & Harrison, D. W. (2005). Anxious-depression in boys: An evaluation of executive functioning. *Archives Clinical of Neuropsychology*, 20(4), 539-546.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 20(10), 953-961.
- Figueiredo, V. L. M. (2002). *Escala de inteligência Wechsler para crianças (WISC-III). Adaptação e padronização brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Flores, R. Z., & Caminha, R. M. (1994). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 16(2), 158-167.
- Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar – Manejo, terapia e intervenção legal integrados*. Porto Alegre: ArtMed.
- Garbarino, J., Kostelny, K., & Dubrow, N. (1991). What children can tell us about living in danger? *American Psychologists*, 46(4), 376-383.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97-116.
- Golier, J., & Yehuda, R. (1998). Neuroendocrine activity and memory-related impairments in posttraumatic stress disorder. *Development and Psychopathology*, 10(4) 857-869.
- Gomes, R., Deslandes, S. F., Veiga, M. M., Bhering, C., & Santos, J. F. C. (2002). Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(3), 707-714.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de depressão infantil (CDI): Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345-349.
- Grassi-Oliveira, R. (2005). *Maus-tratos na infância: Instrumentos de avaliação e estudo de associação com transtorno de estresse pós-traumático e sintomas psiquiátricos gerais em adultos*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS.
- Habigzang, L. F. (2006). *Avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS.

- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341-348.
- Hanson, R. F., Self-Brown, S., Fricker-Elhai, A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B., & Resnick, H. S. (2006). The relations between family environment and violence exposure among youth: Findings from the National Survey of Adolescents. *Child Maltreatment*, 11(1), 3-15.
- Heller, S. S., Larrieu, J. A., D'Imperio, R., & Boris, N. W. (1999). Research on resilience to child maltreatment: Empirical considerations. *Child Abuse & Neglect*, 23(4), 321-338.
- Horner, M. D., & Hamner, M. B. (2002). Neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology Review*, 12(1), 15-30.
- Hutz, C. S., & Giacomoni, C. H. (2000). *Adaptação brasileira do inventário de depressão infantil (CDI)*. Manuscrito não-publicado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Jelicic, M., & Merckelbach, H. (2004). Traumatic stress, brain changes, and memory deficits: A critical note. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(8), 548-553.
- Jonzon, E., & Lindblad, F. (2004). Risk factors and protective factors in relation to subjective health among adult female victims of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 127-143.
- Kaas, J. H., & Jain, N. (2003). Plasticidade neural. Em M. T. T., Wong-Riley (Org.), *Segredos em neurociências: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos* (pp.461-474). Porto Alegre: ArtMed.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Kellogg, N. D., & Menard, S. W. (2003). Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1367-1376.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

- King, J. A., Mandansky, D., King, S., Fletcher, K. E., & Brewer, J. (2001). Early sexual abuse and low cortisol. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(1), 71-74.
- Koenen, K. C., Driver, K. L., Oscar-Berman, M., Wolfe, J., Folsom, S., Huang, M. T., & Schlesinger, L. (2001). Measures of prefrontal system dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Brain and Cognition*, 45(1), 64-78.
- Koller, S. H., & De Antoni, C. (2004). Violência intrafamiliar: Uma visão ecológica. In S. H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 293-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Koso, M., & Hansen, S. (2006). Executive function and memory in posttraumatic stress disorder: A study of Bosnian war veterans. *European Psychiatry*, 21(3), 167-173.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kristensen, C. H. (2005). *Estresse Pós-Traumático: Sintomatologia e funcionamento cognitivo*. Tese de Doutorado Não-Publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS.
- Kristensen, C. H., & Borges, J. L. (2004). Neuropsychological impairment, juvenile delinquency, and posttraumatic stress disorder: An exploratory study. In *First International Congress on Neurosciences and Rehabilitation Annals* (p. 15). Brasília: Sarah Network of Rehabilitation Hospital.
- Kristensen, C. H., Oliveira, M. S., & Flores, R. Z. (1999). Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre: pode piorar? In Amencar (Ed.) *Violência doméstica* (pp. 104-117). São Leopoldo: Amencar/UNICEF.
- Kristensen, C. H., Parente, M. A. M. P., & Kaszniak, A. W. (2006). Transtorno de estresse pós-traumático e funções cognitivas. *Psico-USF*, 11(1), 17-23.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leifer, M., Kilbane, T., & Grossman, G. (2001). A three-generational study comparing the families of supportive and unsupportive mothers of sexually abused children. *Child Maltreatment*, 6(4), 353-364.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3^a. ed.). Nova York: Oxford University.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Lynskey, M. T., & Fergusson, D. M. (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21(12), 1177-1190.

- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1878-1883.
- Margis, R. (2003) Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: Regra ou exceção? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *25*(Supl I), 17-20.
- Marques, M. B. (1994). *Violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey & D. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 1-52). New York: Plenum Press.
- McNally, R. J. (1998). Experimental approaches to cognitive abnormality in posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, *18*(8), 971-982.
- Mercadante, M. T., Asbahr, F., Rosário, M.C., Ayres, A. M., Ferrari M. C., Karman, L., et al. (1995). *K-SADS, Entrevista Semi-Estruturada para diagnóstico em Psiquiatria da Infância, versão epidemiológica*. São Paulo: PROTOC.
- Mezzacappa, E., Kindlon, D., & Earls, F. (2001). Child abuse and performance task assessments of executive functions in boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*(8), 1041-1048.
- Moradi, A. R., Doost, H. T., Taghavi, M. R., Yule, W., & Dalgleish, T. (1999). Everyday memory deficits in children and adolescents with PTSD: Performance on the Rivermead Behavioural Memory Test. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*(3), 357-361.
- Nelson, C. A., & Carver, L. J. (1998). The effects of stress and trauma on brain and memory: A view from developmental cognitive neuroscience. *Development and Psychopathology*, *10*(4), 793-809.
- Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(Supl. 1), 18-28.
- Neylan, T. C., Lenoci, M., Rothlind, J., Metzler, T. J., Schuff, N., & Du, A., et al. (2004). Attention, learning, and memory in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(1), 41-46.
- Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse I: Psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*(1), 85-91.
- Ozer, E. J., & Weiss, D. S. (2004). Who develops posttraumatic stress disorder? *Current Directions in Psychological Science*, *13*(4), 169-172.

- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology, 135*(1), 17-36.
- Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001). Intergerational transmission of abuse: A two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect, 25*(11), 1439-1461.
- Pederson, C. L., Maurer, S. H., Kaminski, P. L., Zander, K. A., Peters, C. M., Stokes-Crowe, L. A., & Osborn, R. E. (2004). Hippocampal volume and memory performance in a community-based sample of women with posttraumatic stress disorder secondary to child abuse. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 37-40.
- Perry, B. D. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the "cycle of violence". Em J. D. Osofsky (Org.), *Children in a violent society* (pp.124-149). New York: Guilford.
- Perugini, E. M., Harvey, E. A., Lovejoy, D. W., Sandstrom, K., & Webb, A. H. (2000). The predictive power of combined neuropsychological measures for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Child Neuropsychology, 6*(2), 101-114.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20*(2), 135-143.
- Pfeiffer, L., & Salvagni, E. P. (2006). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria, 81*(5 Supl.), S197-S204.
- Pine, D. S. (2003). Developmental psychobiology and response to threats: Relevance to trauma in children and adolescents. *Biological Psychiatry, 53*(9), 796-808.
- Pine, D. S., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry, 51*(7), 519-531.
- Pine, D. S., Mogg, K., Bradley, B. P., Montgomery, L., Monk, C. S., McClure, E., et al. (2005). Attention bias to threat in maltreated children: Implications for vulnerability to stress-related psychopathology. *American Journal of Psychiatry, 162* (2), 291-296.
- Pintello, D., & Zuravin, S. (2001). Intrafamilial child sexual abuse: Predictors of postdisclosure maternal belief and protective action. *Child Maltreatment, 6*(4), 344-352.
- Place, M., Reynolds, J., Cousins, A., & O'Neill, S. (2002). Developing a resilience package for vulnerable children. *Child and Adolescent Mental Health, 7*(4), 162-167.
- Polanczyk, G. V., Eizirik, M., Aranovich, V., Denardin, D., Silva, T. L., Conceição, T. V., et al. (2003). Interrater agreement for the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Epidemiological version for School-Age Children (K-SADS-E). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 25*(2), 87-90.

- Post, R. M., Weiss, S. R. B., Li, H., Smith, M. A., Zhang, L. X., Xing, G., et al. (1998). Neural plasticity and emotional memory. *Development and Psychopathology, 10*(4), 829-855.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269-278.
- Pynoos, R. S. (1992). Transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. In B. D. Garfinkel, G. A. Carlson & E. B. Weller (Org.), *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência* (pp. 53-65). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quas, J. A., Goodman, G. S., & Jones, D. P. H. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(5), 723-736.
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (2004). The trail making test as an initial screening procedure for neuropsychological impairment in older children. *Archives of Clinical Neuropsychology, 19*(2), 281-288.
- Rozenthal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 26*(2), 204-212.
- Ruggiero, K. J., McLeer, S. V., & Dixon, J. F. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect, 24*(7), 951-964.
- Runyon, M. K., Faust, J., & Orvaschel, H. (2002). Differential symptom pattern of posttraumatic stress disorder (PTSD) in maltreated children with and without concurrent depression. *Child Abuse & Neglect, 26*(1), 39-53.
- Runyon, M. K., & Kenny, M. C. (2002). Relationship of attributional style, depression, and posttrauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment, 7*(3), 254-264.
- Scheeringa, M. S., Wright, M. J., Hunt, J. P., & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 163*(4), 644-651.
- Shore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(1), 9-30.
- Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abuse girls. *Child Abuse & Neglect, 19*(9), 1171-1182.
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., & Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect, 28*(7), 785-801.

- Stein, M. B., Kennedy, M. C., & Twamley, E. W. (2002). Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 52(11), 1079-1088.
- Stein, M. B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M. G., & McClarty, B. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine*, 27(4), 951-959. Tabela 1
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 567-589.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 767-782.
- Vasconcelos, M. G. O. M., & Figaro-Garcia, C. (2004). Violência sexual infanto-juvenil: Da teoria à prática do centro de referência e atenção à infância e adolescência. In R. M. C. Libório, & S. M. G. Sousa. (Eds.), *A exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil: Reflexões teóricas, relatos de pesquisa e intervenções psicossociais* (pp. 339-352). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vasterling, J. J., Duke, L. M., Brailey, K., Constans, J. I., Allain, A. N., & Sutker, P. B. (2002). Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons. *Neuropsychology*, 16(1), 5-14.
- Villarreal, G., Hamilton, D. A., Petropoulos, H., Driscoll, I., Rowland, L. M., Griego, J. A., et al. (2002). Reduce hippocampal volume and total white matter volume in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 52(2), 119-125.
- Weber, D. A., & Reynolds, C. R. (2004). Clinical perspectives on neurobiological effects of psychological trauma. *Neuropsychology Review*, 14(2), 115-129.
- Wignall, E. L., Dickson, J. M., Vaughan, P., Farrow, T. F. D., Wilkinson, I. D., Hunter, M. D., & Woodruff, P. W. R. (2004). Smaller hippocampal volume in patients with recent-onset posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 56(11), 832-836.
- World Health Organization (2004). Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of diseases attributable to selected major risk factors, volume 2, chapter 23, child sexual abuse. Retirado em 10 de março de 2007 do <http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume2/1851-1940.pdf>.
- Wythilingam, M., Heim, C., Newport, J., Miller, A. H., Anderson, E., Bronen, R., et al. (2002). Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2072-2080.

- Yehuda, R. (2001). Biology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Supl. 17), 41-46.
- Yehuda, R., Golier, J. A., Halligan, S. L., & Harvey, P. D. (2004). Learning and memory in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 55(3), 291-295.
- Zavaschi, M. S. L., Graeff, M. E., Menegassi, M. T., Mardini, V., Pires, D. W. S., Carvalho, R. H., et al. (2006). Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 184-190.

ANEXO A

Questionário sobre Saúde e Dados Demográficos (Grupo Caso)

1. Dados de Identificação

Nome completo da menina: _____

Data de nascimento: __/__/__ Idade: ____ anos e ____ meses

Escolaridade: _____

Nome da escola atual: _____

Nome da mãe e/ou responsável legal: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Fone de contato: _____

Cidade de origem (onde a criança reside atualmente): _____

Dominância manual: Com qual mão ela escreve ou segura o garfo? () 1- direita

() 2- esquerda

Uso de medicação psicotrópica: () sim () não

Se sim, qual? _____

No último mês, houve alguma situação difícil ou de muito estresse na vida da menina?

2. Avaliação do Abuso Sexual

Eu gostaria de conversar sobre a situação que trouxe a (nome da menina) para avaliação aqui no hospital. Tudo bem?

1) O abuso sexual ocorreu quantas vezes? Episódio: () único () múltiplos

2) Qual era a idade da criança no momento do 1º. abuso? _____ anos

3) Quem é o abusador? Qual é sua relação afetiva com a vítima?

4) Você sabe o que acontecia entre a menina e o adulto que mexia nela? Teve alguma relação sexual completa?

5) Quem revelou o abuso?

6) Para quem a criança revelou o ASI pela primeira vez? Como esta pessoa reagiu ao tomar conhecimento deste fato?

7) Como foi a reação da família após a revelação?

8) Havia presença de segredo e ameaças?

9) A criança já foi avaliada anteriormente? Por quem e onde?

10) Há denúncia no Conselho Tutela, Ministério Público ou Juizado? () sim () não

11) Medida de proteção:

- () a criança foi institucionalizada/ abrigo de proteção
 - () a criança foi retirada de casa e está com avó, tia ou outro familiar
 - () o abusador foi retirado de casa
 - () a criança permanece em casa com pai/mãe não-abusador
- 12) Ela ainda mantém algum contato com o abusador? Se não, há quanto tempo?

3. Conseqüências do Abuso Sexual

Depois de uma criança passar por uma situação de abuso sexual é esperado que ela apresente algumas mudanças na forma de agir, sentir e muitas vezes elas apresentam algumas dificuldades.

- 1) Você observou alguma mudança na (nome da criança), após o abuso?
- 2) Eu vou ler em voz alta alguns sintomas comuns em crianças vítimas de violência. Eu gostaria que senhor(a) pudesse me dizer se observou a presença deles no comportamento da _____(nome da criança).

Lista de Sintomas Compatíveis com ASI (Adaptado de Caminha & Flores, 1994)

Alterações Comportamentais	SIM	NÃO
Agressividade Jogos repetitivos abordando o trauma Fuga de casa Isolamento Mentiras Furtos Uso de drogas Prostituição Comportamento hipersexualizado Masturbação Diminuição no interesse escolar/lazer/brinquedo Pesadelos		

Alterações fisiológicas: Dificuldade para dormir Enurese Encoprese Dores abdominais Batimentos cardíacos acelerados Perda de peso Ganho de peso Mãos suadas Tremores Febre DST/AIDS Gravidez		
Alterações emocionais: Tristeza Choro freqüente Tentativas de suicídio Embotamento afetivo Medo Raiva Confusão de identidade		
Alterações cognitivas: Dificuldade de concentração Dificuldade de lembrar algum aspecto do trauma ou amnésia		

4. Indicadores de riscos

- 1) Na família materna há outras situações de abuso? Se sim, quem era a vítima e quem era o abusador?
- 2) Na família paterna há outros casos de abuso sexual? Se sim, quem era a vítima e quem era o abusador?
- 3) Alguma outra criança da família nuclear também foi violentada sexualmente? Se sim, quem era a vítima e quem era o abusador?
- 4) Como está o relacionamento entre o casal?
- 5) Quando a problemas no casal, como estes geralmente resolvem estes problemas?
- 6) Como os pais educam os filhos nesta família?
- 7) Nesta família, alguém faz uso de bebida ou outro tipo de droga?
- 8) Nesta família, algum adulto faz algum tipo de tratamento a longo prazo?
- 9) Nesta família alguém já precisou ser internado?
- 10) Com quem está morando agora?
- 11) Ela sempre morou com essas pessoas? Se não, com quem ela morava anteriormente?
- 12) Pais separados: (1) sim (2) não Se sim, com quem a criança ficou após a separação?

ANEXO B

Entrevista Exclusiva com os Pais/K-SADS-E (Grupo Caso)

GRAVIDEZ

A senhora teve quaisquer complicações durante a gravidez com essa criança, tais como:

1. Manchas ou sangramento leve?
2. Sangramento forte demandando repouso no leito?
3. Náusea/vômitos excessivos durando mais que três meses?
4. Aumento de peso acima de 12.5 k.
5. Perda de peso acima de 5 k.
6. Infecção demandando cuidados médicos.
7. Pressão alta e/ou excesso de líquido no corpo?
8. Convulsões (não incluindo epilepsia anteriormente presente)
9. Acidentes demandando tratamento médico.
10. Outras moléstias demandando tratamento médico
11. Problemas emocionais para os quais procurou aconselhamento
12. Problemas graves de família que a deixavam perturbada.
13. Tomou alguma medicação. Então, qual foi?
14. A senhora fumava um maço de cigarros por dia pelo menos por 3 meses?
15. A senhora tomava bebidas alcoólicas diariamente ou caía na farra?
16. A senhora estava tomando alguma droga não prescrita por um médico?

NASCIMENTO

Teve alguns problemas com o parto dessa criança, como:

1. apresentação pélvica? Em caso positivo indique se primeiro as nádegas ou os pés.
2. A senhora foi submetida a uma cesariana?
3. A senhora consegue lembrar de alguma outra dificuldade?

INFÂNCIA

1. Após o nascimento a criança ficou na incubadora? Se SIM, quantos dias?
2. Pesava menos do que 2,5 k?
3. Quanto pesava?
4. O nenê teve que ficar no hospital depois que a senhora foi para casa?
5. Ele foi submetido a uma cirurgia no primeiro mês? Se sim, descreva.
6. A senhora teve que mudar as mamadeiras três vezes ou mais?
7. A criança chorava dia e noite, nunca satisfeita?
8. A criança era quieta demais, não parecia responder aos cuidados e à atenção?
9. A criança enrijecia quando era pega, ou parecia afastar a senhora?
10. A criança estava bamba ou mole quando pega, ou não conseguia se aninhar na senhora?
11. Alguma outra coisa que parecia estranha? Se sim, descreva.

DESENVOLVIMENTO INICIAL

Sua criança era mais lenta do que a senhora esperava?

1. Sentar (7-10 meses)
2. Engatinhar (7-10 meses)
3. Andar (12-18 meses)
4. Usar palavras que tem sentido (18-24 meses)
5. Usar frases (24-36 meses)
6. Usar a privada para o xixi (24-36 meses)
7. Usar a privada para o cocô (30-40 meses)
8. Quaisquer outros problemas? Se sim, descreva.

Em caso de respostas positivas pergunte:

9. A senhora consultou um médico sobre isso?
10. O que lhe foi dito?

ANEXO C

Questionário sobre Saúde e Dados Demográficos (Grupo Controle)

1. Dados de Identificação

Nome completo da menina: _____

Data de nascimento: __/__/__ Idade: ____ anos e ____ meses

Escolaridade: _____

Nome da mãe e/ou responsável legal: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Profissão/ ocupação: _____

Fone de contato: _____

Dominância manual: Com qual mão ela escreve ou segura o garfo? () 1- direita

() 2- esquerda

2. Dados de Saúde Geral:

Eu gostaria de poder conversar, agora, sobre alguns aspectos gerais sobre a saúde da _____ (nome da participante). Para isso, eu vou fazer algumas perguntas desde a época em que ela era bebê.

1) Durante a gravidez houve alguma complicação ou cuidados recomendados pelo médico?

2) O parto foi normal ou cesárea? Alguma complicação no parto?

3) Você lembra do peso e comprimento quando ela nasceu?

4) Ela caiu ou teve algum ferimento grave?

5) Ela precisou ser hospitalizada por algum motivo? Se sim, por qual motivo?

6) Alguma vez, já houve encaminhamento para algum tipo de exame especial?

7) Neste momento ela está fazendo algum tratamento? () sim () não

Se sim, qual?

8) Hoje, ela está tomando algum remédio? () sim () não

Se sim, qual?

ANEXO D**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Pais e/ou Responsáveis Legais
(Grupo Caso)*****Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos neuropsicológicos em meninas***

Estou sendo solicitado a participar e a dar autorização à (preencher com o nome da menina participante) _____, a participar deste estudo, se assim eu consentir e ela concordar.

A participante está sendo convidada a fazer parte voluntariamente no projeto de pesquisa denominado de “*Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos neuropsicológicos em meninas*”. O objetivo deste estudo é investigar a presença de eventos de vida estressores, sintomas de estresse pós-traumático, depressão e de prejuízos na atenção, na memória e no pensamento em meninas, com idades entre 8 a 12 anos. Em torno de 30 participantes poderão ser convidadas a participar neste estudo, em função de suas características como idade, grau de escolaridade e nível sócio-econômico. Assim, serão convidadas a participar do estudo, meninas que se encontram em atendimento no Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil (CRAI) (HMIPV), bem como meninas que estudam em escolas públicas e que não se encontram em atendimento.

Após meu consentimento, a participante responderá a uma série de questionários e testes psicológicos. Existem poucos riscos envolvidos nestes procedimentos. É possível que algumas participantes encontrem dificuldades ao realizar alguns testes neuropsicológicos, experimentando sentimentos de frustração. É possível que algumas questões relacionadas a estados emocionais ou experiências de vida possam desencadear sentimentos desagradáveis. Se isto ocorrer, a pesquisadora irá interromper a coleta de dados e buscará auxiliar a menina a expressar seus sentimentos. Ao final deste procedimento, as meninas que tiverem apresentando altos níveis de ansiedade, de depressão e estresse pós-traumático serão encaminhadas aos serviços de atendimento psicológico disponíveis na comunidade.

Não existem benefícios diretos decorrentes da participação neste projeto de pesquisa. Não há nenhuma forma de compensação financeira decorrente da participação neste projeto. No entanto, os resultados poderão possibilitar uma melhor compreensão das conseqüências da exposição à violência, durante a infância, e a subsidiar novos programas de atendimento a crianças vítimas de maus-tratos. Os procedimentos éticos na pesquisa com seres humanos serão integralmente respeitados, assegurando sigilo e

confidencialidade dos dados obtidos com as crianças e suas mães e/ou cuidadores legais. Os pesquisadores são obrigados a quebrar a confidencialidade na eventualidade de observar ou tomar conhecimento sobre uma situação de risco físico ou psicológico conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia. O material da coleta de dados será armazenado no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA/UFRGS), por um prazo de cinco anos. Eu posso obter informações adicionais através do contato com a pesquisadora: Jeane Lessinger Borges, por telefone (51) 9965-9469 ou e-mail jelessinger@ig.com.br ou através do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA/UFRGS), telefone (51) 3316-5253.

Eu fui informado dos objetivos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada. Sei que poderei obter novas informações durante o estudo e que terei liberdade de retirar o consentimento de participação na pesquisa, a qualquer momento. Ao assinar este termo, dou meu consentimento livre e esclarecido, concordando que a participante faça parte deste projeto de pesquisa.

Nome do/da Pai/Mãe ou Responsável Legal (por extenso, legível)

Assinatura do/da Pai/Mãe ou Responsável Legal

Data

Assinatura da pesquisadora

Data

ANEXO E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Pais e/ou Responsáveis Legais (Grupo Controle)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um projeto de pesquisa, pelo Instituto de Psicologia da UFRGS, que tem como objetivo investigar eventos de vida estressores, ansiedade, depressão, atenção, memória e pensamento em meninas, com idades entre 8 a 12 anos. Em torno de 30 meninas, que estudam em escolas públicas, de Porto Alegre, serão convidadas a participar desta pesquisa.

Serão realizadas entrevistas e alguns testes psicológicos com as participantes. A participação das crianças é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa sem nenhum prejuízo. A qualquer momento a menina ou seus responsáveis poderão obter novas informações e terão liberdade de retirar o consentimento de participação na pesquisa. Os procedimentos éticos serão respeitados, assegurando sigilo e confidencialidade dos dados obtidos com as crianças e suas mães e/ou cuidadores legais.

Ao final deste procedimento, as meninas que tiverem apresentando altos níveis de ansiedade e de depressão, será feito um contato com suas mães e, posteriormente, um encaminhamento aos serviços de atendimento psicológico disponíveis na comunidade.

Os resultados deste estudo poderão possibilitar uma melhor compreensão das conseqüências da exposição a eventos estressores, durante a infância, no bem-estar psicológico de crianças em idade escolar. Os pesquisadores são obrigados a quebrar a confidencialidade na eventualidade de observar ou tomar conhecimento sobre uma situação de risco físico ou psicológico, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia. O material da coleta de dados será armazenado no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA/UFRGS), por um prazo de cinco anos.

A responsável pelo estudo é a pesquisadora Jeane Lessinger Borges, que pode ser contactada pelo telefone (51) 9965-9469 ou através do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA/UFRGS), telefone (51) 3316-5253.

Eu fui informado dos objetivos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada. Ao assinar este termo, dou meu consentimento livre e esclarecido, concordando que _____ faça parte deste projeto de pesquisa.

Nome do/da Pai/Mãe ou Responsável Legal (por extenso, legível)

Assinatura do/da Pai/Mãe ou Responsável Legal

Data

Assinatura da pesquisadora

Data

ANEXO F



Termo de Concordância da Instituição
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 INSTITUTO DE PSICOLOGIA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

A/C da direção da escola

Através de um Projeto de Pesquisa, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA/UFRGS), estamos investigando eventos de vida estressores, estresse pós-traumático, depressão e prejuízos em funções cognitivas, em meninas com idades entre 8 a 12 anos. Para isso, serão avaliadas 20 meninas, no contexto clínico (hospital) e em famílias de nível sócio-econômico baixo, que estudam em escolas públicas. Através de instrumentos estruturados e entrevistas, serão coletadas informações sobre o tipo e o impacto de eventos de vida estressores experienciados, a ocorrência de estresse pós-traumático, sintomas depressivos e prejuízos da memória, da atenção e de funções executivas.

As entrevistas serão realizadas na própria Escola, e será solicitada a concordância dos responsáveis legais da menina para que esta possa participar do estudo, sendo tomados todos os cuidados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações. As participantes serão claramente informadas de que sua participação no estudo é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo ou punição. A qualquer momento, tanto as participantes como essa Diretoria poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo.

Dados individuais das participantes não serão informados à Escola ou familiares, mas, na eventualidade de detectarmos sinais de risco físico ou psicológico às meninas que participam do estudo, será feito contato com a Direção para encaminhamento das observações, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Código de Ética Profissional. Haverá uma devolução dos resultados finais do estudo, de forma coletiva. A equipe de pesquisa é formada pela psicóloga e mestrande Jeane Borges e por uma bolsista de iniciação científica.

Desde já, agradecemos sua contribuição para o desenvolvimento desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Mestranda Jeane Lessinger Borges

Fone de contato: 33165253 ou 9965.9469

Profa. Dra. Débora Dalbosco Dell'Aglio

Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA)

Fone de contato: 33165253

Concordamos que alunas matriculadas nesta Escola participem desta pesquisa.

Data: ___/___/___

Direção Escola

ANEXO G

Carta Pais (Grupo Controle)



Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Prezados pais ou responsáveis de _____

Estamos realizando uma pesquisa, desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA/UFRGS), em meninas com idades entre 8 a 12 anos. Para isso, serão avaliadas 20 meninas que estudam em escolas públicas. Através de instrumentos estruturados e entrevistas, serão coletadas informações sobre eventos de vida estressores e serão avaliados a memória, a atenção e pensamento das meninas.

As entrevistas serão realizadas na própria Escola, sem prejuízo às atividades escolares. Dessa forma, solicitamos sua autorização para que sua filha participe deste estudo e solicitamos sua presença na escola para um primeiro contato com as pesquisadoras.

Por favor, preencha os dados abaixo e uma das pesquisadoras retornará o seu contato em breve. Será marcada uma entrevista com a mãe ou outro responsável pela menina.

Autorizo a participação de minha filha neste estudo: () sim () não

Nome da mãe ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

Dia da semana que prefere ser entrevistada: _____

Horário que prefere ser entrevistada: _____

Por favor devolva este documento para a supervisora da escola.

Agradecemos desde já sua atenção

Psicóloga Jeane Lessinger Borges
(contato pelo fone 99659469)