

**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Carla Margarida Vieira Antunes  
**Abuso sexual na infância e adolescência:  
Uma leitura narrativa do impacto e dos  
processos conducentes à resiliência**

Carla Margarida Vieira Antunes

**Abuso sexual na infância e adolescência:  
Uma leitura narrativa do impacto e dos  
processos conducentes à resiliência**

**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Ciência.Inovação  
**2010** Programa Operacional Ciência e Inovação 2010  
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E DO ENSINO SUPERIOR



UMinho | 2010

Novembro de 2010



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Carla Margarida Vieira Antunes

**Abuso sexual na infância e adolescência:  
Uma leitura narrativa do impacto e dos  
processos conducentes à resiliência**

Tese de Doutoramento em Psicologia,  
Área do Conhecimento em Psicologia da Justiça

Trabalho efectuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Carla Maria Penousal  
Martins Machado**

Novembro de 2010

## DECLARAÇÃO

**Nome:** Carla Margarida Vieira Antunes

**Endereço electrónico:** c.antunes1@sapo.pt      Telefone: 253 604 245

**Número do Cartão de Cidadão:** 10983381

**Título da dissertação de doutoramento:**

Abuso sexual na infância e adolescência: Uma leitura narrativa do impacto e dos processos conducentes à resiliência

**Orientador:**

Professora Doutora Carla Maria Penousal Martins Machado

**Ano de conclusão:** 2010

**Ramo de Conhecimento do Doutoramento:**

Psicologia, Área do Conhecimento em Psicologia da Justiça

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*A imaginação é tão poderosa que nos pode fazer tremer de medo ou ser valentes como leões, faz-nos gostar de histórias e também pensarmos como seria a vida se fossemos princesas ou ogres verdes.*

In "Para onde vão as ideias que esquecemos? e outras histórias"

Carla Machado & Miguel Gonçalves



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Carla Machado, pela exigência, rigor, sentido crítico, ética, criatividade e capacidade de indissociar a investigação da prática que sempre imprimiu ao longo de todos os projectos “partilhados” e que influenciou de forma incontornável a construção da minha identidade profissional. Pelos desafios, interrogações e reflexões que me suscitou ao longo desta orientação científica, que se constituíram oportunidades únicas de crescimento pessoal e profissional. Agradeço a disponibilidade, o entusiasmo, a motivação e, pese embora as descontinuidades neste processo, o facto de manter a expectativa e persistir em acreditar... Gostaria ainda de expressar a minha sentida admiração pela capacidade notável de construir uma narrativa preferencial num argumento saturado pela adversidade.

Ao Professor Doutor Rui Abrunhosa Gonçalves pelo despertar do interesse pela Psicologia da Justiça, pelas palavras de serenidade e pelos ensinamentos sempre imbuídos de uma qualidade humana inigualável.

À Professora Doutora Marlene Matos, pelo incentivo e pela perspectiva sempre optimista perante a concretização deste trabalho.

À Professora Doutora Anita Santos, pela essencial colaboração na codificação dos MIs que em muito contribuiu para a validação e enriquecimento deste estudo.

Ao Professor Doutor Miguel Gonçalves pela contribuição científica no âmbito dos MIs que conferiu rigor à componente empírica desta Dissertação bem como pela pertinência das suas observações.

À Dra. Fátima Soeiro, pelas oportunidades, confiança e estímulo ao longo deste percurso.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia pelo financiamento concedido, através da atribuição de bolsa de doutoramento com a referência SFRH/BD/13493/2003 - no âmbito do Programa Operacional Ciência e Inovação (POCI) 2010 apoiado pelo Fundo Social Europeu (FSE) - e que permitiu a realização desta dissertação.

Às minhas colegas e amigas da Unidade de Psicologia da Justiça, à Sónia Caridade, à Sónia Martins, à Olga Cruz, à Célia Ferreira, à Ana Rita Dias, à Ana Pereira e à Cláudia Coelho, que de uma ou de outra forma, engrandeceram e contribuíram para a concretização deste projecto, como se de um trabalho de equipa se tratasse.

A todos os meus colegas da CPCJ de Braga pela compreensão, companheirismo e aprendizagem ao longo deste trajecto. Em particular, à Neusa, à Adelaide e à Raquel Roby por comprovarem que qualquer momento da vida é uma oportunidade para construir amizades vitalícias.

Ao Jorge e à Catarina pelo apoio técnico imprescindível na recta final deste trabalho e pela amizade genuína que nos une.

Aos meus amigos de sempre, que partilharam comigo cada momento nesta caminhada. À Filipa, à Rute e ao Ricardo, pela amizade autêntica, incondicional e intemporal mesmo quando a vida “muda os nossos sentidos”.

À Eunice, pela companhia em todas as horas desta viagem e, principalmente, por acreditar que chegaríamos ao destino... Pela co-autoria nos momentos de reflexão, discussão e teorização que determinaram a qualidade deste resultado. Pelos dias que “marcam a alma e a vida da gente”...

À minha família... Aos meus pais, que ao longo da nossa história, resistiram a todas as contrariedades e me fizeram acreditar que é o “sonho quem comanda a vida”. Às minhas irmãs, pelo amor incondicional. Ao Guilherme, por colorir todas as minhas angústias e, na sua simplicidade, me lembrar o que de melhor há na vida...

Ao Paulo, pela forma resiliente com que trilha a trajectória da vida e me inspira nos momentos de maior desafio. Pelos “nossos” momentos... Pela co-autoria no passado, no presente e na projecção do futuro...

Por fim, às Instituições que viabilizaram a realização do presente estudo e a todas as crianças e jovens que partilharam as suas experiências e construíram uma história não só de sombras mas também de luzes...

# ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: UMA LEITURA NARRATIVA DO IMPACTO E DOS PROCESSOS CONDUCENTES À RESILIÊNCIA

## RESUMO

A conceptualização teórica que fundamentou este estudo foi o modelo narrativo de White e Epston (1990), tendo esta investigação dois objectivos centrais: (1) compreender o impacto do abuso sexual sofrido na infância/juventude e (2) identificar os recursos que as crianças e/ou jovens abusados possuem para a sua mudança espontânea em direcção à resiliência. Ambas as dimensões foram analisadas à luz da grelha narrativa, procurando-se, num terceiro objectivo, de natureza mais teórica, avaliar a adequação e contributos do modelo narrativo para a compreensão da experiência do abuso sexual e dos processos de mudança que lhe estão associados.

Para tal, foram realizadas entrevistas qualitativas em profundidade com dezasseis crianças e/ou jovens vítimas de abuso sexual, posteriormente divididos por dois grupos: crianças e/ou jovens resilientes e não resilientes. Estas entrevistas foram posteriormente submetidas a um processo de *grounded analysis* e a sua codificação foi validada por um juiz independente.

No que se refere ao impacto, os resultados revelam uma tendência para o aumento do impacto negativo do problema após a revelação na maioria dos participantes em estudo. Especificamente, os efeitos negativos predominantes são a vergonha/estigma, a culpa e o medo. Os discursos sociais/culturais surgem também como uma variável que interfere nas significações que a vítima constrói, sendo que as crenças e estereótipos de culpabilização da vítima tendem a estar associados a maior sofrimento psicológico. Para além destes efeitos, as expectativas de justiça tornam-se particularmente relevantes para as vítimas, sendo a condenação do ofensor encarada como uma forma efectiva de validação da sua experiência abusiva.

Quando analisamos as diferenças nos efeitos do abuso em função dos dois grupos de participantes entrevistados, resilientes e não resilientes, verificamos que, os participantes do grupo não resiliente reportam: a) uma forte estigmatização associada a sentimentos de diferença interpessoal; b) maior tendência para experienciar o medo como central na sua vivência do abuso; c) maior tendência para se culpabilizarem pela manutenção do segredo em relação ao abuso; d) maior percepção do abuso como uma armadilha/traição interpessoal; e) mais ansiedade face a relações futuras e receio face à homossexualidade; f) maior ambivalência face ao processo judicial, ao mesmo tempo que o consideram relevante para a validação da sua experiência abusiva.



Relativamente à narrativa de mudança, globalmente, os resultados reflectem uma considerável diversidade de momentos de inovação (isto é, momentos que escapam aos efeitos e prescrições do abuso) reportados pelas vítimas. O MI mais saliente na nossa amostra é o de *reflexão*, enquanto os MIs de *reconceptualização* são aqueles que apresentam uma representação mais reduzida. De salientar que os recursos identificados pelas crianças para a mudança destacam o papel do grupo de pares, o suporte parental e familiar e o apoio dos professores. Em termos de “recursos/aliados” pessoais para a mudança, distinguem-se a revelação e o seu significado libertador, as expectativas de justiça, as crenças religiosas e a construção de novas significações para o *self*, que reforçam a percepção de competência pessoal e controlo.

Quanto à diferenciação dos grupos resiliente e não resiliente no que diz respeito aos momentos de inovação, verificou-se que não existem diferenças significativas no que se refere à saliência dos diferentes tipos de MIs, embora tenham sido encontradas diferenças significativas relativamente à saliência dos subtipos do MI de protesto e no processo discursivo de *retorno ao problema*. Estes resultados no que concerne à clarificação dos processos de mudança podem estar relacionados com distintas hipóteses explicativas: a) uma elevada variabilidade intra-grupo no que se refere à frequência, diversidade e saliência dos momentos de inovação; b) uma amostra de crianças/jovens cuja capacidade para elaborar oralmente a mudança é desenvolvimentalmente distinta da dos participantes adultos; c) os discursos da rede social e judicial destas crianças, centrados nas consequências nefastas do abuso; e d) a grelha de codificação dos momentos de inovação, concebida para adultos e que poderá não ser adequada às características desenvolvimentais dos participantes.

Em conclusão, o presente estudo reflecte a importância dos processos narrativos de significação, que moldam o impacto do abuso e as trajectórias destas crianças/jovens em direcção à resiliência. Sugere, ainda, indicadores importantes para a intervenção com estas vítimas, nomeadamente no que diz respeito à compreensão do impacto do abuso sexual e das formas de elaboração narrativa desta experiência que podem promover percursos mais adaptativos e preferenciais para as vítimas, tanto espontâneos como por recurso à intervenção psicoterapêutica.

# SEXUAL ABUSE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: A NARRATIVE APPROACH ON THE IMPACT AND THE PROCESSES LEADING TO RESILIENCE

## ABSTRACT

This study is theoretically based in White and Epston's (1990) narrative model, and it had two main objectives: (1) to analyze the impact of child/juvenile sexual abuse and (2) to identify children/youngsters resources for their spontaneous change towards resilience. Both these dimensions were analyzed from a narrative framework, given that a third, more theoretical, objective of this study was to assess the adequacy and contributes of the narrative model to the understanding of sexual abuse experiences and the processes of change associated with them.

In order to achieve so, sixteen qualitative in-depth interviews were conducted with children and adolescents victims of sexual abuse, divided in two groups: resilient and non-resilient children/youngsters. These interviews were later submitted to a process of grounded analysis and their coding was validated through an independent judge.

Results reveal a tendency to the increase of the negative impact of the problem after the disclosure, in the majority of participants. Specifically, the negative effects most prevalent were shame/stigma and guilt and fear. The social/cultural discourses arise as a variable that influence the meanings constructed by the victims and the beliefs and stereotypes of the victim blame tend to be associated with increased psychological distress. Additionally, the expectations of justice are particularly relevant for child/juvenile sexual abuse victims, and the offender sentencing is seen as an effective validation of their sexual abuse experience.

The differences on the effects of sexual abuse between resilient and non-resilient children/juveniles were that the non-resilient group reports: a) a stronger stigma linked to feelings of being different from peers; b) a greater tendency to experience fear; c) more blame for keeping the secret of the abuse, d) greater perception of abuse as an interpersonal "trap" and as a betrayal of trust; e) increased anxiety over future relationships and fears of homosexuality; f) greater ambivalence about the judicial process, at the same time they consider it important to the validation of their abusive experience.

In what concerns change processes, the results of this study reflect a considerable diversity of innovative moments (that is, moments that escape the problem's influence and prescription) reported by victims. The IM of *reflection* is the most common, and the IM's of *reconceptualization* are those with a lower salience in our sample. The support of peer groups, parents, family and teachers were

identified as the most important resources for children/juveniles to change. The personal resources to change reported by children include the feeling of freedom associated to disclosure, expectations of justice, religious beliefs, and the construction of new self meanings that reinforce their perception of personal competence and control.

Regarding the differences between resilient and non-resilient groups in what concerns innovative moments, no significant differences were found in the salience of different types of IMs, even though significant differences were found on the subtypes of *protest* IM's and on the discursive *return to the dominant self-narrative*. These results may be related to different hypotheses: a) a high intra-group dispersion on the frequency, diversity and prominence of innovative moments, b) a sample of children and juveniles whose ability to orally elaborate change is developmentally lower than the one of adults, c) the discourses of the social network of these children, both familiar and judicial, focused on the adverse consequences of the abuse, d) the grid for coding IM's, that was developed for adults, and that may not be appropriate for the developmental characteristics of these participants.

In conclusion, this study reflects the importance of narrative processes of meaning, which model the impact of abusive experiences and the trajectories of children/juveniles towards change and resilience. They also suggest important indicators for the intervention with these victims, namely in what concerns the understanding of the impact of the abuse, and also in the comprehension of the forms of narrative elaboration that may facilitate more adaptive and preferential trajectories for victims, both spontaneous or through psychotherapeutic help.

## ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS .....	v
RESUMO .....	vii
ABSTRACT .....	ix
LISTA DE QUADROS .....	xv
LISTA DE GRÁFICOS.....	xix
LISTA DE FIGURAS.....	xxi
INTRODUÇÃO.....	23
PARTE A	
ABORDAGENS TEÓRICAS DO ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E/OU ADOLESCÊNCIA .....	31
CAPÍTULO I	
EPIDEMIOLOGIA DO ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....	33
1. Introdução .....	35
2. Definições e prevalência do abuso: estudos internacionais.....	36
2.1. Apresentação geral dos estudos de prevalência.....	36
2.2. Análise dos estudos .....	57
3. Epidemiologia do abuso: investigação em Portugal .....	69
4. Discussão geral dos estudos revistos.....	74
4.1. Número e origem geográfica dos trabalhos publicados: Um domínio de estudos (ainda?) ocidental.....	74
4.2. Amostras e instrumentos: Inespecificidade e “oportunismo” da investigação .....	75
4.3. Taxas de prevalência: variabilidade e confusão metodológica.....	76
4.4. Geografia do abuso: um fenómeno mundial com contornos culturais específicos.....	77
4.5. Psicopatologia e desvio: evidência do impacto adverso do abuso? .....	79
4.6. Abuso intra e extrafamiliar: refutando o mito do incesto.....	80
4.7. A investigação em Portugal: raridade, dispersão e alguns resultados .....	80
5. Pistas para a investigação epidemiológica futura.....	82
5.1. Ao nível internacional.....	82
5.2. Em Portugal .....	83
CAPÍTULO II	
FACTORES DE VULNERABILIDADE AO ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA .....	85
1. Introdução .....	87
2. Características da criança vítima .....	88
2.1. Variáveis socio-demográficas .....	88
2.1.1. Género.....	88
2.1.2. Idade.....	89

2.1.3.	Classe social .....	91
2.1.4.	Etnia .....	92
2.2.	Outros atributos da criança.....	93
2.3.	História de vitimação anterior/Comorbilidade com outros tipos de abuso .....	94
3.	Características familiares.....	95
3.1.	Estrutura familiar.....	95
3.2.	Ajustamento e características psicológicas parentais.....	96
3.3.	Funcionamento familiar .....	98
3.4.	História parental de vitimação sexual.....	99
4.	Investigação em Portugal.....	100
5.	Discussão .....	104
5.1.	Género e abuso: um fenómeno feminino mas não só.....	104
5.2.	Grupos e factores de risco: imprecisões e pistas a explorar .....	105
5.3.	A investigação em Portugal: raridade, dispersão e alguns resultados .....	110
6.	Pistas para a investigação epidemiológica futura.....	111

### CAPÍTULO III

ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: IMPACTO DESENVOLVIMENTAL.....	113
1. Introdução .....	115
2. Modelos explicativos do impacto do abuso sexual .....	116
2.1. Psicopatologia do desenvolvimento.....	116
2.2. . Modelo ecológico do desenvolvimento humano.....	118
2.3. Modelo cognitivo-comportamental explicativo da perturbação de stress pós-traumático .....	120
2.4. Modelo das dinâmicas traumáticas.....	122
2.5. O abuso sexual como síndrome de segredo .....	124
2.6. Modelo explicativo dos efeitos a longo-prazo do abuso sexual .....	126
3. Factores moderadores do impacto.....	127
4. Impacto desenvolvimental do abuso .....	128
4.1. Impacto desenvolvimental do abuso na infância/adolescência .....	129
4.2. Impacto desenvolvimental a longo-prazo do abuso sexual.....	147
5. Impacto do abuso sexual e cultura.....	183
6. Discussão dos estudos revistos .....	187
6.1. Número e origem geográfica dos trabalhos publicados.....	187
6.2. Amostras e instrumentos.....	187
6.3. Impacto: variabilidade sintomática .....	190
6.4. Estudos longitudinais sobre o impacto do abuso .....	194
6.5. Cultura e impacto do abuso.....	196
7. Investigação em Portugal.....	197
8. Pistas para a investigação futura no âmbito do impacto do abuso .....	198

### CAPÍTULO IV

ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: RESILIÊNCIA, COMPETÊNCIA E <i>COPING</i> .....	201
1. Introdução .....	203
2. Um novo paradigma: da vulnerabilidade à adaptação no contexto da adversidade .....	204
3. Abuso Sexual e Resiliência .....	208
3.1. Recursos/Competências Individuais .....	209
3.1.1. Evitamento .....	209
3.1.2. Procura de Suporte, Revelação e Denúncia Judicial.....	210

3.1.3. Reestruturação Cognitiva .....	211
3.1.4. Estilos atribucionais .....	212
3.2. Recursos do contexto familiar e/ou social .....	213
4. Discussão dos estudos revistos: Conclusões, limitações e potencialidades da investigação sobre a resiliência .....	215
5. Implicações e pistas para a investigação futura no âmbito da resiliência face ao abuso .....	217

## CAPÍTULO V

UMA ABORDAGEM NARRATIVA AO IMPACTO DO ABUSO SEXUAL E AOS PROCESSOS DE MUDANÇA DAS VÍTIMAS .....	221
1. Introdução .....	223
2. O modelo narrativo da re-autoria .....	223
2.1. Pressupostos conceptuais .....	223
2.2. Processo de mudança e relevância dos “momentos de inovação” .....	225
3. Estudos empíricos sobre os momentos de inovação: da diferenciação dos MI a um modelo conceptual explicativo dos processos de mudança .....	229
3.1. Heterogeneidade e complexidade dos momentos de inovação .....	230
3.2. Modelo conceptual explicativo dos processos de mudança .....	231
3.3. Fracasso dos processos de mudança: mutual-in-feeding e retorno ao problema .....	235
4. A experiência de abuso sexual: Um argumento narrativo para a compreensão do impacto e dos processos de resiliência .....	236
5. Conclusão .....	239

## PARTE B

ESTUDOS EMPÍRICOS .....	241
-------------------------	-----

### CAPÍTULO I:

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	243
1. Objectivos gerais dos estudos empíricos .....	245
2. Metodologia global utilizada nos estudos empíricos .....	245
2.1 Amostra .....	245
2.1.1. Critérios de amostragem .....	245
2.1.2. Procedimentos de amostragem .....	246
2.1.3. Participantes .....	247
2.2. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados .....	250
2.2.1. Questionário socio-demográfico .....	250
2.2.2. Entrevista qualitativa .....	250
2.2.3. Consulta dos processos .....	251
3. Análise dos dados .....	251

### CAPÍTULO II:

ESTUDO 1: EFEITOS DO PROBLEMA E RECURSOS PARA A MUDANÇA EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL .....	253
1. Objectivos .....	255
2. Metodologia de análise de dados .....	255
2.1. Codificação dos dados .....	255
2.1.1. Procedimento de codificação do impacto do problema .....	256
2.1.2. Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação .....	256

2.1.2.1.	Procedimentos de codificação dos Momentos de Inovação e acordo inter-codificadores no presente estudo.....	258
2.1.3.	Sistema de Codificação dos Marcadores de Retorno ao Problema (MRP).....	259
3.	Apresentação e discussão dos resultados .....	260
3.1.	Impacto do problema .....	260
3.1.5.	Discussão dos resultados.....	266
3.2.	Momentos de inovação e Marcadores de Retorno ao Problema (MRP).....	271
3.2.4.	Discussão dos resultados.....	285

### CAPÍTULO III

	ESTUDO 2: EFEITOS DO ABUSO E PROCESSOS DE INOVAÇÃO: UMA COMPARAÇÃO ENTRE CRIANÇAS RESILIENTES E NÃO RESILIENTES .....	291
1.	Objectivos .....	293
2.	Hipóteses de trabalho.....	293
3.	Processo de constituição dos grupos contrastantes.....	293
3.1.	Critérios de diferenciação dos grupos .....	293
3.1.1.	Instrumentos de avaliação do ajustamento psicológico .....	294
3.1.2.	Análise de processos clínicos por juízes e estratégia de consensualização .....	297
3.2.	Procedimento de constituição de grupos contrastantes .....	298
4.	Caracterização dos grupos .....	299
4.1.	Características do abuso .....	299
4.2.	Agregado Familiar .....	299
5.	Apresentação e discussão de resultados.....	300
5.1.	Impacto/Efeitos do problema .....	300
5.1.1.	Discussão dos Resultados.....	302
5.2.	Momentos de inovação.....	307
5.2.1.	Diferenciação dos grupos em função dos diferentes tipos de MIs.....	307
5.2.2.	Diferenciação dos grupos em função do retorno ao problema.....	312
5.2.3.	Discussão de resultados .....	313

### CAPÍTULO IV:

	DISCUSSÃO INTEGRATIVA DOS DOIS ESTUDOS EMPÍRICOS .....	319
	CONCLUSÃO .....	329
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	341
	ANEXOS .....	371
	MENSAGEM .....	379

## LISTA DE QUADROS

Quadro I: Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras da Comunidade realizados na América do Norte	38
Quadro II. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras de grupos específicos realizados na América do Norte	41
Quadro III. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras da Comunidade, realizados na Oceânia	42
Quadro IV. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras de grupos específicos, realizados na Oceânia	43
Quadro V: Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras da Comunidade realizados na Europa	43
Quadro VI. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras de grupos específicos realizados na Europa	45
Quadro VII. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras da Comunidade, realizados na Ásia	46
Quadro VIII. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras de grupos específicos, realizados na Ásia	47
Quadro IX. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras da Comunidade, realizados na América Latina	49
Quadro X. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras de grupos específicos realizados na América Latina	49
Quadro XI. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras da Comunidade realizados na África	50
Quadro XII. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras de grupos específicos realizados na África	50
Quadro XIII: Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras clínicas e de justiça	51
Quadro XIV: Análise das taxas de prevalência entre continentes	64
Quadro XV. Estudos que referem dados sobre a relação ofensor-vítima	67
Quadro XVI: Crimes de abuso sexual de crianças, adolescentes e menores dependentes registados pelas autoridades policiais (GEPMJ, 2006)	69



Quadro XVII: Processos-crime na fase de Julgamento findos nos tribunais judiciais de 1ª Instância (GEPMJ, 2006)	70
Quadro XVIII: Número de exames de sexologia forense efectuados nos Institutos de Medicina Legal (Barra da Costa, 2003)	70
Quadro XIX: Número de casos de vitimação sexual de menores identificados pela APAV (2006)	71
Quadro XX: Processos de crianças e jovens instaurados por vitimação sexual nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco	71
Quadro XXI: Estudos realizados em Portugal que disponibilizam dados sobre a epidemiologia e características do abuso	72
Quadro XXII: Estudos realizados em Portugal que disponibilizam dados sobre as características da vítima e do ambientes familiares	101
Quadro XXIII: Problemas de comportamento na infância e/ou adolescência	134
Quadro XXIV: Problemas de Ansiedade na infância e/ou adolescência	136
Quadro XXV: Depressão na infância e/ou adolescência	138
Quadro XXVI: Problemas sexuais na infância e/ou adolescência	140
Quadro XXVII: Comportamentos auto-destrutivos na infância e/ou adolescência	142
Quadro XXVIII: Abuso de substâncias na infância e/ou adolescência	143
Quadro XXIX: Outras problemáticas menos prevalentes na infância e/ou adolescência	145
Quadro XXX: Psicopatologia em geral na idade adulta	152
Quadro XXXI: Depressão na idade adulta	156
Quadro XXXII: Ansiedade na idade adulta	159
Quadro XXXIII: Abuso de substâncias na idade adulta	162
Quadro XXXIV: Comportamentos auto-destrutivos	164
Quadro XXXV: Perturbações alimentares na idade adulta	166
Quadro XXXVI: Problemas dissociativos e psicóticos na idade adulta	168
Quadro XXXVII: Somatização/problemas somáticos na idade adulta	169
Quadro XXXVIII: Problemas de sexualidade na idade adulta	172
Quadro XXXIX: Problemas ao nível do funcionamento social/interpessoal na idade adulta	176
Quadro XL: Problemas nas relações íntimas na idade adulta	178
Quadro XLI: Problemas na parentalidade na idade adulta	180
Quadro XLII: Revitimação na idade adulta	181

Quadro XLIII: Impacto do abuso sexual na idade adulta em função da etnia	185
Quadro XLIV: Características socio-demográficas da amostra (no momento da ocorrência do abuso)	248
Quadro XLV:: Características do abuso dos participantes em estudo	249
Quadro XLVI: Outras problemáticas presentes no agregado familiar da amostra	249
Quadro XLVII: Tipologia e exemplos de Momentos de Inovação	257
Quadro XLVIII: Efeitos do abuso: contrastação dos grupos R e NR	301
Quadro XLIX: Diferenças na duração dos cinco MIs em função dos grupos	309
Quadro L: Diferenças na duração dos dois tipos de MI de Reflexão em função dos grupos	310
Quadro LI: Diferenças na duração dos dois tipos de MI de Protesto em função dos grupos	311



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I: Duração dos MIs por participante	272
Gráfico II: Duração dos MI de Acção	273
Gráfico III: Duração dos MI de Reflexão	274
Gráfico IV: Duração dos MI de Protesto	279
Gráfico V: Duração dos MI de Reconceptualização	281
Gráfico VI: Duração dos MI de Desempenho da mudança	283
Gráfico VIII: Duração dos MIs com Marcadores de Retorno ao Problema	285
Gráfico IX: Duração dos MIs no grupo de crianças e/ou jovens Resilientes	307
Gráfico X: Duração dos MIs no grupo de crianças e/ou jovens Não Resilientes	308
Gráfico XI: Duração média dos MIs por grupo	309
Gráfico XII: Saliência do MI de Reflexão	310
Gráfico XIII: Saliência do MI de Protesto	311
Gráfico XIV: Saliência dos MIs com e sem MRP no grupo de crianças e/ou jovens resilientes	312
Gráfico XV: Saliência dos MIs com e sem MRP no grupo de crianças e/ou jovens não resilientes	312
Gráfico XVI: Saliência dos MIs com e sem MRP em função dos grupos	313



## LISTA DE FIGURAS

Figura I: Características do abuso nos dois grupos: Resilientes e Não Resilientes	299
Figura II: Características do agregado familiar nos dois grupos: Resilientes e Não Resilientes	299
Figura III: Outras problemáticas presentes no agregado familiar nos dois grupos: Resilientes e Não Resilientes	300



## INTRODUÇÃO





O abuso sexual foi reconhecido como um problema social no início dos anos oitenta, na sequência de um conjunto de estudos epidemiológicos que revelaram indicadores de prevalência do mesmo que eram verdadeiramente assustadores (Haugaard, 2000; Machado 2002). Nas últimas décadas, observou-se uma significativa proliferação no estudo deste fenómeno, apesar de subsistirem imprecisões relativamente à sua prevalência, na medida em que diferentes abordagens metodológicas têm sido utilizadas para o estudar, nomeadamente em termos de instrumentos, amostra e da própria conceptualização do abuso. Em Portugal, o interesse por este objecto de estudo é ainda mais recente e o investimento no seu estudo científico é ainda bastante circunscrito, ainda que os dados disponíveis de fontes oficiais e de estudos científicos demonstrem que o abuso sexual é, também no nosso País, uma realidade não negligenciável.

A investigação no domínio do abuso sexual na infância e adolescência tem vindo a reportar uma variedade de potenciais consequências da experiência abusiva no desenvolvimento das crianças e/ou adolescentes, quer a curto, quer a longo-prazo (e.g., Kendall-Tackett et al., 1993). No entanto os estudos acerca do impacto do abuso sexual revelam algumas dificuldades, quer no acordo entre investigadores quanto às principais áreas de funcionamento afectadas pelo abuso, quer quanto às suas repercussões na idade adulta, quer ainda no que diz respeito aos factores moderadores do impacto e à explicação conceptual do mesmo (Tremblay, Hébert & Piché, 1999). Quanto a este último aspecto, salientamos a relativa escassez de modelos teóricos que nos permitam compreender de forma integrada as diferentes dimensões do trauma, quer ainda a pouca atenção que vem sendo dada aos processos internos de significação da criança/jovem abusado e à forma como estes moldam a sua vivência do abuso e as formas específicas de reacção que a criança evidencia.

Por outro lado, a par do crescente reconhecimento do impacto do abuso no desenvolvimento da criança e/ou jovem vítima, a investigação tem largamente negligenciado o estudo dos factores que caracterizam as trajectórias desenvolvimentais resilientes identificadas em muitas crianças abusadas (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000). Efectivamente, esta é ainda uma área pouco explorada e cuja compreensão é também dificultada pelos próprios problemas de conceptualização da resiliência (Heller, Larrieu, D'Imperio & Boris, 1999). Na verdade, existem vários modelos teóricos explicativos da resiliência, mas poucos têm sido explicitamente aplicados ao abuso sexual, sendo ainda menos os que foram especificamente concebidos para compreender, quer o impacto, quer os processos de mudança após a experiência de abuso. Também nesta dimensão, a atenção

aos processos de significação das vítimas e à forma como estes promovem ou restringem os percursos das crianças/jovens em direcção à mudança tem sido relativamente esquecida.

Neste sentido, há, a nosso ver, uma necessidade de novas abordagens conceptuais ao abuso sexual, que permitam uma compreensão integrada do seu impacto e dos processos em direcção à resiliência, ao mesmo que se foquem na forma como estas dinâmicas de impacto e de mudança são moldadas pela vivência subjectiva e pela forma como crianças/jovens vítimas conferem significado ao abuso e às suas próprias capacidades e esforços para resistir ao seu efeito adverso.

O presente trabalho pretende, assim, explorar, através de uma grelha conceptual narrativa, as dinâmicas de significação explicativas do impacto e da resiliência, num grupo de crianças/jovens vítimas de abuso sexual, dinâmicas essas analisadas através de entrevistas qualitativas em profundidade e de uma posterior *grounded analysis* dos dados. Pretende, ainda, através da diferenciação deste grupo em duas sub-amostras, de crianças/jovens resilientes e não resilientes (identificadas através de critérios psicométricos e clínicos por juizes independentes), identificar as características da elaboração narrativa da experiência de abuso, que sejam eventualmente diferenciadoras das trajectórias desenvolvimentais resilientes por oposição àquelas que se caracterizam pela predominância do impacto negativo do abuso. Por fim, na sequência do que foi anteriormente dito, este trabalho tem ainda um objectivo teórico mais amplo: analisar a adequação e as contribuições do modelo narrativo para a compreensão dos processos de significação subjacentes ao impacto do abuso, bem como aos processos de mudança conducentes à resiliência das crianças e jovens vítimas.

A presente dissertação encontra-se organizada em duas grandes partes, uma primeira parte que integra cinco capítulos de revisão da literatura e uma segunda parte, que apresenta dois estudos empíricos realizados no âmbito desta tese.

No que concerne aos cinco capítulos teóricos, estes assumem, à excepção dos dois últimos, uma estrutura comum, começando-se por apresentar, em cada capítulo e para o tema nele tratado, uma revisão sistemática dos estudos publicados sobre o fenómeno entre 1985 e 2006 nas bases de dados disponíveis (PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE, SAGE Full-Text Collection, EBSCO-HOST: Research Data Base, Science Direct (Elsevier); SCOPUS – Database of Research Literature), seguida dos estudos publicados em Portugal. De seguida é feita uma análise crítica da literatura revista, discutindo-se os seus principais contributos e limitações e identificando-se pistas para estudos futuros. Esta estrutura é seguida no capítulo 1, dedicado à

conceptualização e prevalência do abuso, no capítulo 2, centrado nos factores de risco para o mesmo e no capítulo 3, dedicado ao seu impacto, a curto e a longo-prazo.

Assim, no primeiro capítulo desta tese apresentamos uma revisão sistemática dos estudos de prevalência realizados ao nível internacional e nacional, de modo a contextualizar o nosso objecto de estudo em termos da sua definição, dimensão e caracterização. Esta abordagem permite, por um lado, definir o nosso objecto de estudo (bem como identificar e discutir as dificuldades definicionais que têm afectado as investigações sobre o abuso e a sua comparabilidade), ao mesmo tempo que a abordagem à sua prevalência nos permite compreender a relevância social deste problema e justificar a necessidade de o continuar a estudar.

Ainda em termos da epidemiologia do abuso, e para além da caracterização geral apresentada no capítulo anterior, é nossa intenção, para enriquecer a nossa compreensão deste fenómeno, compreender que tipo de variáveis pessoais, sociais e familiares surgem na literatura como associadas ao risco e vulnerabilidade de ocorrência de abuso sexual. Esta revisão é exposta no segundo capítulo desta dissertação.

Após a análise da definição, da relevância social e das características epidemiológicas do abuso, o capítulo três apresenta uma revisão exaustiva do que os estudos têm revelado em termos do impacto desenvolvimental da experiência de abuso, quer na infância e/ou juventude quer na idade adulta, assim como percorre os principais modelos conceptuais explicativos que têm sido desenvolvidos para compreender os efeitos das experiências de adversidade e trauma, bem como aqueles modelos teóricos que têm sido especificamente concebidos para explicar o impacto específico do abuso sexual.

No quarto capítulo, e a partir da constatação, apresentada no capítulo anterior, de que muitas crianças apresentam percursos de resiliência após sofrerem experiências abusivas, e da necessidade de explicar este fenómeno, tivemos por objectivo discutir o conceito de resiliência enquanto resultado desenvolvimental adaptativo face à adversidade. Neste âmbito, apresentamos as principais linhas que nortearam o estudo deste objecto nas últimas décadas, e sistematizamos as principais conclusões da investigação sobre a resiliência no âmbito do abuso sexual. A escassez da literatura neste domínio fez-nos adoptar um modelo de apresentação dos estudos diferente do apresentado nos capítulos anteriores, muito embora se mantenha a estrutura básica de apresentação dos estudos, seguida da sua discussão crítica e de sugestões para investigações futuras.

Partindo dos modelos teóricos anteriormente identificados (nos capítulos terceiro e quarto) para explicar o impacto e a resiliência no abuso, constatamos que apenas a psicopatologia do desenvolvimento e o modelo ecológico têm oferecido uma conceptualização integrada daqueles dois processos. Apesar dos seus contributos, nenhum, contudo, a nosso ver, enfatiza suficientemente os processos narrativos através dos quais as vítimas dão sentido ao que lhes aconteceu, dessa forma modelando o seu impacto, bem como conferindo significação e valor aos seus próprios recursos, competências e actos que se situam fora da influência do problema. Foi, pois, nosso objectivo apresentar no capítulo quinto desta dissertação um modelo conceptual alternativo a estes e que julgamos poder aprofundar a compreensão, quer do impacto do abuso, quer da resiliência: o modelo narrativo de re-autoria, de White e Epston (1990). Este modelo serviu de orientação à metodologia de recolha e análise dos dados adoptada nos estudos empíricos elaborados no âmbito desta tese.

Na segunda parte deste trabalho é exposta a nossa contribuição empírica para este domínio de estudos, através da qual pretendemos, em traços gerais, avaliar a aplicabilidade e capacidade explicativa do modelo narrativo de re-autoria para a compreensão do impacto do abuso e para a clarificação dos processos de significação promotores de trajectórias resilientes espontâneas em crianças/jovens abusados. No primeiro estudo, serão apresentados e discutidos os resultados acerca da elaboração narrativa da experiência abusiva e dos recursos pessoais e sociais de que as crianças/jovens dispõem para a mudança (momentos de inovação).

Por sua vez, no segundo estudo pretende-se compreender se as crianças e/ou jovens resilientes se diferenciam das não resilientes em termos das suas narrativas do abuso, quer no que se refere à forma como compreendem o seu impacto, quer quanto aos elementos pessoais e sociais que identificam como promotores da mudança, quer ainda no que diz respeito à forma como elaboram e valorizam os seus actos, pensamentos e sentimentos que se escapam ao domínio de influência do problema (seus efeitos, prescrições e discursos).

De seguida, na discussão integrativa dos resultados, serão criticamente analisados os resultados de ambos os estudos empíricos à luz da conceptualização narrativa adoptada nesta investigação, visando obter uma perspectiva integrada e reflexiva acerca dos dados obtidos sobre o impacto e os processos de mudança no abuso sexual infantil/juvenil, assim como reflectir criticamente sobre as próprias contribuições do modelo narrativo, enquanto grelha teórica alternativa, para a compreensão destes processos.

Para terminar, na conclusão, é nosso objectivo sistematizar os principais contributos dos estudos efectuados no âmbito desta tese e analisar as suas implicações para a prática social e clínica, identificar e discutir as suas limitações e insuficiências e sugerir pistas para futuras investigações neste domínio.



PARTE A

ABORDAGENS TEÓRICAS DO ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E/OU  
ADOLESCÊNCIA





## CAPÍTULO I

EPIDEMIOLOGIA DO ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA:

UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA



## 1. Introdução

O número de pessoas que são vítimas de abuso sexual é ainda uma questão controversa, que continua a suscitar debate entre a comunidade científica. As estatísticas oficiais não constituem um retrato fidedigno da realidade, já que a investigação tem demonstrado de forma consistente que a maioria das vítimas não revela o abuso e que uma proporção ainda inferior denuncia estes casos às autoridades (Fergusson & Mullen, 1999). Concomitantemente, as taxas de incidência<sup>1</sup> são difíceis de estabelecer na medida em que a maioria das situações de vitimação sexual não são denunciadas no momento em que ocorrem (Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990). Nos últimos vinte anos, a investigação tem produzido grandes esforços no sentido de avaliar a dimensão do fenómeno através dos estudos de prevalência, procurando estimar através de inquéritos retrospectivos a proporção da população que foi sexualmente abusada ao longo da infância e adolescência. Contudo, estes estudos têm também gerado uma grande variabilidade de estimativas. Numa revisão de estudos publicados sobre a prevalência do abuso, Peters e colaboradores (1986, cit. Conte, 1991), verificaram índices de 6% a 62% nas participantes femininas e 3% a 30% na amostra masculina. Finkelhor (1994), numa revisão dos estudos realizados nos Estados Unidos da América e no Canadá, verificou que pelo menos 20% a 25% das mulheres e 5% a 15% dos homens experienciaram algum contacto sexual abusivo. Numa outra revisão de estudos realizados com populações não clínicas em 19 países, Finkelhor (1994) concluiu que o abuso sexual é um fenómeno transcultural, aferindo taxas de respostas positivas nas mulheres que oscilam entre 7% num estudo finlandês e 36% numa amostra austríaca e 3% e 29% nos homens, em estudos realizados na Suíça e África do Sul respectivamente.

Neste capítulo é nosso objectivo apresentar uma revisão da literatura no âmbito da prevalência do abuso sexual na infância e adolescência. Consideramos necessária esta primeira abordagem ao nosso objecto para podermos ter uma ideia mais clara da sua dimensão, definições, caracterização e impacto social. Começaremos por apresentar os dados empíricos obtidos nos estudos de prevalência realizados ao nível internacional. Num momento posterior, procederemos a uma exploração mais específica de resultados obtidos em inquéritos e/ou estudos que fornecem indicadores sobre este tipo de vitimação no nosso país. De seguida,

---

<sup>1</sup> Refere-se ao número de novas ocorrências que ocorrem num determinado período de tempo (usualmente um ano)

sistematizaremos as conclusões encontradas e teceremos algumas considerações críticas sobre as limitações subjacentes à investigação epidemiológica nesta área. Por fim, procuraremos delinear orientações futuras de investigação ao nível internacional e nacional. Neste capítulo os resultados dos estudos serão apresentados em tabelas uma vez que o número de estudos encontrados é significativo para que pudesse ser descrito ao longo do texto.

## **2. Definições e prevalência do abuso: estudos internacionais**

Atendendo ao elevado número de estudos de prevalência citados na literatura, às múltiplas definições de abuso que utilizam, à sua variabilidade metodológica e aos seus resultados díspares, considerámos importante proceder a uma análise sistemática deste tipo de investigação. Para tal, efectuámos uma pesquisa exaustiva nas revistas científicas publicadas entre 1985 e 2006, disponíveis nas bases de dados PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE, SAGE Full-Text Collection, EBSCO-HOST: Research Data Base, Science Direct (Elsevier), SCOPUS – Database of Research Literature, bem como na análise de livros e monografias publicadas ao longo do período mencionado.

Da análise efectuada, podemos agrupar os diferentes estudos de prevalência em três grandes categorias: a) estudos que envolvem amostras da população geral provenientes de comunidades nacionais ou locais; b) estudos com amostras de grupos específicos, na sua maioria constituídos por estudantes do ensino superior e secundário; e c) estudos realizados junto de amostras caracterizadas por uma condição clínica (física ou mental) ou legal/judicial.

### **2.1. Apresentação geral dos estudos de prevalência**

A revisão efectuada resultou em oitenta estudos que referenciam taxas de prevalência de abuso sexual na população geral, realizados nos diferentes continentes. A maioria destes estudos foi realizada na América do Norte (cf. quadros I e II), assistindo-se a uma considerável proliferação de inquéritos entre finais dos anos 80 e década de 90. No início da década de 90, surgem também estudos na Nova Zelândia e Austrália (cf. quadros III e IV), muito embora as referências remetam apenas para a publicação de cinco estudos efectuados nestes países.

Relativamente ao continente Europeu, verificamos que a avaliação da dimensão do fenómeno assumiu maior visibilidade a partir de 1995, surgindo referência a dezoito estudos

oriundos de dez países (cf. quadros V e VI). Esta análise permite-nos ainda observar que a investigação acerca da prevalência do abuso sexual na população normativa se iniciou muito recentemente na Ásia, assistindo-se às primeiras publicações de dois estudos de prevalência em 1996 e notando-se uma crescente proliferação de estudos nos últimos anos (cf. quadros VII e VIII), particularmente nas sociedades muçulmanas. Por outro lado, é possível constatar que poucos estudos exploram a extensão deste tipo de vitimação na América Latina (cf. quadros IX e X) e em África (cf. quadros XI e XII). Apesar da menção a dados de prevalência nos finais da década de 80 (África do Sul; Levett, 1989) e inícios de 90 (Costa Rica; Krugman, Mata & Krugman, 1992), só tivemos acesso a seis estudos realizados em seis países da América Latina e a seis estudos produzidos em três países do continente Africano.

Como podemos observar no quadro VII, outros estudos têm documentado a prevalência das experiências sexualmente abusivas ocorridas na infância e adolescência, na população clínica ou em amostras provenientes do sistema de justiça. A grande maioria destes estudos (88%) é proveniente da América do Norte (18) e Europa (11), evidenciando-se o número reduzido de estudos oriundos dos restantes continentes, designadamente da Ásia e Oceania. Os dados disponíveis sugerem um aumento de estudos nos últimos dezasseis anos, sendo visível o interesse por condições clínicas diversificadas (e.g., Aylwin, Studer, Reddon & Clelland, 2003; Ballon, Courbasson, & Smith, 2001; Brodsky, Cloitre & Dulit, 1995; Drossman, et al., 1990; Kvam, 2004; Linton, 1997; Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro & Pinto-Martin, 2005; Nagata, et al., 1999; Schein, et al., 2000).

Quadro I: Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras da Comunidade realizados na América do Norte

País	Autores	Tipo de Amostra	Género	N	Instrumento/ Modo de administração <sup>2</sup>	Definição de abuso <sup>3</sup>	Taxa de prevalência		Intercurso sexual <sup>4</sup>		Início Abuso (m)	
							M	F	M	F	M	F
<i>EUA</i>	Wyatt, G. (1985)	Local	F	248 (18-36) 126 afro-americanas; 122 americanas-Caucasianas	<i>Childhood Sexual Experiences Survey</i> (Wyatt, 1985)/ EFF	A <18 +5 ou coerção B <18 +5 ou coerção	62%	45%				9-12  6-8
<i>Canadá</i>	Bagley & Ramsey (1986) cit. Bolen & Scannapieco (1999)	Local	F	377	EFF	B <16 +3	22%					
<i>EUA</i>	Finkelhor, Hotaling, Lewis & Smith (1990)	Nacional	M/F 1145/1141	2, 626 (>18 anos)	<i>Los Angeles Times Sexual abuse Survey</i> (Finkelhor e col., 1990)/ET	A <18	16%	27%	62% (AA)	49% (AA)	9.9 9.6	
<i>Canadá</i>	Bagley (1991) cit. Bolen & Scannapieco (1999)	Local	F	750 (18-27)	EFF	B <17	32%		9% (AT)	13% (AT)		
<i>EUA</i>	Elliott & Briere (1992)	Nacional	F	2963 (m=41.7)	QAR/QAA	B <16 +5	26.9%			24% (AA)	9.3	

<sup>2</sup> EFF-Entrevista face a face; ET – Entrevista telefónica; EC- Entrevista clínica; QAR– Questionário de auto-relato; QAA- Questionário auto-administrado

<sup>3</sup> A-Inclusão de formas abusivas de contacto e não contacto físico; B- Restrição a formas de abuso com contacto físico; C- Delimitação a tentativa/concretização de intercurso sexual; +5 – Definição de uma diferença etária de 5 anos entre ofensor e vítima.

<sup>4</sup> AA- Amostra Abusada; AT- Amostra total

EUA	Wyatt, Guthrie & Notgrass (1992) cit. Fergusson & Mullen (1999)	Nacional	F	248	<i>Childhood Sexual Experiences Survey</i> (Wyatt, 1985)/EFF	B <18	45.2%				
EUA	Finkelhor & Dziuba-Leatherman (1994) cit. Fergusson & Mullen (1999)	Nacional	M/F 1042/958	2000 (10-16)	ET	A ≤16 B ≤16	5.9% 15.3% 1% 6.9%			1.3% (AT)	
Canadá	Bagley, Wood & Young (1994)	Local	M	750	QAR (Bagley 1990a, 1990b)/ QAA	B <17, indesejadas	15.5%				
EUA	Kilpatrick & Saunders, 1995 cit. Kogan (2004)	Nacional	F	1,958 (12-17)	<i>Incident Classification Interview</i> (Saunders et al., 1992)/ET	B ≤17 n/desejadas	13%			37% (incidentes)	11.2
Canadá	Bagley (1995) cit. Fergusson & Mullen (1999)	Nacional	M/F 935/898	1933	QAR/QAA	B <17	8.2% 17.6%				
EUA	Wonderlich, Wilsnack, Wilsnack & Harris (1996)	Nacional	F	1099	QAR/QAA	A <18	24%				
Canadá	MacMillan, Fleming, Trocme, Boyle, Wong, Racine, Beardslee & Offord (1997) cit. Bolen & Scannapieco (1999)	Local	M/F 5434/4519	9953	<i>Child Maltreatment History Self Report</i> (MacMillan et al, 1997)/QAA	A	4% 13%				
EUA	Finkelhor, Moore, Hamby & Straus (1997)	Nacional	M/F	1000 (pais)	ET	B <18 c/adulto ou criança mais velha (incidência)	9% 30% 6.1% 5.3%	5% (AT)	12% (AT)		
EUA	Robin, Chester, Rasmussen & Jaranson, (1997)	Local	M/F 158/217	375 (comunidade indígena norte-americana)	EFF	B <16 +5	14% 49%			55% (AA)	



<i>EUA</i>	Wyatt, Loeb, Solis, & Carmona, (1999)	Local	F	338 (18-36 anos) 182 afro-americanas; 156 euro-americanas	EFF	B <18 +5, indesejada ou uso de coerção	34% 29% 39%	74% 72% (muito severos)	11 12
<i>EUA</i>	Vogeltanz, Wilsnack, Wonderlich & Kristjanson (1999)	Nacional	F	1099 (≥ 21)	EFF		17.3% -24%		
<i>EUA</i>	Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick & Walker (1999)	Nacional	F	4008 (m=44.9)	<i>Incident Classification Interview</i> (Saunders et al., 1992)/ET	C <18	8.5%		10.8
<i>Canadá</i>	MacMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson, Duku, Walsh, Wong, Beardslee & Offord (2001)	Local	M/F 3338/3678	7016	<i>Child Maltreatment History Self Report</i> (MacMillan et al, 1997)/QAA	A/infância, indesejadas, p/adulto	4.3% 12.4%		
<i>EUA</i>	Briere & Elliott (2003)	Nacional	M/F	935 (18-90, M=46)	<i>Traumatic Events Survey</i> (Elliott, 1992)/QAA	B <18 +5 ou uso da força	14.2%32.3%	52.8% (AA)	9.7
<i>EUA</i>	Scher, Forde, McQuaid & Stein (2004)	Local	M/F 349/618	967 (18-65; m=39.52)	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (Bernstein & Fink, 1998)/ET	A/infância	2.2% 7.5%		
<i>EUA</i>	Sachs-Ericsson, Blazer, Plant & Arnow (2005)	Nacional	M/F	5877 (15-54; m=33.2)	EFF	B <15/indesejadas	5.5% 2% 11.4%	1.6%	

Quadro II. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras de grupos específicos realizados na América do Norte

País	Estudos	Tipo de amostra	Gênero	N	Instrumento	Definição de abuso	Taxa de prevalência		Intercurso sexual		Início Abuso (m)	
							M	F	M	F	M	F
EUA	Hibbard, Ingersoll & Orr (1990)	Ensino Secundário	M/F	3998 (12-17)	QAR/QAA		6%	12.9%				
EUA	Zierler, Feingold, Laufer, Velentgas, Kantrowitz-Gordon & Mayer (1991)	Grupo de risco (VIH)	M/F 85/101	187	EFF	C <20	14.1%	28.7%				
						Infância Adolescência	19.8% 8.9%	9.4% 4.7%				
EUA	Nelson, Higginson, Grant-Worley (1994)	Ensino Secundário	M/F 1139/1193	2332 (14-18)	QAR/QAA	A, indesejadas	8.1%	33.1%				
EUA	Briere, Smiljanich & Henschel (1994)	Ensino Superior	M/F 107/ 207	314	QAR/QAA	B ≤16 +5	19.8%	21.7%	20.9%	53.5% (AA)	11.1	
EUA	Fox & Gilbert (1994)	Ensino Superior	F	253 (18-44, m=19.3)	<i>Finkelhor Childhood Victimization Questionnaire</i> (1979)/QAA	B <17 p/membro da família (incesto)	21.1%	7.1%				
EUA	Peters & Range (1995)	Ensino Superior	M/F 131/135	266	QAR/QAA	A <12 n/desejadas	19.1%	31.9%				
						B <12 n/desejadas	12.2%	19.3%				
EUA	Lodico, Gruber, & DiClemente (1996)	Ensino Secundário	M/F 2986/3238	6224 (m=16)	QAR/QAA	B c/adulto ou c/vontade	4.1%	16.5%				
												10.1%

<i>Nova México</i>	Arroyo, Simpson, & Aragon (1997)	Ensino Superior	F	221 (18-60)	<i>Childhood Sexual Experiences Survey</i> (Wyatt, 1985)/QAA	B ≤ 15 +5 ou uso da força	31.2%	27.5% (incidentes)	8
				70 Hispânicas; 151 Não-Hispânicas			27.1%		
							33.1%		
<i>EUA</i>	Roberts & Sorensen (1999)	População Lésbica	F	1633 (18-82; M=32)	QAR/QAA	B <18	39%		
<i>EUA</i>	Back, Jackson, Fitzgerald, Shaffer, Salstrom & Osman (2003)	Ensino Superior	F	65 (17-24, m=19.6)	<i>Trauma Assessment for Adults-Self Report</i> (Falsetti, 1996)/QAA	B <13 +5	15.4%		10

Quadro III. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras da Comunidade, realizados na Oceânia

País	Autores	Tipo de Amostra	Gênero	N	Instrumento/ Modo de administração	Definição de abuso	Taxa de prevalência		Intercurso sexual		Início Abuso (m)	
							M	F	M	F	M	F
<i>Nova Zelândia</i>	Anderson, Martin, Mullen, Romans & Herbison (1993) cit. Fergusson & Mullen (1999)	Local	F	497	EFF	A <16, não desejadas		32%			7.3% (AT)	
						B <16, não desejadas		25%				
<i>Nova Zelândia</i>	Fergusson, Lynskey, & Horwood (1996)	Local	M/F	1019 (18)	EFF	A <16	3.4%	17.3%	1.4% (AT)	5.6% (AT)		
<i>Austrália</i>	Fleming, Mullen & Bammer (1997)	Nacional	F	710	<i>Childhood Sexual Experiences Survey</i> (Wyatt, 1985)/ QAA	B < 12 +5		20.3%			5.4% (AT)	

<i>Austrália</i>	Dunne, Purdie, Cook, Boyle & Najman (2003)	Nacional	M/F	1784 (18-59)	ET	A n/desejadas	<16	14.2%	32.3%	4% (AT)	12% (AT)
------------------	--	----------	-----	--------------	----	---------------	-----	-------	-------	---------	----------

Quadro IV. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras de grupos específicos, realizados na Oceânia

	Autores	Tipo de Amostra	Gênero	N	Instrumento/ Modo de administração	Definição de abuso	Taxa de prevalência		Intercurso sexual		Início Abuso (m)	
							M	F	M	F	M	F
<i>Austrália</i>	Goldman & Padayachi (1997)	Ensino Superior	M/F	427 (mM=21.1; mF21.7)	<i>Finkelhor Childhood Victimization Questionnaire (1979)/QAA</i>	A < 17	19%	45%	31% (AA)	43% (AA)	10	

Quadro V: Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras da Comunidade realizados na Europa

País	Autores	Tipo de Amostra	Gênero	N	Instrumento/ Modo de administração	Definição de abuso	Taxa de prevalência		Intercurso sexual		Início Abuso (m)	
							M	F	M	F	M	F
Grã-Bretanha	Baker & Duncan (1985)	Nacional	M/F	2019 (>15)	EFF	A <16 c/sujeito sexualmente maduro	8%	12%	5% (AT)	5% (AT)	12.3/10.74	
<i>França</i>	Bouhet, Perard & Zorman (1992) cit. Finkelhor (1994)	Local	M/F	1511 (18-60)	QAR/QAA	A <18	5%	10% 8%	5%		11	

<i>Espanha</i>	López, Carpintero, Hernández, Martín & Fuertes (1995)	Nacional	M/F	1821 (18-60)	EFF	A ≤16 +5 ou uso de violência	15%	22%		12	11.1
								19%			11.4
<i>Noruega</i>	Pedersen & Skrondal (1996)	Local	M/F	465 (m=19.3)	QAR/QAA	B <19, uso da força (13-19)	1%	17%			13
								9.7%			
<i>Suíça</i>	Tschumper, Narring, Meier & Michaud (1998)	Nacional	F	3993 (15-20)	QAR/QAA	A		18.6%			
<i>Suécia</i>	Spak, Spak & Allebeck (1998)	Local	F	316	EFF	B <18		9.8%			12
<i>Suíça</i>	Niederberger (2002)	Local	F	980 (20-40)	QAR/QAE	A <16 n/consentido (12-16)		39.8%		14.7% (abuso severo)	11.2
<i>Portugal</i>	Figueiredo, Paiva, Maia, Fernandes & Matos (2004)	Local	M/F	932 (25-84)	<i>Childhood History Questionnaire</i> (Milner, Robertson e Rogers, 1990)/QAA	A <18	2.6%	2.7%			
<i>Reino Unido</i>	May-Chahal, & Cawson (2005)	Nacional	M/F	2869 (18-24)	EFF	A <16 indesejadas +5,	11%	21%	2% (AT)	5% (AT)	
			1234/ 1635					16%			

Quadro VI. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras de grupos específicos realizados na Europa

País	Estudo	Tipo de amostra	Gênero	N	Instrumento/ Modo de Administração	Definição de abuso	Taxa de prevalência		Intercurso sexual		Início Abuso (m)	
							M	F	M	F	M	F
<i>Inglaterra</i>	Wellman (1993)	Ensino Superior	M/F 167/657	824 (m=20)	QAR/QAA		6%	13%				
<i>Noruega</i>	Bendixen, Muus & Schei (1994)	Ensino Superior	M/F 486/510	996 (16-58, m=22.7)	QAR/QAA	A <18 c/adulto ou uso da força ou coerção	3.5%	19.4%	0.6% (AT)	4.5% (AT)		Muito severo
<i>Finlândia</i>	Sariola & Uutela (1994)	Ensino Secundário Nacional	M/F 3322/3591	6913 (15-16)	<i>Finkelhor Childhood Victimization Questionnaire</i> (1979)/QAA	A <16 +5 ou uso da força	3%	8%				
<i>Áustria</i>	Kinzl, Traweger & Biebl (1995)	Ensino Superior	F	202 (18-30, m=22)	QAA/QAA	A <18		21.8%				
<i>Finlândia</i>	Sariola & Uutela (1996)	Ensino Secundário Ensino Profissional Nacional	F	3591	<i>Finkelhor Childhood Victimization Questionnaire</i> (1979)/QAA	A +5 (incesto pai-filha)		6.4%				
<i>França</i>	Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi & Hassler (1997)	Ensino Secundário Nacional	M/F 48.7%/51.3%	8140 (m=16.2)	QAR/QAA	C + uso de violência	0.6%	0.9%				
<i>Suíça</i>	Bouvier, Halpérin, Rey, Jaffé, Laederach, Mounoud & Pawlak	Ensino Secundário	M/F 548/568	1116 (14-16)	QAR/QAA	A <16  B <16	10.9%	33.8%	1.1% (AT)	5.6% (AT)		

<i>Suécia</i>	(1999) Edgardh, K. & Ormstad, K. (2000)	Ensino Secundário Nacional	M/F 814/ 1129	1943 (17)	OAR/QAA	A ≤17 +5 /indesejadas	3.1%	11.2%	1.2% (AT)	3.1% (AT)	9.1	9
							2.3%	7.1% (s/exibicionismo)				
<i>Portugal</i>	Fávero, M. (2003)	Estudantes N/Estudantes	M/F 402, 435	837  746 Est. 91 N/Est.	OAR/QAA	A +5	3.7%	9.9%				
								6.7%				
<i>Dinamarca</i>	Helweg-Larsen & Larsen, H.(2006)	Estudantes	M/F 2910/2918	5829 (15-16)	<i>Finkelhor Childhood Victimization Questionnaire</i> (1979)/QAA	A <15 c/pessoa muito mais velha	6.7%	15.8% 11.3%	4.2% (AT)	9.2% (AT)		

Quadro VII. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras da Comunidade, realizados na Ásia

País	Estudo	Tipo de Amostra	Género	N	Instrumento/ Modo de administração	Definição de abuso	Taxa de prevalência		Intercurso sexual		Início Abuso (m)	
							M	F	M	F	M	F
<i>Taiwan</i>	Jirapramukpita, Prince & Harpman (2005)	Local	M/F	202 (16- 25)	<i>Childhood Sexual Experiences Survey</i> (Wyatt, 1985)/QAA	C ≤16 5+	4.9%	6.5%				
								5.8%				

Quadro VIII. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras de grupos específicos, realizados na Ásia

País	Estudo	Tipo de Amostra	Gênero	N	Instrumento/Modo de administração	Definição de abuso	Taxa de prevalência		Intercurso sexual		Início Abuso (m)	
							M	F	M	F	M	F
<i>Malásia</i>	Singh, Yiing & Nurani (1996)	Ensino Superior	M/F 141/471	616 (m=20-24)  518 Malasianos 56 Indianos 36 Chineses	QAR/QAA	A <18	2.1%	8.3%	9.5%	7	5-10	10
<i>Taiwan</i>	Chen, R. (1996)	Ensino Superior	M/F 1073/1074	2178 (17-25)	QAR/QAA	A, infância	2.6%	34.5%				
<i>Palestina</i>	Haj-Yahia & Tamish (2001)	Ensino Superior	M/F 291/391	652 (18-37, m=20.64)	<i>Finkelhor Childhood Victimization Questionnaire</i> (1979)/QAA	A <12 A 12-16, n/des. A >16, n/des.	18.6%	36.2%	45.6%			
<i>Hong Kong</i>	Tang, C. (2002)	Ensino Superior	M/F 887/1151	2147 (18-30, m=21)	QAR/QAA	A <17 p/alguém mais velho	4.3%	7.4%	1%	6%	15-17	10-14
<i>Israel</i>	Benbenishty, Zeira & Astor (2002)	Ensino Secundário/ Preparatório Nacional	M/F 4433/5191	10410	QAR/QAA	A p/agentes escolares	9.9%	5.9%				11
								8.2%				



<i>Singapura</i>	Back, Jackson, Fitzgerald, Shaffer, Salstrom & Osman (2003)	Ensino Superior	F	83 (18-21, m=18.9)	<i>Trauma Assessment for Adults-Self Report</i> (Falsetti, 1996)/QAA	B <13 +5	4.5%			8.25
<i>China</i>	Chen, Dunne & Han (2004)	Ensino Secundário	M/F 1145/1155	2300 (16-24, m=17.2)	QAR/QAA	A <16, indesejadas	10.5% 16.7% 13.6%	1%		11.5
<i>Coreia</i>	Kim, H. & Kim, H. (2005)	Amostra nacional	M/F 1120/552	1672  1053 Ensino Intermédio/ Secundário; 619 delinquentes identificados	QAR/QAA	C <18 p/familiar de sangue	3.7%			
<i>Israel</i>	Elbedour , Abu-Bader, Onwuegbuzie, Abu-Rabia & El-Aassam (2006)	Ensino Secundário (Comunidade conservadora e tradicional árabe)	F	217 (14-18)	<i>Finkelhor Childhood Victimization Questionnaire</i> (1979)/QAA	A ≤18, indesejadas (12-18)	31.3%		7.3%	
<i>Turquia</i>	Alikasifoglu, Erginoz, Ercan, Albayrak-Kaymak, Uysal & Ilter (2006)	Ensino Secundário	F	1955 (15-20; m=16.3)	<i>Health Behavior in School Age Children Survey</i> (Currie e col., 2000)/QAA	B <18, indesejadas (12-18)	13.4%		4.9% (AT)	
<i>China</i>	Chen, Dunne, Hons & Han (2006)	Ensino Secundário	F	351 (16-23; m=17.6)	QAR/QAA	A <16, indesejadas B <16, indesejadas	21.9% 14%		2.6%(AT)	11.5

Quadro IX. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras da Comunidade, realizados na América Latina

País	Estudos	Tipo de amostra	Gênero	N	Instrumento	Definição de abuso	Taxa de prevalência		Intercurso sexual		Início Abuso (m)	
							M	F	M	F	M	F
<i>El Salvador</i>	Barthauer & Leventhal (1999)	Local (comunidade rural e desfavorecida)	F	83 (18-70)	<i>Los Angeles Times Sexual abuse Survey</i> , (Finkelhor e col., 1990)/EFF	A ≤18		17%		9.6% (AT)		13.9
<i>Nicarágua</i>	Olsson, Ellsberg, Berglund, Herrera, Peña, Zelaya & Persson (2000)	Local	M/F	336 (22-44)	QAR/QAA	A < 19 n/desejadas	20%	26%	6%	9% (até aos 12)	10	10
									7%	15% (até aos 19)		

Quadro X. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras de grupos específicos realizados na América Latina

País	Estudos	Tipo de amostra	Gênero	N	Instrumento	Definição de abuso	Taxa de prevalência		Intercurso sexual		Início Abuso (m)	
							M	F	M	F	M	F
<i>República Dominicana</i>	Ruiz, Valdez & Garcia (1986) cit. Finkelhor (1994)	Ensino Superior	M/F	893 (16-29)	QAR/QAA		33%					
<i>Costa Rica</i>	Krugman, Mata & Krugman (1992)	Ensino Superior	M/F	497	<i>Los Angeles Times Sexual abuse Survey</i> , (Finkelhor e col., 1990)/QAA	A <18	12.8%	2.2%	6.4%	0.8% (AT)	7	8
<i>México</i>	Ramos-Lira, Saldivar-Hernández, Medina-Mora, Rojas-Guiot & Villatoro-Velázquez (1998)	Ensino Secundário/Preparatório Nacional	M/F	61779 32015/29125	QAR/QAA	B, uso de coerção ou pressão	4.3%	.4%				
								4.3%				

<i>Brasil</i>	Polanczyk, Zavaschi, Benetti, Zenker & Gammerman (2003)	Ensino Secundário	M/F 544/649	1193	Screening Survey of Children's Exposure to Community Violence (Richters e Martinez, 193)/QAA	2%	2.5%	2.3%
---------------	---	-------------------	----------------	------	--	----	------	------

Quadro XI. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras da Comunidade realizados na África

País	Estudos	Tipo de Amostra	Gênero	N	Instrumento/ Modo de administração	Definição de abuso	Taxa de prevalência		Intercurso sexual		Início Abuso (m)	
							M	F	M	F	M	F
<i>Marrocos</i>	Alami, K., & Kadri, N. (2004)	Local	F (20-80; m=36.76)	728	QAR/QAA	A, infância/adolescência		9.2%				14.5

Quadro XII. Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras de grupos específicos realizados na África

País	Estudos	Tipo de Amostra	Gênero	N	Instrumento/ Modo de administração	Definição de abuso	Taxa de prevalência		Intercurso sexual		Início Abuso (m)	
							M	F	M	F	M	F
<i>África do Sul</i>	Levett (1989) cit. Collings (1997)	Ensino Superior	F	94	QAR/QAA	A		43.6%				
						B		30.9%				
<i>África do Sul</i>	Collings, S. (1995)	Ensino Superior	M	284	<i>Childhood Victimization Survey</i> (Collings, 1991)/QAA	A <18 n/desejadas		29%				
						B <18 n/desejadas		9%				

<i>África do Sul</i>	Collings, S. (1997)	Ensino Superior	F	640	<i>Childhood Victimization Survey</i> (Collings, 1991)/QAA	B ≤ 17 n/desejadas	34.8%	27.1% (AA)	11.4% (AT)		
<i>África do Sul</i>	Madu & Peltzer (2000)	Ensino Secundário	M/F 193/216	414 (14-30; m=18.5)	<i>Child Maltreatment Interview</i> (Briere, 1993)/QAA	B <17 c/ +5, adulto ou figura de poder	56%	53.2%	15.1% (AT)	8.8% (AT)	
							54.3%				
<i>África do Sul</i>	Madu & Peltzer (2001)	Ensino Superior	M/F	649		B <17 +5, adulto ou figura de poder	21.7%	23.7%	2.3% (AT)	5.5% (AT)	
<i>Tanzania</i>	McCran, Lator & Katabaro (2006)	Ensino Superior	M/F 282/204	487 (20-53; m=29)	QAR/QAA (Lisak & Luster, 1994)	A <18 + 5, não desejadas	25%	31%	8.8% (AT)	1.2% (AT)	13.5 13.8

Quadro XIII: Taxas de prevalência de abuso sexual obtidas em estudos baseados em amostras clínicas e de justiça

País	Autores	Tipo de Amostra/ condição clínica	Gênero	N	Instrumento/ Modo de administração	Definição de abuso	Taxa de prevalência		Intercurso sexual	Intrafamiliar	Extrafamiliar
							M	F			
<i>EUA</i>	Drossman, Lesermen, Nachman, Zhiming Li, Gluck, Toomey & Mitchell (1990)	Pacientes de Gastroenterologia	F	206 m=43.5	QAR (Badgley, Allard & McCormick et al., 1984)/QAA	A <14		30%			

<i>EUA</i>	Goldman , D'Ângelo, DeMaso & Mezzacappa (1992)	Perturbação de Personalidade Borderline (crianças)	M/F (32/12)	44	EFF	_____	27.3%					
<i>França</i>	Darves-Bornoz, Lémperière, Degiovanni & Gaillard (1995)	Esquizofrenia (E)  P. Bipolar (B)	F	64 (E)  26 (B)	EFF	B <16	36% (E)  28% (B)	19% (AA)  16% (AA)				
<i>EUA</i>	Brodsky, Cloitre & Dulit (1995)	Perturbações Psiquiátricas (internamento)	F	60 m=30	Sexual Experiences Survey (Wagnen & Linehan, n/publicado)/QAA	B <16 +5 n/desejadas ou uso da força	45%	64% (AA) 38.3% (AT)	81.5% (AA) 36.6% (AT)	51.8% (AA) 23.3% (AT)		
<i>Reino Unido</i>	Wurr & Partridge (1996)	Perturbações Psiquiátricas	M/F 57/63	120 16-65	QAR (Baker & Duncan, 1985; Sheldon, 1988)/ QAA	A <16 p/ofensor sexualmente maduro	39%  46%	52%  10.8% (AT)	23% (AA) 33.3% (AT)	72.7% (AA) 12.5% (AT)	27.3% (AA) 12.5% (AT)	
<i>Suécia</i>	Linton, S. (1997)	Dor Crónica Músculo- esquelética	M/F 36/106	142	QAR/QAA	A <14, indesejadas	3%	13%				
<i>EUA</i>	Jamieson & Steege (1997)	Pacientes não grávidas (Cuidados primários de ginecologia)	F	551 18-45	Physical and sexual abuse questionnaire (Berger et al. 1988; Finkelhor, 1990) /QAA	A ≤ 13	26%					

<i>Japão</i>	Nagata, Kiriike, Iketani, Kawarada & Tanaka (1999)	Perturbações Alimentares	F	136	QAR QAA	A ≤18	47.8%					
<i>EUA</i>	Browne, Miller & Maguin (1999)	Reclusas	F	150 (18-59, m=32)	EFF	A <18 +5	59%		41% (AA)			
<i>Israel</i>	Schein, Biderman, Baras, Bennett, Bisharat, Borkan, Fogelman, Gordon, Steinmetz & Kitai (2000)	Pacientes de Centros de saúde (Nacional)	M/F (350/655)	1005 18-55 m=36	QAR QAA	A/infância +5	16% 25%	31%	8% (AT)	7% (AT)	26% (AT)	
<i>Nova Zelândia</i>	Coverdale & Turbott (2000)	Perturbações Psiquiátricas	M/F 92/66	158 18-51 m=35.5	EFF	B <16	18.4%					
<i>EUA</i>	Hyun, Friedman & Dunner (2000)	Perturbações bipolares e unipolares	M/F 132/201	333	EC	_____	4.5%	18%				
<i>Canadá</i>	Ballon, Courbasson, & Smith (2001)	Abuso de substâncias	M/F 204/88	287 14-24 m=20.15	EFF	_____	10.4%	50%				
<i>EUA</i>	Goodman, Salyers, Mueser, Rosenberg, Swartz, Essock, Osher, Butterfield, & Swanson (2001)	Perturbações mentais severas	M/F 461/321	782 mM=39.7 mF=43.1	EFF <i>Sexual abuse Exposure Questionnaire</i> (Rodriguez et al., 1992)	B <16, indesejadas	29.2%	48.7%				

<i>Espanha</i>	Martinez-Raga, Keaney, Marshall, Ball, Best & Strang (2002)	Alcoolismo	M/F 311/103	414 m=41.9	EC (FF)	A <16	6.4% 31.1%		
							12.5%		
<i>EUA (Alaska)</i>	Brems & Namyniuk (2002)	Uso/abuso de substâncias	F	192 (15-44; m=27)	Análise de registos clínicos (EC)	<18	61.9%	50% (AA)	28.6% (AA)
<i>Canadá</i>	Aylwin, Studer, Reddon & Clelland (2003)	Ofensores sexuais (em tratamento)	M	485	Análise de registos clínicos (EC)	<14	59.9%		
				382 adultos; 103 adolescentes			77.9%		
<i>Itália</i>	Baccini, Pallotta, Calabrese, Pezotti & Coraziarri (2003)	Pacientes de Gastroenterologia	M/F	226 17-62 m= 41.7	QAR QAA		27%		
<i>Alemanha</i>	Peschers, DuMont, Jundt, Pfürtner, Dugan & Kindermann (2003)	Pacientes de ginecologia	F	1075 14-87 m=41.8	QAR QAA	B ≤12	6.8%		
<i>Suíça</i>	Stenson, Heimer, Lundh, Nordström, Saarinen, Wenker (2003)	Pacientes grávidas (Obstetrícia)	F	1038	EFF	B <19/indesejadas	5.5%		
<i>Índia</i>	Chandra, Carey, Shalinianant & Thomas (2003)	Perturbações psiquiátricas (internamento)	F	146 18-57 m=31.6	<i>Sexual Experiences Survey</i> (Koss e col., 1985)/QAA	B <16	7%		

<i>Holanda</i>	Van Den Bosch, Verheul, Langeland & Brink (2003)	Perturbação de Personalidade Borderline	F	64 (20-49; m=34.9)	<i>Structured Trauma Interview</i> (Draijer, 1989)	<16				71%		
<i>EUA</i>	Shack, Averill, Kopecky, Krajewski & Gumattira (2004)	Perturbações psiquiátricas (internamento)	M/F 160/111	271 18-63 m=33.7	EFF	A p/figura de poder e autoridade	25%	50.4%				
<i>Noruega</i>	Kvam, M. (2004)	Surdez	M/F 125/177	302 (<18)	QAR/QAA	A <18, indesejadas B <18 indesejadas C <18, indesejadas	42.4% 32.8% 14.4%	45.8% 39.6% 24.9%		18.7% (AA)	57% (AA)	
<i>EUA</i>	Wyatt, Carmona, Loeb & Williams (2005)	VIH+ (raça negra)	F	398 (<18)	EFF	B <18 p/adulto ou +5	41%				85% (AA)	
<i>EUA</i>	Cachelin, Schug, Juarez & Monreal (2005)	Perturbações alimentares	F (mexicana-americana)	80	ET	B +5/indesejada ou uso de coerção	55%				46.5% (AA)	
<i>Hungria</i>	Treuer, Koperdák, Rózsa & Füredi (2005)	Perturbações alimentares	F	63 (m=24)	EC (FF)	B ≤18 +5				29%		
<i>EUA</i>	Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro & Pinto-Martin (2005)	Autismo P. Asperger	M/F	156 (m=11.6)	EC (pais)	_____				16.6%		



EUA	Brown, McBride, Bauer & Williford (2005)	Veteranos c/ Perturbação Bipolar I e II	M/F 300/30	330 (m=46.6)	E	<18	18.7% 27%	28.8%		
EUA	Neziroglu, Khemlani-Patel & Yaryura-Tobias (2006)	Perturbação corporal dismórfica (PCD)  Perturbação Obsessivo-compulsiva (POC)	M/F  PCD 25/25 m=31.02  POC 25/25 m= 34.88	50 50	QAR/QAA	A <18		22%		6%
Noruega	Reigstad, Jorgensen & Wichstrom (2006)	Perturbações Psiquiátricas (ICD-10- eixo 5)	M/F	129 (12-18)	QAR/QAA	_____	6.3% 37.2%	28.8%	1.6% (AT)	1.9% (AT)
EUA	Johnson, Ross, Taylor, Williams, Carvajal & Peters (2006)	Reclusos	M	100	<i>National Health and Social Life Survey</i> (Laumann e col., 1994)/QAA	B <12 +5	59%		35.5%(AA) 21% (AT)	
EUA	Didie, Tortolani, Pope, Menard, Fay & Phillips (2006)	Perturbação corporal dismórfica	M/F 23/52	75 (m=35.4)	<i>The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ, Bernstein &amp; Fink, 1998)</i>	Durante o crescimento	o 21.7%	30.8%		28%

## 2.2. Análise dos estudos

### 2.2.1. Tipo de amostra

Através de uma visão global dos estudos realizados com sujeitos pertencentes à população geral, podemos verificar que existe um número equitativo daqueles que utilizam amostras da comunidade (48%, 38) e dos que recorrem a amostras de grupos específicos (51%, 40), constituídos, na sua maioria, por estudantes do ensino secundário e superior. Através de uma análise mais minuciosa, encontramos diferenças ao nível continental; mais especificamente, nota-se um número substancial dos estudos que envolvem amostras da comunidade na América do Norte (21 vs 10), na Europa (9 vs 10) e na Oceania (4 vs 1), surgindo apenas referência a um estudo comunitário efectuado na Ásia (1 vs 10) e na África (1 vs 5).

Relativamente à dimensão das amostras utilizadas, a maioria dos estudos apresentados inclui amostras de dimensão local (68%, 54), notando-se um número diminuto de amostras de representação nacional (33%, 26). Ao nível continental, constata-se um número significativo de estudos de dimensão nacional na América do Norte (16%, 12) e Europa (11%, 9), não existindo referência a este tipo de estudos na África. No continente asiático e na América Latina, são mencionados dois inquéritos de extensão nacional, contudo, envolvem apenas amostras de estudantes.

Em termos dos intervalos etários das amostras, alguns estudos utilizam amostras de adultos com um intervalo de idades alargado (e.g., Barthauer & Leventhal, 1999; Briere & Elliott, 2003), enquanto outras investigações utilizam amostras restritas a adolescentes (e.g., Helweg-Larsen & Larsen, H., 2006; Hibbard, Ingersoll & Orr, 1990) ou jovens adultos (Chen, Dunne, Hons & Han, 2006; Singh, Yiing & Nurani, 1996).

No âmbito da investigação em análise, podemos ainda detectar alguns estudos que comparam diferentes grupos étnicos que residem num mesmo contexto geográfico (e.g., Arroyo, Simpson, & Aragon 1997; Lodico, Gruber, & DiClemente, 1996; Wyatt, 1995; Wyatt, Loeb, Solis, & Carmona, 1999), procurando investigar diferenças entre aqueles no que concerne à prevalência, características e/ou circunstâncias do abuso.

Tomando em consideração a investigação junto dos grupos clínicos, podemos constatar uma grande variabilidade na tipologia dos participantes, muito embora 50% dos estudos incluam amostras caracterizadas pela presença de perturbações psicopatológicas (e.g., Brown, McBride,

Bauer & Williford, 2005; Chandra, Carey, Carey, Shalinianant & Thomas, 2003; Coverdale & Turbott, 2000; Darves-Bornoz, Lémerrière & Degiovanni, 1995; Didie, et al., 2006; Goldman, D'Ângelo, DeMaso & Mezzacappa, 1992; Goodman, et al., 2001; Hyun, Friedman & Dunner, 2000; Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro & Pinto-Martin, 2005; Neziroglu, Khemlani-Patel & Yaryura-Tobias, 2006; Reigstad, Jorgensen & Wichstrom, 2006; Shack, Averill, Kopecky, Krajewski & Gummattira, 2004; Wurr & Partridge, 1996; Van Den Bosch, Verheul, Langeland & Brink, 2003). Este grupo de estudos envolve ainda participantes que apresentam doenças e/ou problemas de saúde física (Baccini, Pallotta, Calabrese, Pezotti & Coraziari, 2003; Drossman, et al., 1990; Linton, 1997), deficiência (Kvam, 2004), doenças infecto-contagiosas (Wyatt, Carmona, Loeb & Williams, 2005), dependência/abuso de substâncias (Ballon, Courbasson, & Smith, 2001; Brems & Namyniuk, 2002; Martinez-Raga, et al., 2002), e também pacientes dos cuidados de saúde primários (e.g., Jamieson & Steege, 1997; Peschers, et al., 2003; Schein, et al., 2000; Stenson, et al., 2003). No âmbito deste grupo de estudos, há também a salientar trabalhos que procuram investigar a prevalência do abuso sexual em determinados grupos étnicos, mais especificamente, um estudo com mulheres de etnia negra com VIH (Wyatt, et al., 2005) e outro com participantes mexicanas-americanas com perturbações alimentares (Cachelin, Schug, Juarez, & Monreal, 2005).

Relativamente aos estudos que versam amostras do sistema de justiça, acedemos a pesquisas que incluem reclusos do sexo masculino (Johnson, et al., 2006) e feminino (Browne, Miller & Maguin, 1999), e um grupo específico constituído por ofensores sexuais em tratamento (Aylwin, Studer, Reddon, & Clelland, 2003).

No que concerne às características etárias das amostras, estas investigações são efectuadas essencialmente com participantes adultos, à excepção do estudo constituído por ofensores sexuais, que inclui uma sub-amostra de adolescentes (Aylwin, et al., 2003) e de dois estudos que envolvem crianças com perturbações psicopatológicas (Goldman et al., 1992; Mandel et al., 2005). Finalmente, na análise deste tipo de estudos, foi possível constatar que, pela sua especificidade, envolvem, tipicamente, amostras de dimensão reduzida a moderada (60% dos estudos incluem amostras entre de 44 e 206 participantes).

Quanto à variável género, podemos observar uma disparidade entre os estudos que incluem participantes do sexo feminino (96%, 76), comparativamente com os que envolvem participantes do sexo masculino (62%, 49). Dos estudos efectuados com população normativa, 61% (48) compreendem sujeitos de ambos os sexos, 35% (28) contêm apenas amostras

femininas e apenas 2.5% (3) dos estudos envolvem exclusivamente sujeitos do sexo masculino. Nos estudos de natureza clínica ou legal, verifica-se a mesma tendência para a preponderância de inquéritos junto de participantes femininos (94%; 31), sendo que apenas dois estudos efectuados no Canadá e Estados Unidos envolveram amostras unicamente masculinas.

### **2.2.2. Instrumentos e modo de administração**

A maioria dos estudos (71%; N=56) elegeu como instrumentos de avaliação questionários de auto-relato, preenchidos pelos próprios participantes, sendo que apenas 29% (N=23) privilegiaram as entrevistas face a face (e.g., López, Carpintero, Hernández, Martin & Fuertes, 1995; Barthauer & Leventhal, 1999; Wyatt, 1985) ou telefónicas (e.g., Dunne, Purdie, Cook, Boyle & Najman, 2003; Finkelhor, Moore, Hamby & Straus, 1997). Concomitantemente, observamos que os instrumentos adoptados não são, na sua maioria, instrumentos específicos de avaliação da prevalência do abuso sexual, sendo utilizados habitualmente inquéritos que versam questões gerais (e.g., saúde/comportamentos de risco) e que incluem um certo número de questões sobre a ocorrência de abuso sexual na infância e adolescência. Apenas 37% (N=29) dos estudos utilizam instrumentos que averiguam especificamente a ocorrência de incidentes traumáticos ou abuso sexual ao longo da infância e adolescência (e.g., *Childhood Sexual Experiences Survey*, Wyatt, 1985; *Los Angeles Times Sexual Abuse Survey*, Finkelhor et al., 1990; *Incident Classification Interview*, Saunders et al., 1992; *Child Maltreatment History Self Report*, MacMillan et al, 1997; *Incident Classification Interview*, Saunders et al., 1992; *Traumatic Events Survey*, Elliott, 1992; *Childhood Trauma Questionnaire*; Bernstein & Fink, 1998).

Ao nível geográfico, apesar da proeminência dos instrumentos de auto-relato, é possível verificar a utilização de ambos os métodos de recolha de dados na América do Norte, Oceania, Europa e América Latina. Nos continentes asiático e africano, não existem referências a trabalhos que recorram ao método de entrevista.

No caso das amostras clínicas, observamos alguma preponderância, ainda que pouco acentuada, do método de entrevista (57%, N=17). Na maioria dos casos, as entrevistas foram administradas face a face, sendo que apenas um estudo realizou entrevistas telefónicas e outro, realizado com crianças, entrevistas com os pais. No que diz respeito aos instrumentos de avaliação, constata-se que poucos são os estudos que utilizam abordagens específicas, surgindo

uma referência substancial a entrevistas de tipo clínico (e.g., Aylwin, Studer, Reddon & Clelland, 2003; Hyun, Friedman & Dunner, 2000; Martinez-Raga, et al., 2002).

### **2.2.3. Definição de abuso**

Da revisão efectuada, podemos corroborar o que afirmam diversos autores (e.g., Finkelhor, 1994; Goldman & Padayachi, 2000; Gorey & Leslie, 1997; Rind, Bolen & Scannapieco, 1999) quanto à grande variabilidade de definições utilizadas nos estudos analisados (ou mesmo a ausência de operacionalização da definição usada), não se encontrando diferenças relevantes entre os diferentes contextos geográficos quanto às definições adoptadas.

Na globalidade, estas definições diferem essencialmente nos seguintes parâmetros: a) tipo de comportamentos sexuais (se inclui formas abusivas de não contacto); b) determinação de um limiar etário para a vítima; c) definição de um diferencial etário mínimo entre vítima e ofensor; d) inclusão/exclusão de experiências com pares; d) exigência do uso da força ou coerção.

Dos estudos com a população normativa, aproximadamente metade (46%) utilizou uma definição ampla de abuso sexual (e.g., Chen, Dunne & Han, 2004; Dunne, et al., 2003; Finkelhor, et al., 1990; López, et al., 1995; MacMillan, et al., 2001) que envolve formas de não contacto abusivas (e.g., exibicionismo, solicitações de carácter sexual, exibição dos órgãos genitais) e contacto físico (e.g., toques sexualizados, intercurso sexual). A definição de abuso limitada a actos de contacto físico de natureza sexual foi utilizada por 36% dos estudos (e.g., Back, et al., 2003; Bagley, Wood & Young, 1994; Fleming, Mullen & Bammer, 1997; Madu & Peltzer, 2000; Spak, Spak & Allebeck, 1998) e apenas 8% referem taxas de prevalência para ambas as definições (e.g., Bouvier, et al., 1999; Chen, Dunne, Hons & Han, 2006; Collings, 1995). Um número reduzido de investigações (7%) contém definições circunscritas à ocorrência de intercurso sexual (Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi & Hassler, 1997; Jirapramukpita, Prince & Harpman, 2005; Kim, & Kim, 2005; Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick & Walker, 1999; Zierler, et al., 1991). Outros estudos são menos específicos na definição, questionando apenas os sujeitos sobre se experienciaram actos sexualmente abusivos, ou se os inquiridos acreditam que foram sexualmente abusados ou molestados (Hibbard, Ingersoll & Orr, 1990; Polanczyk, Zavaschi, Benetti, Zenker & Gammerman, 2003).

No que concerne ao limiar etário da vítima a partir do qual o evento é qualificado como abuso sexual, constata-se uma grande variabilidade nos estudos, com definições que vão desde os doze (Fleming, Mullen & Bammer, 1997; Haj-Yahia & Tamish, 2001; Peters & Range, 1995; Tschumper, Narring, Meier & Michaud, 1998) aos vinte anos de idade (Zierler, et al., 1991). Um número considerável dos trabalhos estipula este limiar nos dezasseis e nos dezoito anos de idade (24% e 28% respectivamente), sendo que um número reduzido de estudos (9%) estipula idade inferior aos dezasseis (e.g., Back, et al., 2003; Fleming, Mullen & Bammer, 1997; Helweg-Larsen & Larsen, 2006). Outros inquéritos definem esta questão apenas como “infância e/ou adolescência” ou “ao longo do crescimento” (MacMillan, et al., 2001; Scher, Forde, McQuaid & Stein, 2004; Wellman, 1993; Zierler, et al., 1991).

No que respeita ao diferencial etário entre ofensor-vítima, podemos referir que 24% dos estudos determinam uma diferença mínima de três a cinco anos entre ofensor e vítima (e.g., Back, et al., 2003; Elliott & Briere, 1992; Fávero, 2003; Jirapramukpita, Prince & Harpman, 2005; Madu & Peltzer, 2000; Robin, Chester, Rasmussen & Jaranson, 1997; Sariola & Uutela, 1994), existindo um conjunto de estudos que incluem apenas actos perpetrados por adultos, “ofensor sexualmente maduro”, “figuras de autoridade” ou “alguém mais velho” (e.g., Baker & Duncan, 1985; Bendixen, Muus & Schei, 1994; Lodico, Gruber, & DiClemente, 1996; Tang, 2002), ou ainda especificamente perpetrados por familiares, progenitores ou agentes escolares (Benbenishty, Zeira & Astor, 2002; Fox & Gilbert, 1994; Kim, & Kim, 2005; Sariola & Uutela, 1996). Para outro grupo de investigadores, esta diferença etária é utilizada apenas em circunstâncias específicas, por exemplo, na ausência de coerção ou força (e.g., Briere & Elliott, 2003; Wyatt, et al., 1999) ou quando a vítima tem idade superior a catorze anos (Bagley & Ramsey, 1986 cit. Bolen & Scannapieco, 1999).

No âmbito clínico e legal, verifica-se a mesma variabilidade ao nível da definição operacional, sendo visível uma distribuição equitativa (10 vs 11) entre estudos que incluem formas de não contacto abusivas (e.g., Browne, Miller & Maguin, 1999; Drossman, et al., 1990; Jamieson & Steege, 1997; Linton, 1997; Martinez-Raga, et al., 2002; Neziroglu, Khemlani-Patel & Yaryura-Tobias, 2006; Schein, et al., 2000; Shack, et al., 2004) e os que envolvem apenas contacto físico (e.g., Brodsky, Cloitre & Dulit, 1995; Cachelin, Schug, Juarez & Monreal, 2005; Chandra, Carey, Carey, Shalinianant & Thomas, 2003; Coverdale & Turbott, 2000; Darves-Bornoz, Lémpérière & Degiovanni, 1995; Goodman, et al., 2001; Peschers, et al., 2003;

Stenson, et al., 2003; Treuer, Koperdák, Rózsa & Füredi, 2005; Johnson, et al., 2006; Wyatt, et al., 2005; Wurr & Partridge, 1996).

De igual modo, o intervalo etário considerado nestes estudos é amplo, variando entre os doze (Johnson, et al., 2006; Peschers, et al., 2003) e os dezanove anos de idade (Stenson, et al., 2003), sendo que aproximadamente metade (48%) dos trabalhos estabelece como idade limite os dezasseis e os dezoito.

A maioria (64%) dos trabalhos que procedem à operacionalização de uma definição não inclui um diferencial etário entre vítima e ofensor, existindo apenas um reduzido número de estudos que exigem cinco anos de diferença etária (6) ou que definem o abuso como perpetrado por “ofensor adulto, sexualmente maduro ou figura de autoridade” (3).

#### **2.2.4. Taxas de prevalência**

Mediante uma análise global da investigação, verificamos a grande variação das taxas de prevalência encontradas, que oscilam entre 0.9% (Choquet, et al., 1997) e 62% (Wyatt, 1985) para o sexo feminino, e 0.6% (Choquet et al., 1997) e 56% (Madu & Peltzer, 2000) para o sexo masculino. Se tomarmos em consideração apenas formas de abuso com contacto físico, as taxas variam entre 0.9% (Choquet et al., 1997) e 53.2% (Madu & Peltzer, 2000) para o sexo feminino e 0.6% (Choquet et al., 1997) e 56% (Madu & Peltzer, 2000) para o sexo masculino.

No grupo de estudos com amostras da comunidade, as taxas de prevalência obtidas a partir das amostras femininas, variam entre 2.7% num estudo de dimensão local, realizado com uma amostra de pais portugueses (NF=506) (Figueiredo, Paiva, Maia, Fernandes & Matos, 2004) e 62% num estudo realizado nos Estados Unidos da América, junto de um grupo de mulheres adultas afro-americanas e caucasianas (NF=248), residentes no Estado de Los Angeles (Wyatt, 1985). Curiosamente, estes estudos envolvem características próximas. O estudo português contemplou uma definição de abuso sexual que incluía formas de não contacto (e.g., exibicionismo), ocorrido ao longo da infância (i.e., antes dos 18 anos) e utilizou medidas de auto-relato, respondidas pelos próprios sujeitos, que participaram voluntariamente. No estudo levado a cabo por Wyatt (1985), o autor utilizou igualmente uma definição ampla que incluía solicitações verbais de natureza sexual e exibicionismo e recolheu os resultados através de uma entrevista extensa, administrada face a face, que avaliava vários domínios da vida do

participante, designadamente a ocorrência de experiências sexualmente abusivas até aos 18 anos de idade.

Relativamente ao sexo masculino, os resultados variam entre 1%, obtidos em dois estudos realizados na Noruega (Pedersen & Skrondal, 1996) e nos EUA (Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994 cit. Fergusson & Mullen, 1999) e 20% numa amostra local da Nicarágua (Olsson, et al., 2000). O estudo efectuado na Noruega investigou a ocorrência de vitimização sexual física até à idade de 19 anos numa amostra local de adolescentes (NM=216), mediante um instrumento de auto-relato, auto-administrado. Por sua vez, Finkelhor e colaboradores (1994), obtiveram os dados de prevalência a partir de uma entrevista telefónica a uma amostra nacional (NM=1042) delimitada etariamente (10-16), utilizando como critério definicional o contacto sexual físico. A taxa de prevalência de 20% resulta de um inquérito a amostra local masculina da Nicarágua (NM=134), considerando a ocorrência de experiências abusivas de não contacto até aos 19 anos de idade, através de um questionário respondido pelos inquiridos.

No que concerne aos valores obtidos nos estudos com amostras de estudantes, verificámos estimativas que variam entre 0.9% para as estudantes de sexo feminino e 0.6% para os participantes masculinos num estudo nacional (N=8140) realizado em França (Choquet, et al., 1997) e 53.2% e 56% respectivamente, num estudo (NF=216; NM=193) conduzido na África do Sul (Madu & Peltzer, 2000). As taxas de prevalência mínimas obtidas derivam de uma investigação que procurou averiguar a ocorrência de violação (intercurso sexual acompanhado de uso de violência) numa amostra nacional de alunos do ensino secundário, utilizando um questionário de auto-relato como instrumento de avaliação. As taxas mais elevadas provêm igualmente de um grupo de alunos do ensino secundário, tomando em consideração o auto-relato de ocorrência de abuso sexual com contacto físico antes dos dezassete anos de idade e uma diferença etária de cinco anos ofensor-vítima.

Através de uma análise inter-continental, podemos verificar que os estudos realizados na Europa apresentam a taxa de prevalência mais reduzida para ambos os sexos, sendo a percentagem mais elevada reportada por estudos da América do Norte, no caso das raparigas, e da África, no caso dos rapazes (cf. quadro XIV).



Quadro XIV: Análise das taxas de prevalência entre continentes

Continentes	Sexo							
	Feminino				Masculino			
	Mínimo	Autor	Máximo	Autor	Mínimo	Autor	Máximo	Autor
América (do Norte)	6.9%	Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994 cit. Fergusson & Mullen, 1999	62%	Wyatt, G., 1985	1%	Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994 cit. Fergusson & Mullen, 1999	19.8%	Briere, Smiljanich & Henschel (1994)
América (do Sul)	2.5%	Polanczyk, et al., 2003	32.2%	Krugman, et al., 1992	2%	Polanczyk, et al., 2003	20%	Olsson et al., 2000
Oceânia	17.3%	Fergusson, e tal., 1996	45%	Goldman & Padayachi, 1997	3.4%	Fergusson, e tal., 1996	19%	Goldman & Padayachi, 1997
Europa	0.9%	Choquet et al., 1997	39.8%	Niederberger, 2002	0.6%	Choquet et al., 1997	15%	López e tal., 1995
Ásia	4.5%	Back et al., 2003	34.5%	Chen, R., 1996	2.1%	Singh et al., 1996	10.5%	Chen et al., 2004
África	9.2%	Alami, & Kadri, 2004	53%	Madu & Peltzer, 2000	9%	Collings, 1995	56%	Madu & Peltzer, 2000

Tomando como grupo de referência os estudos que incluem amostras clínicas ou de justiça, os índices de prevalência obtidos junto das participantes femininas oscilam entre 5.5%, percentagem obtida num estudo realizado na Suíça (Stenson et al., 2003), que envolveu uma amostra de pacientes de obstetria (N=1038) e 71%, num estudo holandês conduzido junto de um grupo de doentes psiquiátricas (N=64) com diagnóstico de perturbação de personalidade borderline (Van Den Bosch, Verheul, Langeland & Brink, 2003). O estudo de Stenson e colaboradores (2003) entrevistou as participantes acerca da ocorrência de experiências indesejadas de contacto sexual antes dos 19 anos de idade. Por sua vez, o estudo que obteve a taxa mais elevada questionou a amostra seleccionada acerca da ocorrência de abuso sexual antes dos 16 anos, sem proceder à operacionalização da definição.

Relativamente ao sexo masculino, as estimativas variam entre 3% numa amostra sueca de pacientes (NM=36) de dor crónica músculo-esquelética (Linton, 1997) e 77.9% numa sub-amostra de ofensores sexuais (N=103) em tratamento (Aylwin, et al. 2003). O primeiro estudo averiguou a ocorrência de experiências indesejadas de abuso sexual (contacto e não contacto)

até aos 14 anos de idade mediante medidas de auto-relato e o segundo investigou experiências de abuso sexual antes dos 14 anos de idade, analisando dados das entrevistas clínicas.

### **a. Intercurso sexual**

No que concerne aos índices de ocorrência de intercuro sexual, as investigações produzem resultados algo difusos, não permitindo retirar inferências conclusivas. É desde logo possível averiguar que um número reduzido de estudos investiga especificamente os índices de ocorrência de tentativa e/ou concretização de intercuro sexual. Adicionalmente, as pesquisas que examinam este tipo de indicadores não apresentam qualquer uniformidade/homogeneidade no tratamento destes dados, o que torna esta análise problemática. Por estes motivos, nesta análise, optámos por considerar apenas os estudos que permitem recolher alguns indicadores de prevalência deste tipo de vitimação na população masculina e feminina; os que consideram o número de casos em que ocorreu este tipo de abuso e não os múltiplos incidentes da experiência da vítima; e os que permitem calcular a proporção da amostra total que refere ter experienciado este tipo de abuso.

No âmbito da população geral, vinte e quatro estudos (30%) fornecem estimativas de prevalência circunscritas à tentativa ou consumação de intercuro sexual na população feminina e dezanove (24%) na população masculina. Os valores mínimos são de 0.9% e 0.6% num estudo francês (Choquet, et al., 1997) e atingem o máximo de 18.8% e 15.1% num estudo realizado no continente africano (Madu & Peltzer, 2000), para o sexo feminino e masculino, respectivamente.

No que diz respeito aos estudos clínicos e/ou realizados no contexto legal, apenas seis estudos (18%) disponibilizam estes dados. A estimativa mínima de 8% deriva de um trabalho que envolveu uma amostra de pacientes de cuidados primários em Israel (Schein, et al., 2000) e a máxima de 38.3% verificou-se num grupo de pacientes com perturbações mentais severas em condição de internamento nos Estados Unidos da América (Brodsky, Cloitre & Dulit, 1995).

### **b. Relação ofensor-vítima**

A relação ofensor-vítima é igualmente uma variável que não é sistematicamente analisada nos estudos de prevalência com amostras da população geral e, quando contemplada,

confrontamo-nos com a mesma arbitrariedade metodológica. Além das dificuldades já mencionadas acima, acresce, mais uma vez, a ambiguidade definicional (ou mesmo ausência de definição) relativamente ao que é considerado abuso perpetrado no âmbito da família ou cometido externamente. Enquanto determinados trabalhos (e.g., Arroyo, Simpson, & Aragon, 1997; Collings, 1995; Ramos-Lira et al., 1998) incluem na categoria de abuso intrafamiliar a vitimação perpetrada por membros pertencentes à família alargada (e.g., tios, primos, avós), outros (e.g., Bouhet, Perard & Zorman, 1992, cit. Finkelhor, 1994) circunscrevem-se aos actos cometidos por figuras da família nuclear (e.g., progenitores biológicos ou substitutos, irmãos), sendo que alguns incluem nesta dimensão amigos próximos da família (e.g., Niederberger, 2002). Em relação ao abuso extrafamiliar, alguns investigadores (e.g., Finkelhor et al., 1990; Lopez et al., 1995) diferenciam a proporção de amigos da vítima ou da sua família de conhecidos ou estranhos e outros, apenas destacam a percentagem de conhecidos e/ou desconhecidos (e.g., Collings, 1997; Saunders et al., 1999).

No quadro oito, apresentamos o conjunto de estudos que disponibilizam indicadores sobre a proporção de vitimação masculina e feminina, que ocorreu no interior e no exterior do círculo familiar. Mediante uma análise mais global, é possível verificar que entre 9.5% (Barthauer & Leventhal, 1999) e 83% (Robin, Chester, Rasmussen & Jaranson, 1997) das vítimas femininas e que entre 4% e 59% das vítimas masculinas referem ter sido sexualmente abusadas por um familiar (incluindo membros da família alargada).

Se analisarmos os estudos que discriminam os dados relativos ao abuso perpetrado por membros da família nuclear (progenitores, padrastos/madrastas e irmãos), verificamos estimativas de vitimação feminina que variam entre 1.8% numa amostra de estudantes (N=1955) do ensino secundário na Turquia (Alikasifoglu, et al., 2006) e 33% numa comunidade indígena norte-americana (N=375). A proporção de sujeitos masculinos que refere ter experienciado este tipo de abuso varia entre 1% num estudo norte-americano de dimensão nacional (Finkelhor, et al., 1990) e 9% no estudo já referido, realizado junto de uma amostra local de indígenas (Robin et al, 1997). É ainda de salientar que em determinados estudos, designadamente realizados na Ásia e América Latina, não há referência a abuso intrafamiliar (Back et al., 2003; Barthauer & Leventhal, 1999; Krugman et al, 1992; Lopez et al., 1995; Singh et al., 1996).

No que concerne ao abuso extrafamiliar, 8% (Robin et al, 1997) a 56.2% (Alami & Kadri, 2004) das vítimas femininas e 28% (Robin et al, 1997) a 95% (Lopez et al., 1995) das vítimas

masculinas referem ter sido abusadas sexualmente por um perpetrador externo à família. Podemos ainda observar que a taxa mais elevada de abusos cometidos por estranhos é de 50.3% (do grupo de vítimas) num estudo realizado com uma amostra feminina (N=1955) de estudantes do ensino secundário na Turquia e de 95% (da amostra abusada) num grupo de homens adultos, num estudo nacional (N=1821) realizado em Espanha (Lopez et al., 1995).

Relativamente aos estudos realizados no contexto clínico ou legal, a relação entre vítima e ofensor não é uma dimensão investigada na maioria dos estudos, sendo que apenas seis pesquisas (18%) fornecem alguns dados gerais. Entre estes resultados, destacamos os elevados índices de abuso intrafamiliar em alguns estudos, mais especificamente, em amostras de pacientes com perturbações psiquiátricas (Brodsky, Cloitre & Dulit, 1995; Wurr & Partridge, 1996).

Quadro XV. Estudos que referem dados sobre a relação ofensor-vítima

		<i>Progenitor biológico</i>	<i>Padrasto</i>	<i>Irmãos</i>	<i>Outros familiares</i>	<i>Amigos<sup>§</sup></i>	<i>Conhecidos<sup>§</sup></i>	<i>Estranhos</i>
Baker & Duncan (1986)	F		14%				30%	56%
Finkelhor et al. (1990)	F	3%	3%	2%	21%	8%	33%	21%
	M	0%	0%	1%	10%	13%	31%	40%
Krugman et al. (1992)	F	5.3%	6.3%		30.5%		25.3%	23.2%
	M	0%	0%		19%		53.4%	19%
Elliott & Briere (1992)	F			13%	22%		41%	11%
Wellman (1993)	F	13%	4%		33%	34%		16%
	M	8%	0%		21%	54%		17%
Bouhet, Perard & Zorman (1992) cit. Finkelhor (1994)	F		23%					
	M		6%					
Lopez et al. (1995)	F	1%	2%*	1%	13%	7%	31%	46%
	M	0%	0%	0%	4%	10%	47%**	38%
Kinzi et al. (1995)	F		20.5%		18.2%		31.8%	29.5%
Collings, S. (1995)	M		17%					

<sup>§</sup> Inclui amigos da família e amigos ou namorados da vítima;

<sup>§</sup> Inclui conhecidos da vítima ou da família (e.g., vizinhos) como outras figuras de autoridade (e.g., religiosos ou educadores)

\*Estão incluídos os pais adotivos; \*\*9% e 1% dos rapazes relatam abusos perpetrados especificamente por religiosos e Educadores; \*\*\* Estão também incluídos meiosirmãos; \*\*\*\* Envolve também o abuso perpetrado por famílias adoptivas

Singh et al. (1996)	F M	0% 0		20.5%** * 0	28% 0	31% 3 (N)		36% 0
Lódico et al. (1996)	F M			20.7% 16.4%			58.8% 54.5%	
Robin et al. (1997)	F M		33%**** 9%		50% 50%	6% 23%	2% 5%	2% 0%
Ramos-Lira et al. (1998)	F M			38.2% 14.9%		24.1% 45.4%		11.7% 13.1%
Barthauer & Leventhal (1999)	F M	0% 0%			9.5% 57.1%			33.3%
Saunders et al. (1999)	F M		21% 10%		19.8% 38.9%			11.2%
Bouvier et al. (1999)	F M		16% 10%					
Collings (1997)	F M	4.3% 3.9%			22.7% 40.4%			28.7%
Olsson, Ellsberg, Berglund, Herrera, Peña, Zelaya & Persson (2000)	F M	6% 17%			43% 33%			
Edgardh, K. & Ormstad, K. (2000)	F M	8.8% (7) (3)	8.8%* (7)	5% (4) (2)	13.8% (11)	40% (32) (10)		28.8% (23) (4)
Alami & Kadri, (2004)	F M		20.4%				56.2%	
Alikasifoglu et al. (2006)	F M		1.8%		10.7% 28.4%		8.9%	50.3%

### 3. Epidemiologia do abuso: investigação em Portugal

O abuso sexual permaneceu oculto no nosso país durante vários anos, percepcionado como uma experiência rara ou pouco frequente na realidade portuguesa. O tema surge tardiamente no cenário público nacional, adquirindo maior visibilidade nos finais da década de 90 com a sua especificação legal no âmbito dos crimes contra a liberdade e auto-determinação sexual como “abuso sexual de crianças, adolescentes e menores dependentes”. Em 2002, este tipo de vitimação adquire uma dimensão pública pela mediatização de denúncias de abuso sexual de menores da Casa Pia de Lisboa, suscitando debate e controvérsia no âmbito da opinião pública.

Apesar da crescente consciencialização social, o investimento científico nesta área é ainda escasso, sendo que o conhecimento da extensão e dos contornos deste tipo de vitimação no nosso país apresenta ainda muitas limitações. Relativamente às estimativas de incidência e prevalência, não existe em Portugal nenhum organismo que sistematize os dados estatísticos relativos a este tipo de crime, mais especificamente, que aceda ao número total de casos identificados oficialmente (e.g., polícias, tribunais, instituições de saúde, institutos de medicina legal, instituições de apoio à vítima, comissões de protecção de crianças e jovens) e que permita uma caracterização dos intervenientes e uma análise dos padrões de evolução. Pelo que pudemos analisar, apenas desde 1998 foi possível obter indicadores que, muito embora apenas retratem um fragmento da realidade, nos podem fornecer pistas sobre a representatividade deste tipo de criminalidade no nosso país. Efectivamente, apenas desde então o gabinete de estudos e planeamento do Ministério da Justiça disponibilizou alguns dados sobre a criminalidade registada pelas autoridades policiais referentes ao abuso sexual de crianças, adolescentes e menores dependentes (cf. Quadro XVI) e ao número de processos-crime que prosseguiram para julgamento (cf. Quadro XVII).

Quadro XVI: Crimes de abuso sexual de crianças, adolescentes e menores dependentes registados pelas autoridades policiais (GEPMJ, 2006)

Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Frequência	438	353	277	378	492	716	650	534

Quadro XVII: Processos-crime na fase de Julgamento findos nos tribunais judiciais de 1ª Instância (GEPMJ, 2006); P= Processos; A= Arguidos; C= Condenados

Crime	2000			2001			2002			2003			2004		
	P	A	C	P	A	C	P	A	C	P	A	C	P	A	C
Abuso sexual de crianças e menores dependentes	155	156	90	158	161	103	162	165	116	189	195	148	206	211	147
Actos sexuais e homossexuais com adolescentes	15	15	7	13	13	5	8	8	7	9	11	9	7	9	4

Da nossa pesquisa, foi possível averiguar que o Instituto Nacional de Medicina Legal não dispõe de estatísticas de dimensão nacional, surgindo referência a dados de alguns gabinetes médico-legais locais, particularmente do distrito do Porto. No entanto, através de um trabalho de revisão realizado por Barra da Costa (2003), é possível apresentar alguns números relativos aos exames de sexologia forense efectuados a crianças e adolescentes nos Institutos centrais de Lisboa, Porto e Coimbra desde 1999 (cf. Quadro XVIII).

Quadro XVIII: Número de exames de sexologia forense efectuados nos Institutos de Medicina Legal (Barra da Costa, 2003)

	INML Lisboa		INML Porto		INML Coimbra	
	1-16	1-18	1-16	1-18	1-16	1-18
1999	127 (9)	138 (11)	116	131	36	38
2000	131 (24)	144 (25)	101	117	48	52
2001	146 (23)	172 (24)	80	93	55	60
2002	198 (33)	212 (35)	99	114	70	85

De igual modo, outras instituições que executam medidas de intervenção social também apresentam alguma informação estatística. A Associação de Apoio à Vítima fornece desde 2000, informações sobre o número de vítimas de abuso sexual que iniciaram processos de apoio junto dos seus serviços (cf. Quadro XIX). Por sua vez, a Comissão Nacional de Protecção das Crianças

e Jovens em Risco, apresenta também o número de processos instaurados por alegado abuso sexual (cf. Quadro XX).

Quadro XIX: Número de casos de vitimação sexual de menores identificados pela APAV (2006)

	Abuso sexual	Violação
2000	39	20
2001	49	36
2002	81	42
2003	76	26
2004	58	17
2005	51	16
2006	43	18

Quadro XX. Processos de crianças e jovens instaurados por vitimação sexual nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	75	213	251	474	363	496	532

Além das estatísticas oficiais, outros esforços têm sido implementados para obter uma maior compreensão do fenómeno. Neste âmbito, além dos estudos de prevalência já anteriormente referenciados, destacam-se outros trabalhos que recorreram à análise de registos hospitalares ou perícias médico-legais e a questionários administrados junto da população geral, de modo a compreender o fenómeno nas suas várias facetas, designadamente estimativas de prevalência, caracterização da vítima e do ofensor e os contextos sociais e familiares de ocorrência de abuso sexual. De seguida, apresentaremos de forma cronológica os principais resultados dos estudos publicados no nosso país a que tivemos acesso até 2006 (cf. quadro XXI e XXII).



Quadro XXI. Estudos realizados em Portugal que disponibilizam dados sobre a epidemiologia e características do abuso

	Tipo de amostra	N	Metodologia	Denúncia/Sinalização às entidades	Características dos Comportamentos Abusivos
Amaro (1986)	Local Comunitária	—	QAR/QAA	41% dos casos não foram comunicados às autoridades.	
Magalhães, Sousa, Costa, Grams, & Costa (1996)	Local (IML Porto) Perícias médico-legais	175	Análise retrospectiva de perícias médico-legais realizadas entre 1992 e 1995		A maioria dos crimes correspondeu à prática de acto sexual de relevo;
Galvão, Ângelo, & Alexandrino (1998)	Local Processos hospitalares	84 (1994) 71 (1995)	Análise dos processos referenciados ao Núcleo da Criança Maltratada do Hospital Maria Pia durante os anos de 1994 e 1995		
Carvalho, (2002)	Local Processos judiciais	73	Análise dos processos judiciais referentes a casos de abuso sexual entre 1991 e 2000	Apenas 2.8% dos casos foi participado por entidades institucionais, sendo a “mãe” a figura que mais frequentemente efectua a queixa (64.4%);	
Magalhães, Sousa, Silva, Matos, & Costa (2000)	Local (IML Porto) Perícias médico-legais	67	Análise retrospectiva de perícias médico-legais realizadas entre Janeiro de 1997 e Julho de 1999		61.2% dos casos envolveram penetração ou tentativa e 31.3% contacto físico de natureza sexual, observando-se maior intrusividade nos actos à medida que a idade das vítimas avança; - 32.8% dos casos envolveram ameaças, 16.4% violência física e 13.4% aliciamento e conseqüente consentimento da vítima e uso de drogas em 3%;

Taveira, Frazão, Dias, Matos, & Magalhães (2009). <sup>7</sup>	Local (IML Porto) Perícias médico-legais	764	Análise retrospectiva de perícias médico-legais realizadas entre 1997 e 2004		Maioria de actos sexuais menos intrusivos (penetração em 17% dos caso vs 40%)
Fávero (2003)	Grupo Estudantes e N/Estudantes	402 M 435 F	QAR/QAA	Apenas 44,8% das vítimas revelaram o abuso, só 24% tendo recebido algum tipo de ajuda;	
Figueiredo, Paiva, Maia, Fernandes, & Matos, (2004)	Local Comunidade	932 426 M 506 F	QAR/QAA		Os comportamentos abusivos mais frequentemente referenciados foram os toques inapropriados antes dos treze anos e as carícias sexuais depois dos treze;

<sup>7</sup> Este estudo foi considerado no presente trabalho uma vez que apesar de ter sido publicado apenas em 2009, foi realizado no período-alvo da presente revisão

#### **4. Discussão geral dos estudos revistos**

Apresentados e sistematizados os principais estudos encontrados sobre a epidemiologia do abuso, a nível internacional e nacional, consideramos pertinente sinalizar as suas principais conclusões, assim como apresentar a nossa reflexão crítica sobre os mesmos.

##### **4.1. Número e origem geográfica dos trabalhos publicados: Um domínio de estudos (ainda?) ocidental**

Através de uma análise global da investigação realizada neste domínio, podemos constatar que os estudos epidemiológicos no âmbito do abuso sexual têm vindo a proliferar nas últimas duas décadas, ultrapassando as fronteiras dos países ocidentais e expandindo-se para outras zonas do mundo.

No entanto, constata-se que o interesse pelo estudo deste tema e a produção científica não ocorreram de forma análoga nos diferentes continentes. Tal como o esperado, é perceptível um investimento científico mais sólido em países desenvolvidos da América do Norte e Europa, salientando-se a maior representatividade dos estudos, nomeadamente realizados com grupos da comunidade e de dimensão nacional.

Efectivamente, podemos observar a exploração tardia deste fenómeno e a escassez da investigação em muitos países da Ásia, América Latina e África. Para este sub-investimento, contribuíram certamente diversos factores de natureza económica, cultural, política e religiosa. Em algumas comunidades, particularmente, do médio e extremo oriente, a prevalência de determinados valores culturais, particularmente no que se refere às representações de género, família, religião e sexualidade, tornaram o abuso sexual um tabu social. Ao mesmo tempo que persistiu durante muito tempo a minimização da magnitude do fenómeno, este tipo de vitimação era percebido, em última instância, como um problema de domínio privado, discutido ao nível da intimidade familiar (e.g., Elbedour, Abu-Bader, Onwuegbuzie, Abu-Rabia & El-Aassam, 2006; Kenny & McEachern, 2000; Lau, Liu, Yu & Wong, 1999; Haj-Yahia & Tamish, 2001; Tang & Davis, 1996). Por outro lado, em países em desenvolvimento, particularmente da América Latina, da África e do sul da Ásia, a atenção social e científica centrou-se noutras formas de abuso infantil (e.g., guerra, doença, extrema pobreza, subnutrição, mendicidade; trabalho infantil), consideradas áreas prioritárias pelo quadro económico, social e político que os

caracteriza (e.g., Lalor, 2004a, 2004b; Segal, 1999). Alguns investigadores (e.g., Lachman, 1996) argumentam ainda que a escassez da investigação está também associada à ausência de uma cultura e experiência de investigação nestes países, decorrente da falta de recursos económicos.

Outro factor explicativo para o número desigual de publicações encontradas poderá estar relacionado com o menor acesso por parte dos investigadores de países menos desenvolvidos às publicações internacionais, quase exclusivamente redigidas em língua inglesa. Diferentes convenções de escrita, nomeadamente das comunidades chinesas e árabes, poderão ter constituído um obstáculo à divulgação da investigação realizada no âmbito da comunidade científica internacional. Concomitantemente, é de ressaltar o facto de esta revisão traduzir apenas o acesso às publicações de trabalhos em revistas internacionais, o que pode ter filtrado a produção científica realizada neste domínio e condicionado o acesso a trabalhos publicados a nível interno nos diferentes países.

#### **4.2. Amostras e instrumentos: Inespecificidade e “oportunismo” da investigação**

Destaca-se, desta revisão, o reduzido número de trabalhos que incluem amostras nacionais (33% vs 68%), sendo de salientar a quase ausência deste tipo de estudos em contextos como a Ásia, a África e a América Latina. Paralelamente, verifica-se uma reduzida especificidade dos instrumentos de avaliação utilizados, que, na sua larga maioria, são questionários de auto-relato (71% no grupo da população normativa) que versam temáticas gerais da vida do inquirido e incluem alguns itens relativos à ocorrência de situações de vitimação sexual na infância e/ou adolescência. Estas evidências parecem comunicar, sobretudo, um sentido de “oportunidade” aliado a uma falta de intencionalidade na recolha de dados, o que fragiliza, inevitavelmente, a representatividade e possibilidade de generalização dos resultados obtidos. A questão que se coloca é saber se esta falta de intencionalidade reflecte a crença, por parte dos investigadores, na “sensibilidade cultural do tema”, sugerindo que a forma mais eficaz de investigar este objecto passa por “camuflar” o real objectivo dos estudos. Por outro lado, estes dados levam-nos a questionar a preferência pelos instrumentos de auto-relato, face às vantagens já documentadas do método da entrevista na elicitação deste tipo de experiências, sobretudo com participantes culturalmente menos diferenciados.

No âmbito da população clínica, a proliferação de estudos nos últimos anos é algo surpreendente. Por um lado, assiste-se a um contínuo investimento científico neste tipo de trabalhos, quando lhe têm sido atribuídas diversas limitações, designadamente a sua reduzida representatividade (e.g., amostras muito reduzidas; sobre-representação de vítimas com desajustamento psicopatológico). Por outro lado, se há estudos que parecem ter fundamentação numa hipótese teórica (e.g., relação entre abuso e psicopatologia), outros são teoricamente insustentados (e.g., associação entre abuso sexual e dor crónica músculo-esquelética ou problemas de gastroenterologia) e, mais uma vez, parecem resultar mais da oportunidade de recolha de dados ou da tentativa de aceder a nichos de publicação (explorando conexões percebidas como mais originais) do que derivar de um planeamento intencional da investigação.

#### **4.3. Taxas de prevalência: variabilidade e confusão metodológica**

Tal como tem vindo a ser enfatizado na literatura, podemos observar que, apesar da grande proliferação de estudos com população normativa nas últimas décadas, a investigação tem produzido resultados algo ambíguos, sugerindo estimativas de prevalência que variam entre 0.9% (Choquet, et al., 1997) e 62% (Wyatt, 1985) para o sexo feminino e 0.6% (Choquet, et al., 1997) e 56% (Madu & Peltzer, 2000) para o sexo masculino. Da apreciação dos estudos apresentados, foi possível confirmar que os dados empíricos obtidos reflectem, desde logo, a variabilidade das opções metodológicas implementadas nos diferentes trabalhos científicos. Efectivamente, o tipo e dimensão da amostra utilizada (e.g., comunitária, estudantil, clínica; local, nacional), a definição de abuso adoptada (e.g., actos sexuais considerados, idade limite, diferença etária entre vítima e ofensor), o instrumento de avaliação seleccionado e o modo de administração (e.g., entrevista face a face, entrevista telefónica, questionário de auto-relato; instrumento específico ou geral; número de questões utilizadas para elicitar as experiências de abuso sexual) são variáveis que influenciam indelevelmente as estimativas de prevalência (e.g., Bolen & Scannapieco, 1999; Fergusson & Mullen, 1999; Finkelhor, 1994, Leventhal, 1998; Wynkoop, Capps & Priest, 1995).

Contudo, também é perceptível que esta variação parece não se esgotar nas explicações de carácter metodológico, na medida em que, mesmo tomando em consideração estudos que adoptam critérios metodológicos análogos encontramos uma variação de resultados significativa, indiciando a influência de outras variáveis, nomeadamente sócio-culturais.

#### **4.4. Geografia do abuso: um fenómeno mundial com contornos culturais específicos**

Pese embora estas limitações e/ou dificuldades, é possível retirar algumas conclusões da investigação com a população geral. A generalidade dos estudos converge no sentido de uma elevada prevalência e disseminação do fenómeno ao nível mundial, refutando inequivocamente o mito de que o abuso sexual é uma experiência rara ou pouco comum na vida das crianças e adolescentes. Demonstra que é um fenómeno que ocorre nas diferentes sociedades e culturas, sendo que nenhum grupo cultural, social e/ou étnico é imune a este tipo de vitimação. Finalmente, confirma taxas muito mais elevadas do que as sugeridas pelos registos oficiais.

Dada a variabilidade metodológica entre os diversos trabalhos, os dados não nos permitem estabelecer reais comparações entre os diferentes países. No entanto, analisando os estudos na sua globalidade, é possível detectar, ainda que de forma especulativa, algumas peculiaridades nas taxas de prevalência obtidas em algumas áreas do globo, mais particularmente, taxas de prevalência inferiores na Ásia (67% dos estudos realizados na Ásia obtêm estimativas entre 4.5% e 16.7% para o sexo feminino e os cinco estudos que incluem participantes masculinos apresentam resultados entre 4.9% e 9.9%) e superiores na África (83% dos estudos com amostras femininas apontam para taxas entre 23.7% e 53.2% e os quatro estudos que incluem o sexo masculino obtêm taxas entre 21.7% e 56%), quando comparadas com as obtidas nos outros contextos geográficos.

Um número substancial de investigadores (e.g., Back, et al., 2003; Futa, Su, & Hansen, 2001; Ho, & Kwok, 1991; Lau, Liu, Yu, & Wong, 1999; Singh, Yiing, & Nurani, 1996; Tang, 2002) hipotetizam que esta “aparente” baixa prevalência de abuso sexual no continente asiático não reflecte, contudo, a sua real dimensão, parecendo antes estar mais associada à maior relutância em relatar este tipo de vitimação e em recorrer aos serviços de saúde mental nestas comunidades. Esta perspectiva é congruente com alguns estudos que revelam que a percentagem de vítimas que relatam não ter revelado o abuso é significativamente superior nas pesquisas que envolvem participantes asiáticos, quando comparada com a obtida em trabalhos realizados no Ocidente (e.g., 60% vs 40%; Tang, 2002).

Neste sentido, a investigação tem realçado que os reduzidos índices de revelação estão associados aos princípios e valores culturais que caracterizam este tipo de sociedades. Desde logo, destacam nas culturas asiáticas a organização patriarcal, que postula uma forte submissão das mulheres aos homens e dos mais novos aos mais velhos. Trata-se de uma estrutura familiar

regida pelo princípio de devoção filial, que transmite uma disciplina rigorosa que deve assegurar a obediência, lealdade e o respeito incondicionais às personagens parentais, particularmente à figura do pai, autoridade inquestionável no núcleo familiar. Adicionalmente, questões como a valorização social da castidade antes do casamento e a forte repressão da sexualidade, levam a que este tipo de experiências não sejam discutidas nestas comunidades por causarem grande constrangimento, o que dificulta, quer a percepção das mesmas como abusivas, quer a sua revelação. Neste contexto, não será incomum que uma alegação de abuso sexual seja silenciada e, dado o estoicismo que caracteriza esta cultura, que a repressão do sofrimento causado seja sentida como imperativa, em prol da preservação da reputação, integridade e harmonia familiares (Futa, Hsu, & Hansen, 2001; Tang, 2002; Tang & Davis, 1996).

Neste mesmo sentido, alguns estudos realizados recentemente (e.g., Alikasifoglu, et al., 2006; Elbedour, et al., 2006) têm alertado para algumas características particulares das sociedades árabes/muçulmanas, que parecem estar subjacentes à investigação tardia deste fenómeno e ao relato deste tipo de ocorrências. De igual modo, realçam a estrutura social patriarcal e os estereótipos de género. Além da clara definição de um estatuto inferior da mulher nas esferas pública e privada, distinguem-se ainda pela percepção “religiosa” da mulher como origem do mal, da anarquia e do engano, o que reforça crenças sociais de culpabilidade da vítima feminina. Concomitantemente, as expectativas sociais fortemente implantadas em relação à soberania, assertividade e autoridade masculinas repudiam qualquer situação de vitimação nos rapazes, na medida em que tal coloca em causa a sua masculinidade e, conseqüentemente, a sua respeitabilidade perante a família e a sociedade. Paralelamente, prevalece neste contexto, a santificação da família, a primazia do código de honra familiar que está fortemente associada à conduta da mulher e o compromisso de todos os membros em manter a unidade e o bem-estar familiares. A ocorrência de abuso sexual pode comprometer a honra da família, sendo que a revelação pode acarretar mais perdas do que benefícios, podendo mesmo, em última instância, significar a morte da vítima de forma a repor a honra familiar.

Por outro lado, muito embora não existam indicadores suficientemente válidos e generalizáveis para afirmar que as taxas de abuso são mais elevadas no continente africano, alguns investigadores (Lalor, 2004a) partilham a ideia de que o abuso sexual tem vindo a aumentar nesta região do globo. Uma hipótese, ainda que polémica, levantada para explicar este aumento, é a disseminação da convicção, nesta zona geográfica, de que o abuso sexual é um fenómeno “não africano” e é um produto da modernidade, das influências da migração e da

rápida transformação social que corrompeu os valores e práticas tradicionais da cultura africana (Lalor, 2004a). Esta crença levaria à desvalorização e desinteresse por um problema que a comunidade não percebe como seu. Há contudo a dizer que a estrutura social patriarcal fortemente vinculada nesta sociedade e a convicção enraizada de que a masculinidade está associada à incontabilidade dos desejos sexuais, assim como a crença de que a força física nas relações sexuais é sinónimo de virilidade, podem contribuir para a ocorrência de situações de abuso sexual, que poderão ser legitimadas ou consideradas práticas não abusivas (Lalor, 2004a). Outro argumento que tem sido muito recentemente explorado, apesar de não comprovado empiricamente, é o facto de o abuso sexual ocorrer como estratégia de evitamento de doenças sexualmente transmissíveis, particularmente do vírus de imunodeficiência adquirida (VIH). Se, por um lado, subsistem crenças tradicionais de que o intercurso sexual com crianças ou jovens adolescentes virgens pode curar (“limpar”) este tipo de doenças e/ou trazer fortuna ou sucesso económico, por outro, as relações sexuais com pré-adolescentes e adolescentes oferecem maior segurança, uma vez que existe menor possibilidade de estarem infectadas com o vírus (Lalor, 2004a; McCrann, Lalor & Kataro, 2006; Petersen, Bhana & McKay, 2005).

#### **4.5. Psicopatologia e desvio: evidência do impacto adverso do abuso?**

Os estudos realizados junto de amostras clínicas e da justiça obtêm estimativas de prevalência mais elevadas, quando comparadas com amostras da população geral, dado concordante com a literatura. No entanto, é possível observar que os índices significativamente mais elevados decorrem de grupos de participantes com perturbações psicopatológicas, especialmente amostras de pacientes com perturbações mentais severas em condição de internamento, sendo que os valores encontrados em amostras de pacientes de cuidados de saúde primários e com problemas físicos são similares aos obtidos junto da população normativa. Estes dados acentuam mais uma vez que este tipo de investigação em amostras clínicas, em lugar de ser ampliada, deve ser repensada e articulada teoricamente, sob pena de os seus resultados serem dificilmente interpretáveis e teoricamente irrelevantes.

Por sua vez, as maiores taxas de prevalência junto da população clínica parecem-nos sugerir sobretudo o impacto negativo desta experiência de vida (algo que discutiremos mais à frente no presente trabalho), ainda que possa também ser argumentado que pode haver circunstâncias de vida (e.g., pobreza, outros tipos de trauma) que favorecem simultaneamente a



exposição ao abuso e o desenvolvimento de perturbações mentais ou de ajustamento, podendo a relação entre estas variáveis não ser puramente causal.

#### **4.6. Abuso intra e extrafamiliar: refutando o mito do incesto**

A maioria dos estudos permite corroborar que o ofensor sexual pertence habitualmente ao meio de convívio das vítimas, incluindo familiares, amigos e conhecidos (e.g. Alami & Kadri, 2004; Elliott & Briere, 1992; Krugman et al., 1992; Lopez et al., 1995; Robin et al., 1997; Wellman, 1993). Na globalidade, a ocorrência de abuso sexual no âmbito da família nuclear não é um fenómeno muito frequente. 60% dos trabalhos que discriminam o abuso perpetrado por pais biológicos, padrastos e irmãos sobre vítimas femininas, apresentam estimativas entre 0% e 16%. No caso dos rapazes, esta experiência é ainda menos comum, obtendo índices significativamente inferiores, que em diversos estudos não superam os 9%. Contudo, os dados empíricos chamam a atenção para o facto de as experiências sexualmente abusivas no âmbito da família nuclear tenderem a ser mais recorrentes, a envolver vítimas mais novas, maior intrusividade (e.g., intercurso sexual) e severidade, sendo também mais difíceis de denunciar (Fergusson, Lynskey & Horwood, 1996; Fergusson & Mullen, 1999; Fischer & McDonald, 1998; Wolfe & Birt, 1997).

Dados obtidos em alguns contextos culturais específicos merecem particular atenção, na medida em que realçam, mais uma vez, a necessidade de este fenómeno ser estudado à luz do contexto social e cultural. Nomeadamente, são de destacar as percentagens excepcionalmente elevadas de perpetradores membros da família imediata numa comunidade indígena norte-americana (Robin, et al., 1997); de educadores e religiosos num estudo realizado em Espanha (10% do total de abusos a rapazes; López, et al., 1995); de profissionais (e.g., professores, médicos) em alguns estudos realizados na África do Sul (Madu & Peltzer, 2001); e de estranhos num trabalho efectuado na Turquia (Alikasifoglu, et al., 2006).

#### **4.7. A investigação em Portugal: raridade, dispersão e alguns resultados**

No panorama português, o interesse por este objecto de estudo é recente e o investimento científico é ainda insuficiente para reconhecermos a sua extensão e as características que assume na realidade nacional. Muito embora nos defrontemos com

limitações ao nível do registo nacional deste tipo de ocorrências, os dados oficiais demonstram que o abuso sexual é também uma realidade não negligenciável em Portugal.

Analisando, na generalidade, os números oficiais, é possível constatar um aumento significativo (mais de 50%) de casos de abuso sexual sinalizados nos últimos anos, particularmente desde 2002. A questão que se coloca de imediato é se estas estatísticas indicam que a prática deste tipo de crime está a proliferar no nosso país ou se se trata de um fenómeno de consciencialização social, resultante de um período de activa discussão pública acerca do tema. De facto, as revelações mediáticas associadas ao designado “Caso Casa Pia” romperam o silêncio, desafiaram o mito do caso isolado, provocaram um debate aceso sobre o estado da justiça em Portugal e consequentemente, facilitaram a revelação de outros casos, redefinindo o abuso sexual como um problema essencialmente social. Além disso, ampliaram a visibilidade da vitimação masculina e de outras formas de abuso sexual que não apenas o perpetrado no âmbito da família (e.g., o abuso extrafamiliar, a pornografia e a prostituição de menores), que até ao momento permaneciam no silêncio.

No que se refere aos casos que prosseguem judicialmente, os números são algo surpreendentes, sobressaindo uma grande dissonância entre o volume de casos identificados e o número de processos que prosseguem para julgamento. Efectivamente, estes dados parecem desde logo indicar que, dos casos que são identificados oficialmente (que a investigação sugere ser já a ponta de um enorme iceberg), apenas uma percentagem muito reduzida prossegue para julgamento e um número muito restrito de alegados ofensores são condenados. O estudo de Carvalho (2002), que envolveu a análise de processos judiciais de casos de abuso sexual, corrobora esta realidade, verificando que a maioria (59%) dos processos iniciados no Ministério Público é arquivada, sendo que apenas 19% são julgados e destes, 72% finalizam com sentenças de pena suspensa. A questão inevitável prende-se com as hipóteses explicativas, que poderão reflectir a dificuldade em reunir provas factuais neste tipo de casos ou atitudes e/ou representações judiciais específicas acerca deste tipo de vitimação.

Recentemente, à semelhança de outros países, foram realizados em Portugal três inquéritos de vitimação que procuraram avaliar a prevalência deste tipo de experiências junto de adultos pertencentes à população geral. Os resultados obtidos variam entre 2.7% e 9.9% para o sexo feminino e 2.6% e 3.7% para o sexo masculino (Figueiredo, Paiva, Maia, Fernandes & Matos, 2004; Fávero, 2003 respectivamente). Muito embora estes números sejam expressivos, são significativamente inferiores aos obtidos pela maioria dos estudos realizados ao nível

internacional. Seria francamente optimista pensar que estas estimativas se aproximam da prevalência real e que este tipo de ocorrências é, de facto, menos frequente no nosso país. Tal como em outros estudos, a metodologia utilizada nestes inquéritos, designadamente a selecção local de amostras específicas (e.g., país, estudantes) e o recurso a questionários de auto-relato, podem ter influenciado os dados obtidos. Estes resultados deixam sobretudo antever uma multiplicidade de questões sem resposta e reforçam a necessidade de mais investimento nesta área de investigação. Será que estes resultados reflectem uma formação e/ou educação insuficiente e/ou errónea acerca da sexualidade, associada à maior dificuldade em interpretar estes actos como sexualmente abusivos? Que crenças culturais influenciam a menor taxa de revelação? Que factores sociais, culturais e judiciais estão envolvidos? De que forma é que o desfecho judicial deste tipo de processos no nosso país, reforça o silêncio e a crença na ineficácia da denúncia?

## **5. Pistas para a investigação epidemiológica futura**

Ao longo desta revisão e discussão fomos identificando problemas, apontando críticas e sinalizando questões por responder. Finalizamos, pois, este capítulo com a sistematização destas pistas para futuras investigações sobre a epidemiologia do abuso, a nível internacional e nacional.

### **5.1. Ao nível internacional**

Relativamente ao método de recolha, aquele que é mais eficaz para determinar o número de pessoas que foram abusadas na infância e adolescência é uma questão que permanece sem resposta. Alguns dados de uma meta-análise realizada demonstram que a prevalência não varia consoante o método de recolha (Bolen & Scannapieco, 1999). Além disso, salienta que, se forem administrados correctamente, os questionários podem elicitar informação importante, da mesma forma que as entrevistas face a face. Apesar disso, os primeiros métodos são menos eficazes para recolher outras informações importantes na compreensão do fenómeno e por isso, talvez valha a pena investir mais em estudos com base em entrevistas, ao mesmo tempo que convém aprofundar estudos que avaliem os efeitos e a eficácia das diferentes metodologias. Neste sentido, importa considerar também, sobretudo em contextos menos favorecidos, a relação custos-resultados. Por outro lado, privilegiar e concentrar recursos em

metodologias longitudinais, na medida em que minimizam o viés metodológico, poderá constituir uma importante direcção futura na investigação.

Do mesmo modo, é fundamental um maior número de estudos com amostras masculinas, procurando compreender também a perpetração feminina e quais os contornos deste tipo de abuso, suas diferenças e especificidades. Além disso, a conceptualização teórica dos estudos deverá ser um aspecto mais cuidado, em vez da sua proliferação e consequente “acumulação” não integrada de conhecimento científico.

A promoção de investigação nos países em desenvolvimento e uma investigação mais direccionada para a compreensão dos factores/crenças sociais, culturais e religiosos que, por um lado favorecem a prática destas experiências abusivas, e por outro influenciam os indicadores epidemiológicos, é também fundamental. De facto, muito embora comece a surgir algum investimento científico em alguns países em desenvolvimento como a Tanzânia, o Quénia ou a Nigéria, estes esforços são realizados por parte das agências internacionais e focam-se essencialmente na exploração sexual comercial de menores, minimizando/negligenciando o abuso perpetrado na família ou na comunidade que, de acordo com alguns investigadores, ocorre frequentemente nestes países.

Mas, mais importante ainda do que conhecer as taxas de vitimação noutros países e culturas, é, a nosso ver, compreender as diferenças qualitativas nestas experiências, associadas às diferentes concepções do abuso das comunidades em causa. O que estamos a estudar reflecte um fenómeno de vitimação ou vários fenómenos, distintos em termos de contornos, motivações, vulnerabilidades...? Serão, ou não, diferentes realidades que se confundem, sob uma etiqueta afinal redutora?

## **5.2. Em Portugal**

No que concerne à investigação nesta área importa por um lado, otimizar os sistemas de registo oficiais e nacionais, e por outro desenvolver estudos quantitativos e qualitativos que nos permitam compreender a natureza, a prevalência e as características do abuso sexual em contexto nacional. Para tal, os estudos quantitativos deverão incluir amostras da comunidade e de dimensão nacional, ao mesmo tempo que os estudos qualitativos poderão focalizar-se mais em amostras específicas e mais restritas (nomeadamente clínicas, mas não só), estudadas de forma mais intensiva.

Do mesmo modo, as representações sociais do fenómeno (e.g., abuso sexual=pedofilia), na medida em que afectam substancialmente as denúncias e a resposta dada às vítimas constituem um foco de investigação importante no domínio do conhecimento sobre o abuso sexual no nosso país.

## CAPÍTULO II

# FACTORES DE VULNERABILIDADE AO ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



## 1. Introdução

Após termos explorado os dados de prevalência do abuso sexual, pretendemos neste capítulo dar continuidade à análise da investigação epidemiológica, nomeadamente em termos de variáveis de risco/vulnerabilidade associadas ao fenómeno. Neste sentido, ao longo das últimas décadas, a investigação desenvolveu vários esforços no sentido de caracterizar as crianças vítimas, os contextos familiares e as circunstâncias ambientais onde o abuso ocorre, com o objectivo de encontrar indicadores que permitissem identificar grupos de risco. Contudo, na globalidade, os investigadores e profissionais deste domínio científico têm-se confrontado com a diversidade e transversalidade social, cultural e económica que caracteriza estas vítimas. Ainda assim, apesar de a evidência empírica refutar a presença de um protótipo que caracterize a vítima de abuso sexual, consideramos que a investigação tem contribuído de forma significativa para a compreensão deste fenómeno, analisando a associação entre abuso sexual e diferentes variáveis pessoais, sociais e familiares que contribuem para o risco e vulnerabilidade de ocorrência de abuso sexual.

Neste capítulo é nosso objectivo sistematizar os dados empíricos disponíveis relativamente aos factores de vulnerabilidade para a ocorrência de abuso sexual. Deste modo, à semelhança do realizado no capítulo anterior, foi realizada uma pesquisa exaustiva nas revistas científicas publicadas entre 1985 e 2006, disponíveis nas bases de dados PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE, SAGE Full-Text Collection, EBSCO-HOST: Research Data Base, Science Direct (Elsevier), SCOPUS – Database of Research Literature, e na análise de livros e monografias publicadas ao longo do período mencionado.

De seguida, descrevemos os principais resultados da investigação que decorrem de estudos realizados com amostras da população geral, estudos clínicos que comparam grupos de crianças abusadas e suas famílias de grupos de crianças não abusadas, e estudos que envolvem apenas os casos identificados por organismos oficiais. Não recorreremos neste capítulo à apresentação de tabelas com os resultados por o número de estudos encontrados ser significativamente inferior aos identificados na área da prevalência, assim dispensando o recurso a essa metodologia de apresentação. Por fim, serão discutidos os resultados obtidos.



## **2. Características da criança vítima**

### **2.1. Variáveis socio-demográficas**

#### **2.1.1. Género**

A investigação demonstra, de forma consistente, taxas de prevalência mais elevadas nas raparigas do que nos rapazes (e.g., Berliner, & Elliott, 2001; Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger 1998; Carlstedt Forsman, & Soderstrom, 2001; Chen, 1996; Chen et al., 2004; Fávero, 2003; Goldman, & Padayachi, 1996), surgindo um número reduzido de estudos que não verificam esta associação entre género e abuso sexual (e.g., Finkelhor et al., 1997). De forma generalizada, a evidência empírica sugere proporções de duas a três raparigas por cada rapaz vítima de abuso (Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Peter, Wyatt, & Finkelhor, 1986 cit. Finkelhor, 1994; Putnam, 2003; Sobsey, 1997; Wolfe & Birt, 1997). Numa revisão de estudos realizados em 19 países, Finkelhor (1994), averiguou que o risco de vitimação era 1/5 a três vezes superior no sexo feminino.

Apesar de a vitimação sexual na infância e adolescência parecer uma experiência mais comum ao sexo feminino, é possível constatar um número considerável de vítimas do sexo masculino em vários trabalhos. Adicionalmente, podemos observar taxas significativamente elevadas de vitimação masculina em alguns estudos realizados em contextos culturais específicos, como a África do Sul (Collings, 1995; Madu, & Peltzer, 2000), e em amostras clínicas ou de justiça (Aylwin, Studer, Reddon, & Clelland, 2003; Wurr, & Partridge 1996).

Por outro lado, alguns investigadores (Dunne, Purdie, Cook, Boyle, & Najman, 2003; Fergusson, & Mullen, 1999) advogam que, quando são consideradas formas de abuso mais severas (e.g., penetração), as divergências de género não são tão evidentes. Concomitantemente, os resultados obtidos a partir de estudos em população com deficiência sugerem uma particularidade na distribuição de género destas vítimas de abuso sexual. Ao contrário dos estudos realizados com amostras da população geral, verifica-se uma sobre-representação comparativa de vítimas do sexo masculino entre as crianças sexualmente abusadas com deficiência (Balogh, Bretherton, Whibley, et al., 2001; Sobsey, Randall, & Parrila, 1997; Kvam, 2004; Tharinger, Horton, & Millea, 1990).

De forma generalizada, a investigação salienta diferenças de género no que concerne também à relação entre ofensor e vítima. Os dados sustentam invariavelmente que as raparigas são mais frequentemente vítimas de abuso intrafamiliar e os rapazes mais vitimizados por perpetradores externos à família (Baker, & Duncan, 1985; Finkelhor, 1990; Gold, Elhai, Lucenko, Swingle, & Hughes, 1998; Kendall-Tackett, & Simon, 1992; Kim, & Kim, 2005; Krugman, Mata, & Krugman, 1992; Olsson, et al., 2000; Ramos-Lira, et al., 1998). Finkelhor (1990), no primeiro inquérito de vitimação nacional conduzido nos Estados Unidos da América, constatou que os rapazes relatavam mais abuso perpetrado por estranhos (40% vs 21%) e as raparigas referenciavam mais experiências sexualmente abusivas perpetradas por membros da família (29% vs 11%). Gold, Elhai, Lucenko e Swingle (1998) realizaram entrevistas clínicas a trezentos e cinco pacientes de psicoterapia e corroboraram que os homens apresentavam maior vulnerabilidade ao abuso extrafamiliar e as mulheres demonstravam duas vezes mais probabilidades de ter experienciado abuso no contexto familiar. Tzeng e Schwarzin (1990), através de uma análise de quinze mil setecentos e cinquenta e oito casos provados, verificaram que as vítimas femininas apresentavam maior vulnerabilidade ao incesto do que as vítimas masculinas.

Alguns estudos sugerem ainda que a vitimação feminina, além de ocorrer mais frequentemente no âmbito familiar, tende a ser mais duradoura e a envolver maior diferença etária entre ofensor e vítima. Por sua vez, os abusos perpetrados aos rapazes, tendencialmente cometidos fora do círculo familiar, parecem implicar perpetradores mais jovens, actos sexuais de maior intrusividade (e.g., intercurso anal e/ou oral), e, mais frequentemente, o uso da força (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz, & Ross, 1996; Finkelhor, 1990, Kendall-Tackett, & Simon, 1992; Romano, & DeLuca, 2001; Wolfe & Birt, 1997). Todavia, alguns destes dados revelam-se incoerentes entre investigações, na medida em que determinados trabalhos não corroboram diferenças de género significativas, particularmente ao nível da natureza dos actos sexualmente abusivos (Gold, Elhai, Lucenko, & Swingle, 1998; Romano, & DeLuca, 2001).

### **2.1.2. Idade**

De forma generalizada, a literatura sustenta que o risco de ocorrência de abuso sexual aumenta com a idade, sendo que uma elevada proporção dos casos parece ocorrer na fase de pré-adolescência e adolescência (Finkelhor, 1993; Putnam 2003; Tschumper, Narring, Meier, &

Michaud, 1998). Um número substancial de estudos (Almeida, André, & Almeida, 1999; Chen, 1996; Chen, Dunne, & Han, 2004; Finkelhor, 1990; Goldman, & Padayachi 1997; Lopez, et al., 1995; Sariola, & Uutela, 1994; Tang, 2002) indicam o período de pré-puberdade e puberdade como fase desenvolvimental de maior vulnerabilidade para a vitimação sexual, apesar de existir um número substancial de casos em idades mais precoces. Num estudo com uma amostra nacional representativa de duas mil crianças com idades compreendidas entre os dez e os dezasseis, Boney-McCoy e Finkelhor (1995) verificaram que os adolescentes apresentavam maior risco de ser vitimizados sexualmente do que as crianças entre os dez e os doze anos. De igual modo, Finkelhor (1997) procurou investigar, junto de uma amostra nacional de pais com crianças menores de 18 anos, a ocorrência de vitimação sexual nos seus filhos no último ano e corroborou que os adolescentes (dos treze aos dezassete) apresentavam maior risco de vitimação sexual.

No que diz respeito às diferenças de género relativamente à idade de início de abuso, os resultados produzidos revelam grande ambiguidade. De um modo geral, os estudos de natureza retrospectiva sugerem uma tendência, ainda que em alguns estudos ténue, para uma média de idade de início de abuso inferior nas vítimas femininas (Baker & Duncan, 1985; Lopez, et al., 1995; Ramos-Lira, 1998; Singh, Yiing, & Nurani, 1996; Tang, 2002), muito embora outros trabalhos não detectem qualquer divergência a este nível (Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990; Goldman, & Padayachi, 1996; Kendall-Tackett, & Simon, 1992; Olsson et al., 2000). Baker e Duncan (1985), num estudo retrospectivo de dimensão nacional efectuado na Grã-Bretanha, verificaram que o abuso antes dos dez anos de idade tende a ocorrer com mais frequência nas vítimas femininas e a ocorrência a partir dos onze anos parece ser mais característica na vitimação masculina. Similarmente, outro inquérito realizado no México (Ramos-Lira, et al., 1998), junto de uma amostra nacional de estudantes (N= 61779), demonstra que as vítimas do sexo feminino foram vitimizadas em idades mais precoces que os rapazes, sendo que 37% das raparigas sofreram o abuso antes dos dez anos de idade, comparativamente com 20% dos rapazes.

No âmbito da investigação com amostras da população geral analisada, apenas um estudo de prevalência de dimensão local realizado na Costa Rica (Krugman, Mata, & Krugman, 1992) sugeriu uma média de idade de início de abuso inferior nas vítimas de sexo masculino, detectando uma percentagem de 46% de casos de vitimação masculina que ocorreram antes dos sete anos de idade. Neste sentido, e contrariamente à maioria da investigação, baseada em

auto-relatos da vitimação, há que referir que os dados obtidos a partir dos casos oficialmente identificados sugerem que a vitimação masculina tende a ocorrer em idades mais precoces do que a vitimação feminina (Pierce, & Pierce, 1985). Fischer e McDonald (1998), através da análise de mil cento e um casos julgados, verificaram que os rapazes vitimizados eram aproximadamente dois anos mais novos que as raparigas, aquando do início do abuso.

Alguns estudos parecem ainda apontar diferenças etárias associadas ao tipo de abuso sexual perpetrado, designadamente que as crianças mais novas são mais frequentemente vítimas de abuso intrafamiliar e as mais velhas de abuso extrafamiliar (e.g., Darves-Bornoz, Berger, Degiovanni, Gaillard, & Lepine, 1999). Fischer e McDonald (1998) corroboram estes dados, verificando nos seus casos que as vítimas de abuso intrafamiliar são mais novas aproximadamente três anos, quando comparadas com vítimas abusadas por perpetradores externos à família.

Adicionalmente, Sedlak (1997, cit. Black, Heyman, & Slep, 2001), num estudo de dimensão nacional que investigou a incidência de abuso sexual, procurou também averiguar a associação entre a idade da criança e vitimação sexual e apurou que aquela interage com a etnia e estrutura familiar. As crianças mais velhas (15-17), comparadas com as mais novas (<15), encontravam-se em maior risco em famílias monoparentais masculinas do que em famílias monoparentais femininas ou com ambos os pais. Concomitantemente, crianças de etnia caucasiana, negra e hispânica, apresentavam risco mais elevado em idades mais avançadas do que as crianças de outros grupos étnicos.

### **2.1.3. Classe social**

Contrariamente aos outros tipos de maus-tratos, que parecem associar-se de forma inequívoca a estratos socio-económicos inferiores (cf. Machado, Gonçalves, Matos, & Dias, 2007), a investigação epidemiológica sugere que o abuso sexual é um fenómeno transversal a todos os níveis sociais e económicos. Muito embora os dados obtidos junto das fontes oficiais (Finkelhor, 1993; Machado, 2002; Putnam, 2003), indiquem maior incidência de abuso sexual em níveis socio-económicos mais desfavorecidos, a grande maioria dos estudos baseados em amostras da população geral (Bagley, Wood & Young, 1994; Chen, Dunne, & Han, 2004; Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Finkelhor, 1993; Pedersen, & Skronnal, 1996; Wolfe, & Birt, 1997) não sustenta estes resultados. Apesar disso, alguns trabalhos desafiam estes dados,

indicando que o baixo rendimento familiar está associado a um maior risco de abuso (Finkelhor et al., 1997; Paveza, 1988; Manion, McIntyre, Firestone, Ligezinska, Ensom, & Wells, 1996). Neste sentido, alguns investigadores argumentam que, apesar de o abuso sexual se constituir como um fenómeno comum a todos os níveis sociais, a disrupção gerada pela instabilidade económica, agravada pelas reduzidas oportunidades educacionais e profissionais, pode contribuir para um risco acrescido de ocorrência de situações abusivas (Kassim, & Kassim, 1995; Lesniak, 1993).

Relativamente à associação entre vitimação sexual infantil e nível educacional e estatuto profissional dos pais, alguns estudos (Finkelhor et al., 1997) não têm encontrado qualquer associação, enquanto outros trabalhos, essencialmente de natureza clínica, evidenciam uma probabilidade mais elevada de os progenitores de crianças abusadas desempenharem actividades profissionais indiferenciadas/menos qualificadas, ilícitas ou estarem em situação de desemprego (Manion et al., 1996; Paveza 1988; Tschumper, Narring, Meier, & Michaud, 1998). Fergusson e colaboradores (1996), num estudo de natureza prospectiva que acompanhou mil duzentos e sessenta e cinco crianças desde o nascimento até à idade de dezoito anos, verificaram uma tendência para que a severidade e a duração do abuso fossem maiores quanto menor fosse o nível educacional materno.

#### **2.1.4. Etnia**

A associação entre etnia e abuso sexual é uma questão de investigação que permanece inconclusiva. Apesar do crescente número de estudos neste domínio científico, existe um número reduzido de estudos que procuraram examinar o papel específico da pertença étnica neste tipo de abuso.

No que se refere à prevalência, alguns estudos apontam para um maior risco de abuso sexual em determinados grupos étnicos, mas os seus resultados são aparentemente contraditórios. Tzeng e Schwarzin (1990), por exemplo, verificaram que as crianças de etnias hispânica e asiática eram quatro vezes mais vulneráveis ao abuso sexual, quando comparadas com as crianças caucasianas e três vezes mais, quando comparadas com as crianças de etnia negra. Boney-McCoy e Finkelhor (1995), por sua vez, averiguaram que as crianças negras demonstravam elevado risco de vitimação, quando comparadas com crianças caucasianas.

Contrariamente, outros investigadores não detectaram quaisquer diferenças, suportando que o risco é idêntico nos diversos grupos étnicos, mais especificamente, idêntico entre mulheres americanas caucasianas e afro-americanas (Wyatt, 1985), entre adolescentes afro-americanos e americanos nativos (Lódico, Gruber, & DeClemente, 1996), e entre hispânicos e não hispânicos (Arroyo, Simpson, & Aragon, 1997).

Há ainda trabalhos que têm investigado diferenças étnicas relativamente às características da vítima e da experiência de abuso. Wyatt (1985) verificou uma tendência para as vítimas afro-americanas serem abusadas mais tarde (pré-puberdade), comparativamente com as vítimas americanas caucasianas, mais frequentemente abusadas na idade pré-escolar. Rao, DeClemente e Ponton, (1992 cit. Kenny & McEachern, 2000), por sua vez, concluíram que as vítimas asiáticas-americanas e hispânicas eram mais velhas do que as caucasianas e as afro-americanas no momento de apresentação para o tratamento. No que respeita à severidade do abuso, alguns estudos detectaram que as vítimas asiáticas experienciaram formas de abuso menos invasivas (Back et al., 2003; Rao et al., 1992 cit. Kenny & McEachern, 2000) e que as crianças de etnia negra relatam índices mais elevados de penetração quando comparadas com as hispânicas ou caucasianas (Huston, Parra, Prihoda, & Foulds, 1995).

Assim, tal como podemos observar, a literatura neste âmbito revela grande fragilidade e inconsistência. Apesar destes dados isolados, a investigação não sustenta qualquer relação sistemática entre pertença étnica e abuso sexual (Arroyo, Simpson, & Aragon 1997; Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Lodico, Gruber, & DiClemente, 1996; Putnam, 2003; Wyatt, 1985). Da mesma forma, os dados oficiais não demonstram qualquer discrepância a este nível (Finkelhor, 1993).

## **2.2. Outros atributos da criança**

Outra linha de investigação tem explorado algumas características particulares das crianças que parecem contribuir para um maior risco de vitimação sexual. Neste domínio, os estudos realizados junto de ofensores sexuais (Conte, 1991; Elliott, Browne, & Kilcoyne, 1995) têm sugerido que a vulnerabilidade pode ser aumentada por determinadas características da aparência física (e.g., ser bonita, pequena, vestir-se de determinada forma), factores de natureza emocional e/ou temperamental (e.g., ser insegura, com baixa auto-estima, carente, deprimida ou infeliz, curiosa, inocente) e aspectos situacionais (e.g., criança mais desprotegida, pouco

supervisionada). Similarmente, os relatos retrospectivos têm salientado uma maior vulnerabilidade em crianças isoladas socialmente (e.g., poucos amigos, déficit/ausência de suporte social, ausência de um amigo especial) e que se descrevem como tímidas e/ou infelizes (Fleming, Mullen, & Bammer, 1997; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996). Um outro estudo (Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1997 cit. Fergusson, & Mullen, 1999), indicou ainda que a maturação sexual precoce parece constituir um factor que aumenta o risco de ocorrência de abuso sexual, ao verificar percentagens mais elevadas de abuso em vítimas que relatavam menarca precoce (<13 anos).

Há, por outro lado, um crescente reconhecimento científico de que as crianças e adolescentes portadores de deficiências/*handicaps* físicos ou cognitivos (e.g., cegueira, surdez, deficiência mental) são também particularmente vulneráveis à vitimização sexual. A sua maior vulnerabilidade é reforçada por um conjunto de factores (e.g., dependência dos cuidadores, institucionalização, limitações cognitivas e de comunicação, insegurança emocional/social, dificuldade em distinguir afecto de abuso, necessidade de aceitação e valorização social, falta de informação sexual) que as tornam um alvo mais acessível às estratégias de manipulação utilizadas pelos ofensores e à manutenção na relação abusiva, exacerbando as suas dificuldades em revelar o abuso (Balogh, et al., 2001; Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Kvam, 2004; Tharinger, Horton, & Millea, 1990; Verdugo, Bermejo, & Fuertes, 1995).

Alguns estudos têm ainda investigado a associação entre inteligência e abuso sexual, comparando grupos de crianças sexualmente abusadas com crianças não abusadas. Manion, McIntyre, Firestone, Ligezinska, Ensom e Wells (1996) verificaram que as crianças sexualmente abusadas têm resultados inferiores nas medidas de inteligência verbal. Concomitantemente, Paradise, Rose, Sleeper e Nathanson (1994) constataram que as crianças vitimizadas demonstraram rendimento inferior na leitura, matemática, ciência e estudos sociais, bem como usufruíam mais de educação especial. Contudo, não é claro se estes problemas de performance académica precederam o abuso ou surgiram na sua sequência.

### **2.3. História de vitimação anterior/Comorbilidade com outros tipos de abuso**

Um número substancial de estudos (Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995; Fergusson, & Mullen, 1999; Finkelhor et. al., 1997; Fleming, Mullen, & Bammer, 1997; Hibbard, Ingersoll, & Orr, 1990; Paradise, Rose, Sleeper, & Nathanson, 1994) salienta que as vítimas de abuso sexual

relatam frequentemente história prévia e/ou concomitante de abuso físico, emocional e/ou negligência. Paradise e colaboradores (1994), comparando um grupo de crianças sexualmente abusadas (N=154) e suas mães com um grupo de crianças não abusadas (N=53), averiguaram que as crianças vítimas apresentavam uma tendência, ainda que não estatisticamente significativa, para apresentar índices mais elevados de experiências de anterior abuso ou negligência. No estudo realizado por Boney-McCoy e Finkelhor (1995), os autores aferiram que a história de vitimização anterior (sexual ou não sexual) da vítima, bem como a história de vitimação "indirecta" de um membro da família, actuavam como factores de risco para a ocorrência de abuso sexual. Fleming, Mullen e Bammer (1997), por sua vez, averiguaram numa amostra comunitária de setecentas e dez mulheres adultas, que as vítimas de abuso sexual relatavam percentagens duas vezes mais elevadas de abuso físico do que as participantes não abusadas.

### **3. Características familiares**

#### **3.1. Estrutura familiar**

De acordo com a investigação revista, determinadas condições da estrutura familiar parecem contribuir para a ocorrência de abuso sexual. Mais especificamente, a evidência empírica tem apontado de forma consistente a ausência de um progenitor (particularmente a mãe) ou de ambos os pais biológicos e a presença de um substituto paterno na família como factores de risco significativos, quer para o abuso intrafamiliar, quer para o extrafamiliar (Bendixen, Muss, & Schei, 1994; Berliner, & Elliott, 2001; Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995; Fergusson, & Mullen, 1999; Finkelhor, 1990; Finkelhor, 1993; Madu, & Peltzer, 2000; Mullen, Martin, Anderson, Paveza, 1988; Putnam, 2003; Romans, & Herbinson, 1996; Tschumper, Narring, Meier, & Michaud, 1998; Wolfe, & Birt, 1997). Neste sentido, Finkelhor, Moore e Strauss (1997) constataram que as famílias sem ambos os pais biológicos estão três vezes mais em risco de vitimização sexual, quando comparadas com famílias em que estes estão presentes. Por sua vez, Sedlak (1997 cit. Black, Heyman, & Slep, 2001), observou uma associação específica entre estrutura familiar e abuso sexual, designadamente que crianças mais velhas, integradas em famílias monoparentais paternas, apresentavam maior risco quando comparadas com as outras crianças.



Outros autores têm referido uma associação entre o número de membros da família e o abuso sexual. Contudo, estes resultados apresentam grandes limitações, sendo restritos a um número reduzido de estudos (Chen, 1996; Wolfe, & Birt, 1997).

### **3.2. Ajustamento e características psicológicas parentais**

Outra variável que tem sido alvo de investigação é o ajustamento psicológico dos pais das crianças vítimas, na tentativa de compreender como é que este contribui para o risco de abuso sexual. Apesar de a produção científica não fornecer resultados consistentes acerca da importância desta variável, alguns estudos têm sugerido que a presença de problemas de saúde mental, abuso de drogas ou álcool e comportamento criminal nos pais (Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Fergusson, & Mullen, 1999; Kim, & Kim, 2005; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996; Svedin, Back, & Söderback, 2002) parece estar associada a um elevado risco de vitimação sexual nos seus filhos.

No âmbito dos estudos efectuados com a população geral, destacamos as investigações de Fleming, Mullen e Bammer (1997) e de Walsh, MacMillan e Jamieson (2002). O primeiro, a partir de uma sub-amostra de um estudo de prevalência na Austrália, com cento e quarenta e quatro mulheres que relataram ter sido vítimas de abuso sexual, identificou, entre os factores preditivos de ocorrência de abuso sexual após os doze anos, problemas de saúde mental na mãe. Além disso, este trabalho identifica o alcoolismo paterno enquanto factor preditivo do abuso perpetrado no âmbito familiar e o alcoolismo materno no abuso extrafamiliar. O segundo, conduzido no Canadá, investigou a relação entre história psiquiátrica parental (perturbação depressiva maior, mania, esquizofrenia e perturbação anti-social) e história de abuso sexual numa amostra da população geral (N=8548) e verificou que os antecedentes psiquiátricos dos pais, particularmente o comportamento anti-social, estavam associados a um risco elevado de abuso sexual.

Por sua vez, alguns estudos clínicos detectaram que os pais de crianças sexualmente abusadas obtinham índices mais elevados de sintomatologia em instrumentos que avaliam diferentes dimensões de psicopatologia, quando comparados com grupos de controlo. Paradise e colaboradores (1994), por exemplo, verificaram que as mães do grupo de crianças sexualmente abusadas pontuavam valores significativamente mais elevados no *Symptom-Checklist-90-Revised* (Derogatis, 1983 cit. Paradise et al., 1994), comparativamente com o

grupo de contraste. Manion e colaboradores (1996) obtiveram dados congruentes com estes, verificando que os pais de crianças vítimas de abuso extrafamiliar revelavam maior sintomatologia psicopatológica no *Brief Symptom Inventory* (Derogatis & Spencer, 1982, cit. Manion et al., 1996) do que os pais de crianças não abusadas. Todavia, estes resultados devem ser interpretados com algum cuidado, quer pela pouca representatividade das amostras, quer pelas incertezas que suscitam quanto à sintomatologia parental como antecedente ou consequente da revelação do abuso.

No domínio dos estudos prospectivos, salienta-se o trabalho de Fergusson e colaboradores (1996), que investigaram a presença de factores de risco numa amostra de mil duzentos e sessenta e cinco crianças desde o nascimento até aos dezoito anos de idade. De acordo com os resultados obtidos, os participantes que relataram vitimação sexual na infância e adolescência, referenciaram mais frequentemente pais com problemas de álcool ou drogas ou envolvimento na criminalidade. Destacamos ainda, um estudo posterior (Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998) que procurou avaliar a associação entre características parentais e maus tratos infantis, utilizando medidas de auto-relato fornecidas por jovens adultos e recurso a registos oficiais. Os autores conduziram uma investigação longitudinal ao longo de dezassete anos com seiscentas e quarenta e quatro famílias residentes no Estado de Nova York e verificaram que a sociopatia maternal, definida pelo abuso de drogas e álcool e/ou problemas com a polícia, estava associada a elevado risco de abuso sexual dos filhos.

É de salientar que, dos diversos estudos neste domínio, sobressaem essencialmente factores de desajustamento materno como preditores do abuso sexual, mais especificamente, a alienação materna associada a exigências profissionais, problemas emocionais, doença física, alcoolismo, consumo de drogas e/ou comportamento criminal (Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Fleming, Mullen, & Bammer 1997; Kim, & Kim, 2005; Putnam, 2003; Oates, Jennifer, Tebbutt, Swanston, Lynch & O'Toole, 1998; Vogeltanz, Wilsnack, Wonderlich, & Kristjanson, 1999; Wolfe, & Birt, 1997). Concomitantemente, outros trabalhos realizados com amostras de mães de crianças vitimizadas no âmbito da família nuclear sugerem, ao nível da personalidade, um estilo negligente e ineficiente de processamento de informação e disfunção no teste de realidade (Wald, Archer, & Winstead, 1990) ou mesmo tendências dissociativas.

### 3.3. Funcionamento familiar

A investigação e a experiência clínica têm demonstrado a associação do abuso a determinadas variáveis de (des)ajustamento familiar. Os estudos realizados com vítimas sugerem que as famílias onde ocorre abuso revelam menor adaptabilidade (i.e., menor flexibilidade face a situações de *stress* familiar) e menor coesão (i.e., menor ligação emocional entre os membros), quando comparadas com outras famílias (Black, Heyman, & Slep, 2001; Hornor, 2002).

As descrições das vítimas, especialmente no caso do abuso intrafamiliar remetem para um contexto familiar regido por um modelo familiar patriarcal (autoritarismo da figura paterna e a subserviência da mulher ao homem e das crianças aos adultos) e práticas educativas predominantemente punitivas, facilitando a conceptualização da criança como posse dos pais (e.g., Draucker, 1996; Harper, 1993; Hornor, 2002; Kim & Kim, 2005). Concomitantemente, alguns relatos realçam a excessiva preocupação com o controlo, a moralidade, a punitividade face à comunicação sobre temas sexuais e o isolamento social, que reforçam a cumplicidade familiar em torno do segredo e impedem a revelação (Dadds, Smith Webber, & Robinson, 1991; Draucker, 1996; Fleming, Mullen, & Bammer, 1997; Harter, Alexander, & Neymeier, 1988; Hornor, 2002; Manion et al, 1996; Svedin, Back, & Söderback, 2002; Wolfe, & Birt, 1997).

Coexistente com a afectividade inibida que caracteriza o relacionamento familiar, surge recorrentemente na literatura a referência a um marcado distanciamento afectivo e pobreza de vinculação no relacionamento entre pai e filhos (Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995; Chen, 1996; Fergusson et al., 1996; Fleming Mullen, & Bammer, 1997; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbinson, 1996; Wolfe, & Birt, 1997). Outros estudos indicam que a perturbação na relação parental, particularmente entre mãe e filha, constitui um forte preditor para a perpetração do abuso no seio familiar (Furniss, 1993; Paveza, 1988; Schechter, Brunelli, Cunningham, Brown, & Baca, 2002).

Alguns estudos de natureza epidemiológica e clínica referenciam ainda que a disfunção conjugal (e.g., relação empobrecida, ruptura, conflito ou violência conjugal) pode constituir um elemento preditor de abuso sexual, sobretudo ao nível intrafamiliar (Chen, 1996; Finkelhor, 1990; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbinson, 1996; Svedin, Back, & Söderback, 2002).

Como vimos até agora, alguns estudos sugerem factores específicos de vulnerabilidade para os diferentes tipos de abuso (intra ou extrafamiliar), enquanto outros sugerem dimensões comuns de vulnerabilidade. Neste sentido, muito embora alguns autores argumentem que as famílias que se distinguem pela maior desorganização, negligência e/ou ausência de supervisão parental são mais susceptíveis ao abuso extrafamiliar (Allen, & Lee, 1992 cit. Draucker, 1996), um conjunto substancial de estudos não tem detectado diferenças significativas entre grupos de abuso intrafamiliar e extrafamiliar, sugerindo padrões de interacção familiares similares, independentemente da relação vítima-ofensor (Draucker, 1996; Fergusson et al., 1996; Fleming, Mullen, & Bammer, 1997; Paradise, Rose, Sleeper, & Nathanson, 1994). De igual modo, embora algumas evidências sustentem que a disfuncionalidade familiar é mais severa no abuso intrafamiliar (Berliner, & Elliott, 2001; Svedin, Back, & Söderback, 2002), estes resultados são pouco claros, na medida em que não é fácil distinguir os factores anteriores dos posteriores ao abuso sexual.

### **3.4. História parental de vitimação sexual**

Outra questão que tem sido analisada no âmbito da investigação científica é a associação entre a ocorrência de abuso sexual e história de vitimação sexual na geração anterior. Embora não existam dados suficientes para uma conclusão definitiva, alguns sugerem que história de abuso sexual parental, particularmente materna, aumenta o risco de incidentes sexualmente abusivos nas suas crianças (Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995; Hornor, 2002; Putnam, 2003; Wolfe, & Birt, 1997; Zuravin, McMillen, DePanfilis, & Risley-Curtiss, 1996). Oates, Tebbutt, Swanston, Lynch & O'Toole (1998) compararam um grupo de mães de crianças sexualmente abusadas com um grupo de mães de crianças não abusadas, constatando que 34% das mães das vítimas relatam história de abuso sexual na infância, comparativamente com apenas 12% das mães do grupo de controlo. Finkelhor, Moore e Strauss (1997), por sua vez, detectaram que os pais com história de abuso sexual apresentavam uma proporção de risco dez vezes mais elevado de ter uma criança sexualmente abusada do que os pais que não relatavam esta experiência.

#### **4. Investigação em Portugal**

Tal como já foi referido no capítulo anterior, a investigação no âmbito do abuso sexual no nosso país é ainda escassa. Mais especificamente, os dados provenientes relativamente à caracterização do fenómeno e de eventuais indicadores de vulnerabilidade são restritos e não permitem inferir conclusões consistentes. Os dados disponibilizados provêm essencialmente da análise de casos identificados em registos hospitalares (Canha, 2000; Galvão, Ângelo, & Alexandrino, 1998), médico-legais (Magalhães, Sousa, Costa, Grams, & Costa, 1996; Magalhães, Sousa, Silva, Matos, & Costa, 2000; Taveira, Frazão, Dias, Matos, & Magalhães, 2009) ou judiciais (Carvalho, 2002), de alguns inquéritos de vitimação de reduzida dimensão realizados ao nível local (Almeida, André, & Almeida, 1999; Amaro, 1988) e, mais recentemente, de estudos de prevalência mais amplos (Fávero, 2003; Figueiredo, Paiva, Maia, Fernandes, & Matos, 2004).

Atendendo à dispersão dos resultados, optámos, à semelhança do capítulo anterior, apresentar todos os trabalhos científicos a que tivemos acesso, realizados em Portugal, que salientaram indicadores de caracterização das vítimas e dos seus ambientes familiares.

Quadro XXII. Estudos realizados em Portugal que disponibilizam dados sobre as características da vítima e do ambiente familiares

	Tipo de amostra	N	Metodologia	Características da Vítima	Características Familiares
Amaro (1988)	Local Comunitária	_____	QAR/QAA	63% Feminino Idade entre 10 e 14 anos	
Magalhães, Sousa, Costa, Grams, & Costa (1996)	Local (IML Porto) Perícias médico- legais	175	Análise retrospectiva de perícias médico- legais realizadas entre 1992 e 1995	90% Feminino;  O número de vítimas aumentava com a idade (49.1% com idade igual ou superior a 13 anos);  O alegado agressor foi do sexo masculino, profissionalmente indiferenciado (80%) e pertencente ao meio de convívio da vítima (96.5%), sendo que, nos casos em que houve recidiva (34%), os ofensores mais implicados foram o pai, o padrasto ou outro familiar.	
Almeida, André, & Almeida, (1999)	Local Grupo específico de profissionais de infância (saúde, educação, serviço social)	_____	QAR/QAA	A maioria das vítimas era do sexo feminino com idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos;  Predominaram os ofensores familiares pertencentes à família alargada e outros indivíduos não familiares.	A maioria das vítimas provinha de famílias reconstituídas maternas (incluíam habitualmente um substituto paterno);  Os cuidadores apresentavam ausência de frequência escolar ou níveis baixos de escolaridade.
Galvão, Ângelo, & Alexandrino (1998)	Local Processos hospitalares	84 (1994) 71 (1995)	Análise dos processos referenciados ao Núcleo da Criança Maltratada do Hospital Maria Pia durante os anos de 1994 e 1995	O abuso sexual ocorreu nos diferentes níveis socioeconómicos.	

Canha (2000)	Local Grupo de crianças vítimas de maus tratos diagnosticadas no Hospital de Coimbra entre 1990 e 1991	—	EFF	80% das vítimas eram do sexo feminino com uma média de idades de 6.4 anos;  80% dos abusos foram perpetrados no âmbito familiar, sendo oito dos agressores os pais, três eram familiares próximos (irmão, tio avô) e um era padrasto;  46% dos casos envolviam também maus tratos físicos.	
Carvalho, (2002)	Local Processos judiciais	73	Análise dos processos judiciais referentes a casos de abuso sexual entre 1991 e 2000	98.6% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 9 e os 16 anos, concentrando-se 72% no intervalo etário entre os 11 e os 14 anos de idade;  A totalidade dos agressores é do sexo masculino, verificando-se que 14% das vítimas foram abusadas por familiares (e.g., pai, avô, tio, cunhado primo). Em 82% dos casos, não existe vínculo familiar entre a vítima e o ofensor.	Um elevado número de crianças vítimas tinham fratrias extensas (32.9%: 9 irmãos; 56.1%: 3 a 5 irmãos)
Magalhães, Sousa, Silva, Matos, & Costa, 2000	Local (IML Porto) Perícias médico-legais	67	Análise retrospectiva de perícias médico-legais realizadas entre Janeiro de 1997 e Julho de 1999	85.1% das vítimas eram do sexo feminino; A idade média de início de abuso foi de 7.9 anos e 9.5 à data do exame, detectando-se que as raparigas eram mais velhas que os rapazes aquando do início do abuso (8.1 vs 5.1);  62.7% dos alegados abusos foram perpetrados pelos pais ou padrastos;  Em 22.4% dos casos havia referência a maus tratos físicos anteriores ao abuso sexual	

Taveira, Frazão, Dias, Matos, & Magalhães, 2009	Local (IML Porto) Perícias médico-legais	764	Análise retrospectiva de perícias médico-legais realizadas entre 1997 e 2004	Os abusos perpetrados no âmbito da família (51% pelo pai ou padrasto), envolveram frequentemente vítimas mais novas, abusadores com antecedentes sexuais criminais prévios (61%), e actos sexuais menos intrusivos (penetração em 17% dos casos vs 40%).	
Figueiredo, Paiva, Maia, Fernandes, & Matos, (2004)	Local Comunidade	932 426 M 506 F	QAR/QAA	Antes dos treze anos de idade, verificaram uma estimativa de abuso de 1.8% (1.9% e 1.7%, respectivamente para mulheres e homens) e após os treze, de 1.4% (1.6% e 1.3%);	
Fávero (2003)	Grupo Estudantes e N/Estudantes	402 M 435 F	QAR/QAA	54.6% dos abusos ocorreram entre os 4 e os 7 anos de idade, não se verificando diferenças significativas entre os sexos quanto à idade de início; A maioria dos agressores eram do sexo masculino mas as perpetradoras femininas representam 10.3%, sendo as vítimas femininas mais agredidas por homens e as masculinas por mulheres; A maioria dos agressores era conhecida da vítima (25.8% eram familiares, destacando-se a figura do "tio"), Maior tendência para as raparigas serem vitimizadas no âmbito da família nuclear; Maior propensão para os rapazes serem vitimizados por agressores jovens.	Uma maior frequência de abusos em participantes que relataram terem vivido com pais não naturais;  A maioria das vítimas descreveu o relacionamento familiar com os pais e irmãos como conflituoso.



## 5. Discussão

### 5.1. Género e abuso: um fenómeno feminino mas não só

Nas últimas décadas, a investigação neste domínio focou-se essencialmente na vitimação feminina, negligenciando o estudo do fenómeno no masculino. Efectivamente, os estudos, na sua generalidade (normativos, clínicos) validam a maior prevalência de abuso sexual no sexo feminino. Não obstante, os trabalhos com a população normativa sugerem que este é, também, um problema disseminado entre os rapazes, com estimativas, não negligenciáveis, que variam entre 0.6% (Choquet et al., 1997) e 56% (Madu, & Peltzer, 2000), sendo que alguns estudos obtêm taxas equitativas em ambos os sexos (Figueiredo et al., 2004; Madu, & Peltzer, 2000, 2001). Por sua vez, muito embora se constate uma sub-representação do sexo masculino nos estudos de natureza clínica, verifica-se uma representação significativa deste em amostras de justiça e em população com deficiência.

Há, de facto, um crescente reconhecimento científico da sub-representação dos rapazes neste universo de vitimação sexual. Diversos investigadores (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz, & Ross, 1996; Lab, Feigenbaum, & Silva, 2000; Romano, & De Luca, 2001; Walker et al., 2004) destacam factores explicativos para a baixa taxa de denúncia nos rapazes, nomeadamente, os receios associados ao estigma da homossexualidade, os estereótipos culturais que inibem a expressão masculina de dependência e sofrimento; a censura social temida por não terem sido capazes de se defender e de evitar o abuso; e a maior dificuldade em interpretar estes incidentes como abusivos ou a minimização dos mesmos devido a vários processos de socialização (e.g., uma experiência entre um adolescente e uma mulher mais velha raramente é percebida socialmente como abusiva, adversa ou traumática).

Além disso, o abuso de rapazes é menos perceptível ao nível médico-legal, sendo mais difícil identificar sequelas físicas, mais especificamente lesões na área genital e/ou anal. As sequelas localizadas nas zonas ano-rectal e genital masculinas são de difícil observação na medida em que a vascularização anal e a superficialidade das lesões genitais facilitam a rápida cicatrização (DeVoe & Faller, 2002; Jardim & Magalhães, 2010).

Por outro lado, algumas referências (e.g., Lab, Feigenbaum, & Silva, 2000) sugerem que os profissionais de saúde mental nunca ou raramente questionam os seus pacientes homens sobre a ocorrência de situações de vitimação sexual, evidenciando dificuldades no

reconhecimento deste tipo de abuso, prevalecendo também na prática profissional a crença de que é uma experiência incomum.

## **5.2. Grupos e factores de risco: imprecisões e pistas a explorar**

A investigação de variáveis que contribuam para a identificação de grupos de risco para a ocorrência de abuso sexual tem-se revelado infrutífera, dela resultando um conjunto de incertezas, inconsistências e imprecisões metodológicas. A conclusão com maior grau de fiabilidade que podemos retirar a partir dos dados empíricos obtidos é a da não existência de indicadores epidemiológicos que excluam a possibilidade de ocorrência de abuso sexual e que este é um fenómeno transversal ao nível social, cultural e económico (Finkelhor, 1993; Putnam 2003).

Não obstante, a investigação tem obtido alguns resultados com relativa congruência que, ainda que não constituam requisitos para a ocorrência deste tipo de situações, podem representar pistas importantes para a prevenção e compreensão do fenómeno. Um bom exemplo desta situação é o maior risco de abuso pelas crianças e jovens de sexo feminino que, sendo um aspecto não negligenciável do fenómeno e da sua prevenção, não deverá levar à ignorância do considerável risco, a que já aludimos, de vitimação masculina.

De modo análogo, os diferentes estudos sugerem que o risco de vitimação aumenta com a idade, surgindo um volume significativo de casos na pré-puberdade e puberdade. Apesar disso, é possível observar uma variabilidade significativa na idade das vítimas, o que indicia desde logo que não existem limiares etários que eliminem a probabilidade de abuso sexual. Neste sentido, alguns investigadores têm alertado para a elevada probabilidade de sub-relato de abuso nas idades mais precoces (Fergusson & Mullen, 1999), que pode ser explicada pelas limitações mnésicas decorrentes dos relatos retrospectivos e pelas dificuldades acrescidas destas crianças em revelar os incidentes (e.g., maior dependência dos adultos, imaturidade desenvolvimental, défice de conhecimentos, medo da revelação e suas consequências).

A investigação neste domínio tem ainda sugerido diferenças de género no que se refere à idade de início e tipo de abuso experienciado. Os dados empíricos obtidos indicam que a vitimação feminina tende a ocorrer em idade mais precoce, no âmbito familiar e a caracterizar-se pela maior duração e diferença etária entre ofensor-vítima (Baker, & Duncan, 1985; Finkelhor, 1990; Gold, Elhai, Lucenko, Swingle, & Hughes, 1998; Kendall-Tackett, & Simon, 1992; Kim, &

Kim, 2005; Krugman, Mata, & Krugman, 1992; Lopez, et al., 1995; Olsson, et al., 2000; Ramos-Lira, et al., 1998; Singh, Yiing, & Nurani, 1996; Tang, 2002). Por sua vez, a vitimação no sexo masculino parece iniciar-se mais tardiamente, a envolver perpetradores externos à família, mais jovens, actos sexuais de maior intrusividade e, maior recurso ao uso da força (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz, & Ross, 1996; Finkelhor, 1990, Kendall-Tackett, & Simon, 1992; Romano, & DeLuca, 2001; Wolfe & Birt, 1997). Não obstante a sua importância na compreensão da epidemiologia do fenómeno, estes dados necessitam de maior consistência na medida em que outros trabalhos não encontraram diferenças de género significativas (Gold, Elhai, Lucenko, & Swingle, 1998; Goldman, & Padayachi, 1996; Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990; Kendall-Tackett, & Simon, 1992; Olsson et al., 2000; Romano, & DeLuca, 2001). Por outro lado, poderá ser questionado se alguns destes resultados, nomeadamente o abuso nos rapazes em idade mais tardia, reflectem efectivamente vulnerabilidade ou apenas dificuldades acrescidas na revelação, quer pelos motivos já discutidos anteriormente (e.g., estereótipos culturais, estigma da homossexualidade), quer pela intimidação e violência que, habitualmente, estas experiências envolvem.

Alguns estudos parecem ainda apontar diferenças etárias associadas ao tipo de abuso sexual perpetrado, sugerindo que as crianças mais novas são mais frequentemente vítimas de abuso intrafamiliar e as mais velhas de abuso extrafamiliar (e.g., Darves-Bornoz, Berger, Degiovanni, Gaillard, & Lepine, 1999; Fischer e McDonald, 1998). Este é um dado congruente na investigação e esta vulnerabilidade ao abuso intrafamiliar em idades precoces é facilmente explicada pelo diferencial de poder e pela maior proximidade entre ofensor-vítima que facilitam a construção de uma relação de confiança e a maior acessibilidade da criança. Por outro lado, as crianças em níveis de desenvolvimento mais precoces estão, habitualmente, mais restringidas ao contacto com elementos externos à família (Fischer e McDonald, 1998).

Outro dado que ressalta com relativa consistência é o facto de as vítimas de abuso sexual revelarem maior tendência para relatar história prévia e/ou concomitante de abuso físico, emocional e/ou negligência (Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995; Fergusson, & Mullen, 1999; Finkelhor et. al., 1997; Fleming, Mullen, & Bammer, 1997; Hibbard, Ingersoll, & Orr, 1990; Paradise, Rose, Sleeper, & Nathanson, 1994). Este é também um dado relevante do ponto de vista da investigação e que necessita de maior atenção científica, levando-nos a formular uma diversidade de questões. Será que a vivência anterior de uma experiência de maus tratos físicos e/ou emocionais é efectivamente um factor de vulnerabilidade para a ocorrência de abuso

sexual? De que forma é que esta actua no sentido da vulnerabilidade? Será que reflecte apenas características/atributos pessoais da vítima que favorecem a vitimação? Ou será que espelha um ambiente familiar não securizante que expõe estas crianças e/ou adolescentes a situações de perigo? Em que situações de abuso, os maus tratos físicos e/ou emocionais são concomitantes?

A transversalidade socioeconómica subjacente à experiência de abuso sexual é um resultado consistente que emerge da investigação realizada junto da população geral (Chen, Dunne, & Han, 2004; Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Finkelhor, 1993; Pedersen, & Skrondal, 1996; Wolfe, & Birt, 1997). Efectivamente, a maior visibilidade do fenómeno em níveis socioeconómicos mais desfavorecidos (Finkelhor, 1993; Machado, 2002; Putnam, 2003) poderá traduzir antes uma maior exposição destas famílias ao escrutínio das entidades de controlo formal (e.g., Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, Segurança Social, Centros de Saúde, Polícias). Contudo, não deverá ser negligenciada a possibilidade de alguns factores de desorganização familiar (e.g., instabilidade económica, reduzidas oportunidades educacionais e profissionais) concorrerem para a maior vulnerabilidade à ocorrência deste tipo de situações (Kassim, & Kassim, 1995; Lesniak, 1993). No que se refere à relação entre etnia e vulnerabilidade ao abuso sexual, a investigação realizada revela-se ainda incipiente e reveste-se de alguma inconsistência, sendo que alguns estudos encontraram diferenças étnicas significativas no que se refere à prevalência e às características da experiência de vitimação sexual (Back et al., 2003; Boney-McCoy e Finkelhor, 1995; Rao, DeClemente e Ponton, 1992 cit. Kenny & McEachern, 2000; Tzeng & Schwarzin, 1990) e outros não detectaram quaisquer diferenças (Arroyo, Simpson, & Aragon, 1997; Lódico, Gruber, & DeClemente, 1996; Wyatt, 1985). Alguns trabalhos têm apontado um maior risco de abuso sexual em determinados grupos étnicos (e.g., Tzeng & Schwarzin, 1990), argumentando, por exemplo, que as crianças e/ou adolescentes de etnias hispânica e asiática apresentavam maior vulnerabilidade ao abuso sexual, quando comparadas com as caucasianas e de etnia negra. De forma similar, outros estudos (Rao, DeClemente & Ponton, 1992 cit. Kenny & McEachern, 2000), sugerem algumas especificidades étnicas relativamente à idade de início de abuso, hipotetizando uma tendência para as vítimas asiáticas-americanas e hispânicas serem abusadas mais tarde. Outras investigações exploraram diferenciações relativamente aos actos sexuais perpetrados, detectando que as vítimas asiáticas experienciaram formas de abuso menos invasivas (Back et al., 2003; Rao et al., 1992 cit. Kenny & McEachern, 2000) e vítimas de etnia negra relataram índices mais elevados de penetração quando comparadas com as hispânicas ou caucasianas

(Huston, Parra, Prihoda, & Foulds, 1995). Não obstante o progressivo investimento científico no estudo da influência étnica na caracterização do fenómeno, os dados produzidos são dispersos e algo contraditórios, não sustentando qualquer relação sólida entre pertença étnica e abuso sexual (Arroyo, Simpson, & Aragon 1997; Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Lodico, Gruber, & DiClemente, 1996; Putnam, 2003; Wyatt, 1985). É no entanto, importante salientar que estas (in)conclusões parecem essencialmente reflectir os constrangimentos metodológicos inerentes a este tipo de estudos, designadamente a ambiguidade de definições relativamente ao conceito de “etnia” e as dificuldades no recrutamento de amostras suficientemente amplas e “diversas”, fundamentais à exploração deste fenómeno.

O conjunto de estudos realizados neste domínio tem ainda sugerido algumas características individuais da criança que promovem maior vulnerabilidade ao abuso, variáveis que se mostram particularmente interessantes no âmbito da definição de programas de prevenção do abuso sexual. Neste contexto, a presença de deficiências/*handicaps* físicos ou cognitivos (e.g., cegueira, surdez, deficiência mental) são um indicador significativo de vulnerabilidade, facilitando o maior acesso à vítima e à sua manutenção na relação abusiva (Balogh, et al., 2001; Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Kvam, 2004; Putnam, 2003; Tharinger, Horton, & Millea, 1990; Verdugo, Bermejo, & Fuertes, 1995). Concomitantemente, têm sido apontadas outras características da aparência física (e.g., ser bonita, pequena, vestir-se de determinada forma, maturação sexual precoce), factores de natureza emocional e/ou temperamental (e.g., ser insegura, com baixa auto-estima, carente, deprimida ou infeliz, curiosa, inocente), aspectos interpessoais (e.g., poucos amigos, défice/ausência de suporte social, ausência de um amigo especial) e situacionais (e.g., criança mais desprotegida, pouco supervisionada) (Fleming, Mullen, & Bammer, 1997; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996; Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1997 cit. Fergusson, & Mullen, 1999), Conte, 1991; Elliott, Browne, & Kilcoyne, 1995).

Os dados empiricos reportam ainda o contexto familiar como uma dimensão fundamental para a maior ou menor vulnerabilidade para a ocorrência do abuso sexual. Efectivamente, sendo o contexto familiar o sistema proximal por excelência de desenvolvimento das crianças, as suas características e dinâmicas poderão promover ou condicionar o seu desenvolvimento. Características como a menor flexibilidade da estrutura familiar face a situações de *stress*, a menor coesão familiar e a menor ligação emocional entre os membros

(Black, Heyman, & Slep, 2001; Hornor, 2002) e história de vitimação sexual parental na infância (Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995) parecem contribuir para o aumento da vulnerabilidade familiar para o abuso sexual na infância. Neste sentido, parece evidente que a ausência de figuras familiares de suporte e de uma ligação afectiva que se afigure securizante para as crianças assumem particular relevância no contexto do abuso sexual. No entanto, quando se trata de compreender quais os factores que poderão caracterizar de forma distinta a vulnerabilidade em função do tipo de abuso (intra ou extrafamiliar), a literatura apresenta resultados inconsistentes (Allen, & Lee, 1992 cit. Draucker, 1996). Se há estudos que referem a desorganização familiar como estando associada ao abuso extrafamiliar (Allen, & Lee, 1992 cit. Draucker, 1996), por outro lado, outros trabalhos não reportam diferenças significativas (Paradise, Rose, Sleeper, & Nathanson, 1994). No entanto, não é ainda claro de que forma é que estes factores expõem a criança ao risco. O que tem sido hipotetizado por alguns investigadores (Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Finkelhor, 1993) é que estas associações reflectem contextos familiares que, de alguma forma, concorrem para uma maior vulnerabilidade a este tipo de vitimação. Isto pode ocorrer através de diferentes mecanismos, designadamente uma supervisão e monitorização parental inadequada, educação inapropriada sobre a sexualidade e sobre o risco de abuso sexual, ou ocorrência de abuso físico e emocional que tornam as crianças mais vulneráveis à manipulação.

Por outro lado, a presença de problemas de psicopatológicos dos pais surge na literatura como associada a maior vulnerabilidade para o abuso sexual na infância e/ou adolescência, na medida em que tornam os progenitores menos sensíveis aos indicadores do abuso e limitam a sua capacidade para proteger as crianças desta situação. Do mesmo modo, o distanciamento entre as figuras parentais e as crianças tendem a facilitar a sexualização da criança e a dificuldade de esta distinguir toques afectivos de toques abusivos no caso do abuso intrafamiliar e, por outro lado, possibilita maior acesso à vítima, mediante estratégias de manipulação emocional, no abuso extrafamiliar (Furniss, 1993; Paveza, 1988).

Neste domínio de investigação, salienta-se ainda um conjunto substancial de estudos que realçam os factores maternos como preditores das situações de abuso sexual (Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Fleming, Mullen, & Bammer 1997; Kim, & Kim, 2005; Oates, Jennifer, Tebbutt, Swanston, & Lynch, 1998; Putnam, 2003; Vogeltanz, Wilsnack, Wonderlich, & Kristjanson, 1999; Wolfe, & Birt, 1997). Um discurso de culpabilização maternal tem sido recorrente na literatura da área, sugerindo que estas mães são incapazes (e.g., devido

a défices de personalidade) de reconhecer o abuso, de proteger as suas crianças ou, até mesmo, que são coniventes com o mesmo, tolerando-o sem o denunciar, por motivos relacionados com o evitamento da conflitualidade entre o casal ou como forma de garantir a satisfação sexual do cônjuge masculino sem que a mulher assuma a sua rejeição da sexualidade entre o casal (Lovett, 1995; Schechter, Brunelli, Cunningham, Brown, & Baca, 2002; Wolfe & Birt, 1997). Estas perspectivas têm sido fortemente criticadas, designadamente pelos movimentos feministas que as têm acusado de deslocar a atenção do ofensor, de atribuir às mulheres a responsabilidade de manter a unidade e bem-estar familiar e de confundir o impacto que o abuso sexual tem nas mães com características predisponentes das mesmas (Bell, 2002; Freer, 1999; Machado, 2002). Nesta linha, diversos investigadores (e.g., Bell, 2002; Freer, 1999), têm contrariado este estereótipo da figura maternal, salientando que a maioria destas mães acreditam nas suas crianças, mostrando-se protectoras, e chamam a atenção para as dificuldades que as mesmas vivenciam (i.e., dificuldades económicas, violência conjugal, conflito de lealdades, manipulação do ofensor, inexistência de provas) e que podem interferir na capacidade para proteger os seus filhos.

Em suma, se por um lado a ausência de uma estrutura familiar organizada e funcional poderá acentuar a vulnerabilidade para a ocorrência de abuso sexual, por outro lado, também a ausência de um contexto familiar ajustado e capaz de responder adequadamente às necessidades da criança poderá ser percebido como um recurso pouco securizante, ao qual a criança não poderá recorrer numa situação de revelação e/ou procura activa de suporte familiar.

### **5.3. A investigação em Portugal: raridade, dispersão e alguns resultados**

Os dados sobre a caracterização deste fenómeno, em termos das suas vítimas e ofensores, obtidos a partir dos estudos realizados em Portugal, corroboram a literatura internacional. De um modo geral, os diferentes trabalhos convergem para a tipificação da vítima de sexo feminino, na pré-puberdade e puberdade (10-14), sendo as raparigas mais frequentemente abusadas por familiares quando comparadas com os rapazes, habitualmente abusados por ofensores mais jovens e externos à família (Almeida, André, & Almeida, 1999; Amaro, 1988; Canha, 2000; Carvalho, 2002; Fávero, 2003; Magalhães, Sousa, Costa, Grams, & Costa, 1996; Taveira, Frazão, Dias, Matos, & Magalhães, 2009). O ofensor é maioritariamente

do sexo masculino e, geralmente alguém próximo da criança e/ou adolescente, sendo que a forma de abuso mais frequente consiste em carícias e/ou toques sexualizados, perpetrada, na maioria das vezes, em casa da vítima ou do ofensor. O abuso assume, na maioria dos casos, um carácter repetido e continuado, salientando-se em alguns estudos uma elevada percentagem de vítimas que não denunciaram a experiência (Fávero, 2003).

Alguns estudos de natureza médico-legal evidenciam casos de maior severidade (e.g., que envolveram penetração), corroborando que os abusos intrafamiliares tendem a envolver vítimas mais novas, que relatam antecedentes de maus tratos físicos e maior intrusividade e severidade dos actos abusivos (Magalhães, Sousa, Silva, Matos, & Costa, 2000). Contudo, os resultados demonstram que, na quase maioria dos casos analisados, a avaliação é inconclusiva no que diz respeito à presença de sequelas físicas, validando a ausência de evidência médica nestas situações (Magalhães, Sousa, Costa, Grams & Costa, 1996; Magalhães, Sousa, Silva, Matos, & Costa, 2000).

Outros trabalhos, ainda, sugerem uma maior representação de vítimas de abuso sexual em famílias monoparentais, particularmente quando incluem um substituto da figura paterna, em famílias com pais adoptivos e caracterizadas por um ambiente familiar conflituoso (Almeida, André, & Almeida, 1999; Fávero, 2003).

Tal como pudemos observar, os estudos que envolvem os casos notificados, dão maior visibilidade ao abuso no feminino e perpetrado no âmbito familiar, enquanto os estudos retrospectivos salientam a dimensão extrafamiliar e não verificam diferenças significativas entre as estimativas do sexo masculino e feminino. Um dado curioso e inovador que emerge do estudo epidemiológico realizado, à semelhança de outros estudos mais recentes efectuados noutros países, é a elevada percentagem de mulheres ofensoras na vitimação masculina, que parecem cometer essencialmente formas de abuso menos intrusivas e sem contacto físico (Fávero, 2002).

## **6. Pistas para a investigação epidemiológica futura**

A partir da revisão efectuada, podemos concluir que a investigação na área da vulnerabilidade ao abuso se caracteriza por uma grande inconsistência, não permitindo retirar conclusões muito sustentadas quanto ao papel preditor de um grande número de variáveis. De facto, as dificuldades ao nível metodológico poderão explicar as significativas disparidades



encontradas entre os estudos, uma vez que dificultam não só a possibilidade de generalização dos resultados como também a sua comparabilidade. Efectivamente, a utilização de métodos de recolha e análise de dados diferenciada, a selecção de amostras com características distintas, as diferenças ao nível da própria conceptualização de abuso sexual que fundamenta os estudos realizados, a identificação diferenciada de variáveis ou factores potencialmente associados à experiência abusiva tornam a análise dos resultados complexa.

Ao nível da investigação no futuro, torna-se assim fundamental o maior investimento nos estudos de natureza longitudinal, que efectivamente fornecem pistas mais consistentes e menos influenciadas pelo viés metodológico. De igual forma, mostra-se necessário refinar os instrumentos de avaliação dos factores de risco/vulnerabilidade, promovendo abordagens mais integrativas e explicativas que não se restrinjam apenas à identificação de factores de risco estáticos. Efectivamente, a análise da relação entre abuso sexual e diversas variáveis presentes na literatura, deverá no futuro, merecer cada vez mais o investimento de modelos de análise robustos. Assim, através destes modelos não somente se poderão compreender que tipo de relações são estabelecidas entre os factores, como também poderão ser extraídos paradigmas explicativos acerca da ocorrência do abuso sexual. Neste sentido, através de modelos que revelem dados particulares acerca do poder explicativo dos diferentes factores (e.g., individuais, contextuais e sociais) poderemos delinear de forma mais rigorosa áreas-chave de intervenção/prevenção.

### CAPÍTULO III

## ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: IMPACTO DESENVOLVIMENTAL



## 1. Introdução

A literatura tem vindo a evidenciar que o abuso sexual constitui um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações ao nível do funcionamento psicológico na infância e/ou adolescência e na idade adulta. Embora os esforços da investigação nas últimas duas décadas não tenham encontrado nenhum sintoma ou síndrome clínico específico que caracterize as vítimas de experiências sexualmente abusivas, observando-se uma grande variabilidade de sintomas, a investigação tem demonstrado que as crianças e/ou jovens vítimas manifestam maiores níveis de sintomatologia quando comparadas com os seus pares não abusados (e.g., Browne, & Finkelhor, 1986; Mannarino, Cohen, & Gregor, 1989; Wind, & Silvern, 1994). Concomitantemente, a diversidade de trabalhos sugere que estas vítimas evidenciam mais problemas de internalização (e.g. ansiedade, depressão, ideação suicida), de externalização (e.g. comportamento agressivo, abuso de substâncias, fugas frequentes de casa e da escola), assim como parecem apresentar maiores dificuldades ao nível sexual (e.g., comportamentos sexualizados, comportamentos sexuais de risco) (e.g. Browne, & Finkelhor, 1986; Fergusson, & Mullen; 1999; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Wolfe, & Birt, 1997).

No que se refere à idade adulta, vários estudos (e.g., Drauker, 2000; Fergusson, & Mullen, 1999; Trickett, & Putnam, 1993; Wolfe, & Birt, 1997) têm apontado para uma associação das experiências sexualmente abusivas com inúmeros problemas de ajustamento e sintomas psicopatológicos, nomeadamente dificuldades sexuais e interpessoais, depressão, ansiedade, dissociação e comportamentos auto-destrutivos.

O presente capítulo tem por objectivo a realização de uma revisão da literatura neste domínio, explorando os diferentes resultados da investigação no que se refere ao impacto do abuso sexual na infância e/ou adolescência e na idade adulta. Após analisarmos os principais modelos teóricos disponíveis para explicar o impacto, a curto e longo-prazo, do abuso sexual, e de discutirmos os principais factores moderadores desse impacto, apresentaremos, tal como nos capítulos anteriores, os resultados da pesquisa exaustiva que conduzimos sobre o impacto do abuso em diferentes domínios do funcionamento psicológico das crianças/jovens abusados. Esta revisão da literatura tomou como amostra, também à semelhança do realizado nos capítulos anteriores, as revistas científicas publicadas entre 1985 e 2006, disponíveis nas bases de dados PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE, SAGE Full-Text Collection, EBSCO-HOST: Research Data

Base, Science Direct (Elsevier), SCOPUS – Database of Research Literature, bem como a análise de livros e monografias publicados ao longo deste período.

## **2. Modelos explicativos do impacto do abuso sexual**

Uma diversidade de modelos conceptuais tem tentado uma compreensão mais explicativa (menos descritiva, como a apresentada até aqui) do impacto do abuso sexual na infância e adolescência e na idade adulta. No âmbito deste trabalho, os modelos explicativos explorados são os que consideramos de maior relevância para a análise e discussão do objecto de estudo em questão. Começaremos por analisar três modelos de dimensão mais lata, mas que têm sido aplicados à explicação do impacto desenvolvimental do abuso (a psicopatologia do desenvolvimento, o modelo ecológico do desenvolvimento humano e o modelo cognitivo-comportamental da perturbação de stress pós-traumático), para depois passarmos a discutir três outros modelos (o modelo das dinâmicas traumáticas, a conceptualização do abuso como uma síndrome de segredo e o modelo explicativo dos efeitos a longo-prazo do abuso sexual), especificamente concebidos para analisar o impacto das experiências sexualmente abusivas.

### **2.1. Psicopatologia do desenvolvimento**

A perspectiva desenvolvimental da psicopatologia assume a interdependência entre o desenvolvimento normal e o patológico como o seu objecto de estudo principal (Joyce-Moniz, 1993; Soares, 2000). Neste contexto, o objectivo deste modelo teórico passa por compreender de que forma os comportamentos e processos inadaptativos podem ser entendidos à luz do processo desenvolvimental normativo, e de que modo se integram no continuum desenvolvimental do indivíduo (Joyce-Moniz, 1993). Neste sentido, quando se analisa um determinado sintoma ou problema, é importante considerá-lo integrado num determinado nível desenvolvimental, reflectindo a sua influência ao nível das transformações estruturais e funcionais do indivíduo. Assim, o abuso na infância constitui-se um acontecimento que condiciona as oportunidades de desenvolvimento normativo, constituindo um desafio desenvolvimental exigente (Cicchetti, & Lynch, 1995).

Especificamente, quando se analisa o impacto do abuso sexual à luz desta abordagem, procura-se compreender a influência de um acontecimento potencialmente desestruturador no

desenvolvimento normativo, uma vez que as condições ecológicas potenciadoras de um desenvolvimento adequado estão comprometidas (Cicchetti, & Lynch, 1995). Este comprometimento pode-se limitar-se a uma ou incluir várias áreas de funcionamento, como por exemplo, dificuldades ao nível da regulação emocional, responsividade fisiológica, ou vinculação (Cicchetti, & Lynch, 1995). Efectivamente, a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento não se centra na psicopatologia como um resultado dissociado da experiência desenvolvimental normativa, mas assume antes que o funcionamento normal dos indivíduos só é compreendido se analisarmos os resultados patológicos, e de forma análoga, que a patologia é tanto melhor compreendida quanto mais analisarmos, concomitantemente, o funcionamento normal (Rutter, 1986, cit in Cicchetti, & Lynch, 1995).

Do ponto de vista desta abordagem conceptual, há uma matriz de factores que contribui para resultados desenvolvimentais adaptativos ou inadaptativos, como sejam variáveis intrínsecas, de maturação desenvolvimental, experiências de vida e contextos ecológicos do desenvolvimento (Cicchetti, & Lynch, 1995). Assim, a relação interactiva entre estas variáveis pode explicar os percursos desenvolvimentais adaptativos e desadaptativos, sendo de salientar que estes percursos são interdependentes. Nesta sequência, ao nível do abuso sexual, as características da criança associadas às dinâmicas da experiência abusiva devem ser compreendidas como estando necessariamente inscritas num determinado percurso desenvolvimental, em que a maturação da criança e as suas aquisições desenvolvimentais normativas poderão ser influenciadas pelo abuso, ao mesmo tempo que podem influenciar a vivência e resposta da criança face a esta experiência traumática (Soares, 2000). Efectivamente, a psicopatologia observada nas vítimas de abuso sexual resultará, não somente da experiência sexualmente abusiva, mas da interacção desta com o nível de desenvolvimento da criança, suas competências, experiências de vida prévias e contextos ecológicos em que a criança se desenvolve. Nesta linha de pensamento, as experiências de abuso constituem-se como um factor de *stress* no ambiente externo que exigem novas competências adaptativas por parte da criança e/ou jovem vítima; e quando estes experienciam dificuldades para superar os desafios decorrentes do abuso, poderão revelar resultados desenvolvimentais inadaptativos (Soares, 2000). Neste sentido, não existe uma única trajectória possível para o desenvolvimento destas crianças, nem mesmo uma única possibilidade explicativa para a sintomatologia psicopatológica eventualmente nelas observada, sendo que esta deve ser analisada pela relação dinâmica entre factores de risco intra e inter sistemas ecológicos (Elkovitch, Latzman, Hansen, & Flood, 2009).

Em conclusão, o impacto psicopatológico do abuso sexual pode ser compreendido enquanto processo inadaptativo inscrito num percurso desenvolvimental particular que, sendo caracterizado por diferentes tarefas desenvolvimentais e aquisições do indivíduo, assim como pelas suas experiências anteriores e contextos de desenvolvimento, influencia a experiência de abuso e é influenciado por esta.

## **2.2. Modelo ecológico do desenvolvimento humano**

Apesar de o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1994) não ter sido articulado no âmbito da vitimação sexual na infância e/ou adolescência, a sua pertinência e poder explicativo em geral, bem como o facto de já ter sido referenciado como abordagem compreensiva por alguns investigadores no domínio do abuso (Alberto, 2004; Martinez, 1998 cit. Fávero, 2003), levam-nos a considerar importante a sua abordagem no âmbito desta dissertação. Efectivamente, consideramos que este modelo, pela sua perspectiva integrativa do desenvolvimento humano, poderá oferecer uma compreensão multifactorial da ocorrência e impacto do abuso sexual. Procuraremos, portanto, neste tópico, aplicar esta grelha de leitura conceptual ao impacto das experiências abusivas.

Contrariamente a outras abordagens que se centram apenas no estudo de variáveis isoladas (características do indivíduo ou do contexto), este modelo pressupõe que o estudo de qualquer fenómeno implica a compreensão da interacção processo-pessoa-contexto ao longo de uma determinada trajectória desenvolvimental. Este processo revela-se complexo, incluindo uma interacção contínua entre factores de risco/vulnerabilidade e factores protectores, variáveis que se integram em estruturas ou sistemas interdependentes (Bronfenbrenner, 1994). O modelo descreve estas estruturas, desde o contexto de desenvolvimento mais imediato até ao contexto mais abrangente, designadamente o microsistema, o mesossistema, o exossistema, o macrossistema e o cronossistema, respectivamente.

O microsistema refere-se ao contexto imediato de desenvolvimento da criança, nomeadamente a escola, a família e o grupo de pares, que desempenham um papel fundamental na promoção ou na inibição de um desenvolvimento progressivamente mais complexo (Bronfenbrenner, 1994). No contexto do abuso sexual, a literatura aponta para características da criança (e.g., atributos de natureza cognitiva, emocional e/ou temperamental), características do contexto familiar (e.g., estrutura, funcionamento) e factores

sociais/interpessoais (e.g., relação com os pares) como variáveis que influenciam significativamente a ocorrência da experiência abusiva e também o seu impacto no curso desenvolvimental (Black, Heyman, & Slep, 2001; Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Finkelhor, 1990; Horner, 2002; Putnam, 2003; Svedin, Back, & Söderback, 2002; Tschumper, Narring, Meier, & Michaud, 1998).

O mesossistema inclui a interacção e os processos entre dois ou mais contextos de desenvolvimento, por exemplo, entre a família e a escola (Bronfenbrenner, 1994). Os estudos revelam, como vimos anteriormente, que a experiência de abuso poderá produzir efeitos adversos em diversas dimensões do funcionamento da criança, nomeadamente o seu desempenho escolar e integração social (Calam, Horne, Glasgow, & Cox, 1998), não se podendo descurar a interacção dos vários contextos de desenvolvimento da criança na potencial exacerbação do impacto do abuso ou, pelo contrário, na superação dos seus efeitos.

O exossistema refere-se à relação entre dois ou mais contextos, em que pelo menos um destes não influencia directamente o desenvolvimento da criança, por exemplo, o contexto de trabalho parental ou a rede de vizinhança (Bronfenbrenner, 1994). Neste âmbito, alguns autores argumentam que factores como a estabilidade económica e profissional dos cuidadores da criança influenciam, ainda que de forma indirecta, a vulnerabilidade daquela para a ocorrência de situações de abuso sexual (Lesniak, 1993; Kassim, & Kassim, 1995). Por outro lado, a qualidade da rede de suporte informal, quer da criança quer dos pais (e.g., família, pares, vizinhança, amigos) e formal (e.g., sistema de protecção e sistema judicial) de que a família dispõe após a revelação do abuso, tem sido identificada como um dos principais factores moderadores do impacto da experiência abusiva e como um dos melhores preditores da recuperação da criança (e.g., Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Fergusson, & Mullen, 1999; Leathy, Pretty, & Tenenbaum, 2003; Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000; Saywitz, 2000; Plasha, 2009; Tremblay, Hebert, & Piché, 1999).

O macrossistema consiste no enquadramento dos sub-sistemas micro, meso e exo numa dada sociedade e cultura, com um sistema de crenças, hábitos, estilos de vida, oportunidades e conhecimentos específicos (Bronfenbrenner, 1994). Nesta dimensão, como aspectos relevantes para explicar, quer a vulnerabilidade da criança ao abuso, quer o seu impacto, incluem-se os discursos sociais e culturais acerca da sexualidade, da infância e do poder, assim como as crenças e discursos específicos em torno das diferentes formas de vitimação infantil. Estes discursos culturais, que constroem a forma como a criança e a família



dão significado ao abuso, desempenham um papel determinante na integração da experiência e no processo de recuperação das vítimas (Adams-Wescott & Dobbins, 1997; Dias, Ribeiro, & Magalhães, 2010; Kamsler, 1998).

Por último, o cronossistema refere-se às mudanças e/ou consistência no curso de vida da criança e/ou jovem, designadamente ao nível das suas características individuais, da estrutura familiar, do estatuto socio-económico e da rede social, como uma quinta dimensão que influencia o desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1994). Neste plano há, a nosso ver, que considerar que o abuso sexual constitui, em si mesmo, um acontecimento adverso no processo desenvolvimental da criança e/ou jovem, que poderá desencadear mudanças a todos os níveis da sua experiência (individual, familiar, social) e determinar mudanças estruturais no seu curso de vida (e.g., mudança de residência, institucionalização, prisão de um dos pais, divórcio). Por outro lado, as experiências e as mudanças ocorridas ao longo do ciclo de vida da criança/jovem influenciam a própria trajetória do impacto, designadamente a fragilidade e/ou resiliência da vítima face à experiência de abuso.

No nosso entender, para além da compreensão de cada nível de influência na experiência do abuso, é fundamental a compreensão da interacção das variáveis que integram os diferentes sub-sistemas da criança/jovem. Esta assume particular importância do ponto de vista do desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção no abuso, na medida em que estes se poderão focalizar especificamente no contexto ecológico da criança/jovem e da sua família, atendendo à interdependência dos diferentes sub-sistemas atrás referenciados.

### **2.3. Modelo cognitivo-comportamental explicativo da perturbação de stress pós-traumático**

Uma das primeiras propostas a ser avançada neste domínio baseou-se na premissa de que o impacto do abuso sexual infantil poderia assumir a forma de desordem de stress pós-traumático (Finkelhor, 1990; Kendall-Tackett, Williams, Meyer, & Finkelhor, 1993; Davis, & Petretic-Jackson, 2000).

Diversos estudos demonstram efectivamente que as vítimas de abuso sexual poderão evidenciar sintomatologia típica da perturbação de stress pós-traumático (e.g., intensa activação fisiológica, reexperienciação da experiência sob a forma de *flashbacks*, memórias intrusivas ou pesadelos, evitamento de comportamentos, locais, ou pensamentos associados ao abuso), a curto e a longo prazo (Finkelhor, 1990; Kendall-Tackett, Williams, Meyer, & Finkelhor, 1993;

Wolfe, & Birt, 1997). Alguns estudos sugerem mesmo que mais de 50% das crianças sexualmente abusadas preenchem total ou parcialmente os critérios de diagnóstico da PTSD (Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000). Concomitantemente, hipotetizam que esta estimativa poderá ser ainda ser sub-diagnosticada pelas dificuldades de avaliação deste tipo de perturbação em crianças e/ou adolescentes, devido à insensibilidade desenvolvimental dos critérios de diagnóstico (ibidem).

Segundo este modelo explicativo, o impacto negativo do abuso e a sintomatologia das vítimas decorre da não integração das experiências abusivas, que reemergem sob a forma de memórias intrusivas e altos nível de activação emocional quando as vítimas são expostas a pistas relacionadas com o abuso. Este processo é mantido através do evitamento, procurado pelas vítimas porque reduz os seus níveis de desconforto (através de um processo de reforço negativo), mas que tem como consequência a continuidade do não processamento emocional das experiências traumáticas.

Não obstante, esta conceptualização tem sido amplamente criticada, na medida em que um número significativo de vítimas não demonstra sintomas decorrentes do abuso e designadamente de PTSD, os critérios de diagnóstico não reconhecem formas especificamente infantis de expressão do trauma e este modelo teórico se revela demasiado restrito, não explicando os aspectos cognitivos da experiência, nomeadamente o desânimo aprendido, a depressividade e a dissociação das vítimas. Neste sentido, novas formas de conceptualização do trauma na infância têm surgido na literatura, privilegiando as especificidades infantis, bem como as dinâmicas específicas do abuso sexual (e.g., continuidade temporal, escalada). Assim, as consequências decorrentes da exposição a uma situação traumática única (i.e., PTSD tipo I de acordo com Terr, 1987) têm vindo a ser diferenciadas daquelas que se referem ao trauma continuado (PTSD tipo II de acordo com Terr, 1987). De facto, de acordo com Wolfe e Birt (1997), a sintomatologia de PTSD de tipo I inclui apenas sintomas de carácter cognitivo que permitem mais facilmente a reorganização depois do trauma. Por oposição, a disfunção associada à PTSD tipo II inclui também dificuldades ao nível afectivo (pela continuidade da experiência, que favorece, por exemplo, atribuições causais mais internalizadas, que acarretam culpa e vergonha), que acentuam a sintomatologia, dificultando o processo de recuperação.

É de salientar que este modelo se centra essencialmente na diferenciação entre acto único e abuso continuado, negligenciando a diferenciação, tão ou mais relevante, entre abuso intra ou extrafamiliar. Nos casos em que o abuso, ainda que se trate de um episódio isolado, é

perpetrado no âmbito familiar, a reorganização do trauma é bem mais complexa se atendermos às dinâmicas envolvidas neste tipo de vitimação, podendo o impacto aproximar-se mais da PTSD tipo II em termos de comprometimento psicológico.

#### **2.4. Modelo das dinâmicas traumáticas**

Na sequência das limitações da conceptualização anterior, Finkelhor e Browne (1986) desenvolveram um paradigma explicativo do impacto do abuso, designado de modelo de dinâmicas traumáticas. Trata-se de um modelo eclético, que pressupõe que o abuso sexual resulta numa variabilidade de efeitos, dependendo da sua natureza e características (e.g., duração, severidade, relação com o ofensor), afectando quatro dimensões do desenvolvimento da criança: sexualidade, confiança nas relações pessoais, sentido de auto-controlo e auto-estima (Finkelhor, 1990). Esta perspectiva propõe que os diferentes efeitos do abuso podem ser atribuídos às dinâmicas traumáticas envolvidas na experiência (sexualização traumática, traição, impotência e estigmatização), que influenciam a expressão afectiva da vítima e a sua percepção acerca de si própria, dos outros e do mundo (Finkelhor, 1990; Finkelhor, 1985 cit. Polusny, & Follette, 1995; Kendall-Tacket et al., 1993).

A sexualização traumática decorre da iniciação precoce e anómala da criança em actividades sexuais, que interfere no desenvolvimento normativo da sexualidade. Esta vivência da experiência implica vários problemas: a) uma iniciação precoce à sexualidade, que criança não consegue perceber nem dispõe de recursos cognitivos e emocionais para gerir); b) uma associação da sexualidade com sensações (e.g., dor, desconforto) e sentimentos negativos (e.g., medo, vergonha, culpa, impotência, desvalor), que podem gerar e c) uma associação da sexualidade com consequências adversas (e.g., ser insultado, batido, ameaçado, envergonhado) ou desenvolvimentalmente inadequadas (e.g., associação entre sexualidade e evitamento de punições e/ou ganho de recompensas). Estas consequências traduzem-se, frequentemente, em problemas de comportamento sexual na infância (e.g., comportamentos sexualizados inadequados para a idade), na adolescência e na idade adulta (e.g., comportamentos sexuais de risco, evitamento sexual, insatisfação sexual) (Alpert, Brown, & Courtois, 1998; Fergusson, & Mullen, 1999; Machado, 2002).

A traição, por sua vez, decorre da ruptura de uma relação de confiança que a criança mantinha com outro significativo, sendo prevalente no abuso sexual intrafamiliar ou por pessoa

próxima da vítima. Os efeitos decorrentes desta dinâmica podem incluir sentimentos de desconfiança generalizada e dificuldades subsequentes em estabelecer vínculos interpessoais, assim como vivências de perda e depressão, sobre-dependência emocional, sentimentos de raiva e comportamentos de hostilidade (Alpert, Brown, & Courtois, 1998; Fergusson, & Mullen, 1999; Machado, 2002).

A impotência deriva dos sentimentos de ineficácia e falta de controlo experienciados na situação de abuso, promovidos pelo carácter invasivo da actividade sexual, bem como pelo uso da força e/ou ameaça. Esta dimensão da vivência emocional está na base dos sintomas de ansiedade, pós stress traumático, desânimo e dificuldades de aprendizagem e comportamentos que procuram repor o sentido de controlo pessoal (e.g., comportamento agressivo e desviante) (Alpert, Brown, & Courtois, 1998; Fergusson, & Mullen, 1999; Machado, 2002).

Por último, a estigmatização corresponde a uma auto-percepção negativa decorrente da experiência de abuso (e conseqüente percepção de diferença relativamente às outras crianças/jovens), da internalização da voz, frequentemente crítica e depreciativa, do ofensor, assim como da voz de outros significativos (caso estes não acreditem na criança, a critiquem, lhe comuniquem a percepção de que está "danificada" pelo abuso, a culpem ou lhe transmitam vergonha por ter sido abusada). Como conseqüências mais frequentes são apontados sentimentos de diferença, culpa, vergonha, dano e desvalorização pessoal. O impacto pode incluir ainda baixa auto-estima, comportamentos auto-destrutivos, abuso de substâncias (como forma de coping com o mal-estar), isolamento social (promovido pela vergonha, sentimento de desvalor e diferença) e padrões relacionais abusivos no futuro, nomeadamente mais vulnerabilidade à revitimização (Alpert, Brown, & Courtois, 1998; Fergusson, & Mullen, 1999; Machado, 2002).

A literatura nesta área salienta que o conjunto destas dinâmicas pode estar presente na experiência de abuso e que cada uma destas pode manifestar-se de forma específica no impacto psicológico e comportamental do abuso. Assim, para a compreensão do impacto do abuso, haveria que explorar as dinâmicas abusivas que integraram a experiência e modelaram a sua vivência pela criança/jovem. Não obstante, enfatizam que as reacções ao abuso são múltiplas e raramente explicadas e ou determinadas por um único factor ou dinâmica. Na avaliação dos efeitos do abuso, deverão, assim, ser analisadas, para além das dinâmicas traumáticas, as diversas condições de vida da criança/jovem, pré e pós abuso, designadamente as

características individuais da criança, a rede de suporte social, o funcionamento familiar, o seu meio de inserção sócio-cultural e a vivência (ou não) de outras experiências potencialmente adversas (Finkelhor, & Browne, 1985 cit. Alpert, Brown, & Courtois, 1998). Estes últimos aspectos são particularmente importantes na medida em que a investigação documenta que existe elevada comorbilidade entre o abuso sexual e níveis sócio-económicos reduzidos (Finkelhor et al., 1997; Paveza, 1988; Manion, McIntyre, Firestone, Ligezinska, Ensom, & Wells, 1996) e entre aquele e outras experiências de vitimação na infância (e.g., Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995; Canha, 2000; Fergusson, & Mullen, 1999; Finkelhor et. al., 1997; Fleming, Mullen, & Bammer, 1997; Paradise, Rose, Sleeper, & Nathanson, 1994).

## **2.5. O abuso sexual como síndrome de segredo**

De acordo com Furniss (1993), o abuso sexual diferencia-se claramente de outras experiências de abuso que ocorrem na infância, pelas dinâmicas que envolve, nomeadamente a vivência da experiência como “síndrome de segredo”.

Neste sentido, o autor propõe que este síndrome é determinado por factores externos e internos que contribuem para a vivência do abuso como uma "não-realidade" pela criança, a sua consequente não revelação e o segredo familiar e social que é construído em seu torno. No que se refere aos factores externos, menciona a ausência de evidência médica (na maioria dos casos, não existe evidência médica do abuso – não houve contactos físicos directos, ou os que existiram não deixaram evidências - e esta por si só não constitui prova forense definitiva), as tentativas de revelação mal sucedidas (ignoradas ou rejeitadas) que reforçam o segredo e diminuem a probabilidade de a criança voltar a contar, as estratégias de coacção ou suborno utilizadas pelo ofensor (e.g., ameaças, violência, castigos, presentes) e o receio face às consequências da revelação (e.g., medo de não acreditarem em si, de ser ridicularizado/a, de magoar os outros ou o próprio abusador, de desintegrar a família, de ser castigado/a, de ser retirado/a à família, de que o abusador seja preso, de perder o afecto deste).

O segredo é ainda reforçado por factores internos à própria experiência abusiva, designados por Furniss (1993) como os “aspectos interaccionais do segredo”, que reforçam a negação e a anulação psicológica do abuso a três níveis. Desde logo, salienta o próprio contexto em que usualmente decorre o abuso (ambiente de escuridão, silêncio, ausência de contacto visual, interacção verbal e comportamental mínima e estereotipada) que precipita uma

experiência de confusão e dificuldade em processar cognitivamente e emocionalmente a experiência. Em segundo lugar, a "transformação" do abusador "noutro pessoa" é habitualmente descrita pelas vítimas, correspondendo à dissociação do abusador do seu *self* habitual, comportando-se como outra pessoa (e.g., alterações no tom de voz, na expressão facial, na linguagem e no comportamento) e a retoma do *self* normal do abusador após a interacção abusiva dificultam também a compreensão e assimilação da experiência por parte da criança. Finalmente, a interacção abusiva tende a ocorrer de forma estereotipada, com rituais de entrada e de saída que assinalam uma ruptura com o quotidiano habitual da criança (algumas crianças descrevem a aprendizagem de que, a uma determinada ordem, frase ou olhar, se irá seguir um episódio de abuso e que o fim deste é novamente assinalado por sinais deste tipo). Esta estereotipia introduz uma fragmentação no quotidiano da criança/jovem, convertendo o abuso numa experiência "à parte" da vida normal, e por isso, difícil de processar e de integrar, muitas vezes experienciada como um "intervalo" na realidade e como um evento dissociado da mesma.

No seu conjunto, estas dinâmicas internas constituem verdadeiros obstáculos quer ao processamento, quer à assimilação cognitiva e emocional da experiência, o que vem dificultar ainda mais a revelação, já complicada pelas dinâmicas externas de segredo. Em consequência, algumas vítimas desenvolvem aquilo que Summit designou por "acomodação psicológica ao abuso", que se pode manifestar através da sua vivência dissociada e pela aparente normalidade e ajustamento psicológico da vítima (que usualmente entra em ruptura quando ocorre a revelação). Tal como refere Furniss (1993) "a acomodação ao abuso e a criação da pseudonormalidade são o resultado da impossível tarefa psicológica de integrar esta experiência".

Ainda no que se refere ao impacto do abuso, Furniss (1993) diferencia o seu dano primário do dano secundário. Relativamente ao dano primário, considera as consequências psicológicas decorrentes do abuso e da vivência desta experiência como "síndrome de segredo". No que se refere ao dano secundário, o autor refere consequências decorrentes da intervenção profissional (jurídica ou outra), nomeadamente a estigmatização social da vítima e/ou da sua família, a traumatização secundária da vítima no processo interdisciplinar (e.g., conflito entre o sistema legal e as necessidades psicológicas e de protecção da criança), no processo família-profissional (e.g., influência para a criança da interacção entre a família e o profissional durante a intervenção), no processo familiar (e.g., descredibilização, culpabilização ou estigmatização da criança, pressão para a denegação) e no processo individual (e.g., estratégias parentais

inadequadas perante comportamentos sintomáticos da criança, como por exemplo comportamentos sexualizados ou de agressividade).

## **2.6. Modelo explicativo dos efeitos a longo-prazo do abuso sexual**

O presente modelo (Polusny, & Follette, 1995) foca-se essencialmente na compreensão dos efeitos da experiência abusiva no funcionamento do indivíduo a longo-prazo. Esta compreensão inclui uma análise das estratégias e comportamentos utilizados pelas vítimas para lidar com a situação abusiva. Assim, o modelo postula que as vítimas de abuso sexual tendem a utilizar como estratégias de *coping* o evitamento emocional, traduzido em comportamentos de dissociação, somatização, abuso de substâncias e dificuldades nas relações íntimas. Estas estratégias parecem assumir um papel de alívio do sofrimento inicial; no entanto, conduzem a efeitos negativos a longo-prazo.

De facto, o modelo postula que a dissociação parece cumprir uma função de supressão das memórias do acontecimento abusivo a curto-prazo e, por consequência, conduz à diminuição do sofrimento percebido pela vítima. Do mesmo modo, a somatização e os comportamentos de abuso de substâncias funcionam como estratégias distrativas e de evitamento, para que a vítima não se centre na experiência abusiva. As diferentes estratégias mencionadas no parágrafo anterior estão bem explicadas mas não fala das dificuldades interpessoais; deveria também explicar o seu papel. No entanto, estas estratégias de evitamento emocional face à experiência abusiva parecem estar associadas a um funcionamento psicológico pobre a longo-prazo (e.g., ansiedade, depressão, PTSD). Deveria explicar porquê

De referir que, de acordo com este modelo, a relação entre os diferentes sistemas/estruturas de desenvolvimento humano, postulados por Bronfenbrenner (1994), não deve ser negligenciada na análise do impacto do abuso nas vítimas. Os autores enfatizam a importância do exossistema e do contexto sociocultural na forma como o indivíduo sobrevive perante uma situação traumática como o abuso sexual, salientando também a importância das características da família de origem enquanto factores potencialmente explicativos dos problemas evidenciados. Os autores enfatizam particularmente a cultura enquanto meio de legitimação das experiências abusivas, por exemplo, pelo domínio do “masculino” e pela objectificação da mulher, que viabilizam a vitimação sexual contra as mulheres e as crianças.

Neste mesmo sentido, Machado e Almeida (2004) destacam o papel dos mitos e crenças culturais na legitimação social do abuso, contribuindo para a vulnerabilidade das crianças e para o agravamento do impacto, a curto e longo-prazo, nas vítimas. Entre outros, destaca crenças como sejam: a) a convicção de que o abuso é um fenómeno raro; b) a denegação do abuso perpetrado por mulheres; c) a ideia de que ser rapaz constitui uma protecção contra os crimes sexuais; d) a crença de que o abuso só ocorre em famílias carenciadas e promíscuas; e) a convicção de que a maioria das alegações de abuso são fruto da fantasia infantil ou da mentira; f) o mito da sedução infantil – mito da "Lolita"; g) a noção de que as alegações de abuso resultam da manipulação da criança por terceiros, especialmente quando tais alegações ocorrem no contexto do divórcio.

### **3. Factores moderadores do impacto**

Atendendo à variabilidade das consequências do abuso sexual, bem como aos diferentes percursos, analisados pelos modelos explicativos que acabámos de rever, que determinam o impacto concreto experienciado pelas vítimas, a investigação sugere a existência de um conjunto de factores que moderam o tipo e a intensidade dos sintomas experienciados pelas suas vítimas.

Mais especificamente, têm sido referidas as características do próprio abuso, designadamente o seu início (precoce ou tardio), duração e frequência, uso da força ou ameaça, comorbilidade entre abuso físico e sexual, número de abusadores, grau de intrusividade dos actos praticados e proximidade na relação ofensor-vítima (Alpert, Brown, & Courtois, 1998; Browne, & Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett, Williams, Meyer, & Finkelhor, 1993; Wolfe, & Birt, 1997; Steel, Sanna, Hammond, Whipple, & Cross, 2004). A este respeito, alguns estudos demonstram que a severidade do abuso é o melhor preditor da sintomatologia de PTSD (particularmente no período pós-revelação e durante os meses que se seguem), enquanto os sintomas depressivos parecem ser mais característicos e persistentes nos casos de abuso continuado, perpetrado por alguém próximo da vítima (Wolfe, 1990). Dados empíricos evidenciam ainda que a maior severidade do impacto está associada à proximidade do ofensor (relacionada com a traição de uma relação de confiança e com o maior risco de revitimação), à prática de actos mais intrusivos, ao uso da força, à duração e frequência da experiência abusiva e ao número de ofensores envolvidos (Heflin, & Deblinger, 1996; Rodriguez, Ryan, Kemp, & Foy, 1997 cit. in Machado 2002).



Por sua vez, características da família, designadamente, a presença/ausência de figuras protectoras, a estabilidade e a coesão e suporte familiares também têm demonstrado uma acção mediadora das consequências do abuso. O suporte familiar tem sido referido, em vários trabalhos científicos, como o principal preditor do reajustamento após o trauma (Deblinger, & Heflin, 1996; Fergusson, & Mullen, 1999; Saywitz; Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000).

Estudos mais recentes têm também apontado características da própria criança como factores moderadores do impacto do abuso, nomeadamente as suas capacidades cognitivas, o seu estilo atribucional e o seu *locus* de controlo. Maiores níveis de sintomatologia estão associados a um *locus* de controlo externo, à atribuição interna e estável da culpa, a uma baixa auto-estima, à baixa credibilidade percebida e à estigmatização dos pares (Heflin, & Deblinger, 1996; Draucker, 2000). De forma similar, outros autores sugerem que o estilo de *coping* desempenha um papel determinante no processo de adaptação à experiência traumática (e.g., Tremblay, Hébert, & Piché, 1999).

#### **4. Impacto desenvolvimental do abuso**

O impacto decorrente de uma experiência de abuso sexual na infância e/ou adolescência pode traduzir-se numa variabilidade de consequências, transitórias ou não. O conjunto de estudos realizados neste âmbito sugere que 60% a 80% das vítimas apresentam algum tipo de sequela a curto prazo resultante do abuso (e.g. Browne, & Finkelhor, 1986; López, Carpintero, Hernández, Martín, & Fuertes, 1995).

Na revisão da literatura sobre o impacto do abuso na infância e/ou adolescência que apresentaremos nesta secção, incluímos todos os estudos que envolviam crianças e/ou jovens abusados com idade inferior aos dezoito anos, assim como estudos com amostras de adultos mas que forneciam indicadores (ainda que retrospectivos) sobre o impacto do abuso vivenciado naquela etapa desenvolvimental. Por sua vez, no que se refere ao impacto na idade adulta, apresentado posteriormente, foram apenas considerados os estudos com sujeitos de idade igual ou superior aos dezoito anos.

Concomitantemente foram definidos alguns critérios de exclusão de trabalhos publicados no intervalo temporal definido, designadamente: a) estudos de caso clínicos; b) estudos que não especificavam o tipo de abuso (referindo-se ao abuso infantil em geral ou ao impacto do abuso sexual e físico conjuntamente); c) estudos que não definiam a faixa etária da ocorrência do

abuso ou da avaliação do impacto; d) estudos com amostras clínicas (participantes com condição de saúde física ou mental) ou da justiça que apresentavam apenas indicadores de prevalência; e e) estudos que procuravam avaliar o impacto na infância, adolescência e início da idade adulta, apresentando os resultados na sua generalidade, sem distinção dos diferentes níveis de desenvolvimento.

Tanto ao nível do impacto do abuso na infância e adolescência, como na idade adulta, é possível agrupar os diferentes estudos em quatro grandes categorias: a) estudos que envolvem amostras da população geral provenientes de comunidades nacionais ou locais; b) estudos com amostras de grupos específicos, na sua maioria constituídos por estudantes do ensino preparatório, secundário e superior; c) estudos realizados com amostras de vítimas de abuso sexual (clínicas ou não) e d) amostras clínicas constituídas por crianças e/ou jovens e adultos com psicopatologia.

Através de uma visão global dos estudos revistos, é possível constatar que a investigação neste domínio se centra, essencialmente, no estudo das consequências do abuso na idade adulta, observando-se uma grande disparidade entre o número de estudos realizados com crianças e/ou jovens (N=20) e com adultos (N=57).

#### **4.1. Impacto desenvolvimental do abuso na infância/adolescência**

A revisão efectuada resultou em vinte estudos que procuraram investigar o impacto de experiências sexualmente abusivas na infância e na adolescência. Através de uma visão global dos trabalhos realizados neste âmbito foi possível aferir que estes surgiram tardiamente no panorama de investigação, essencialmente na década de noventa, em comparação com os estudos efectuados na idade adulta, que se iniciaram na década de oitenta.

A maioria destes estudos (17, 85%) foi realizada na América do Norte (13, 65%) e na Europa (4, 20%), constatando-se uma reduzida referência de publicações de estudos realizados noutros continentes (3; 15%), ao nível das publicações em revistas internacionais.

Tomando em consideração o tipo de amostra utilizada neste grupo de estudos, constatamos que estes focam essencialmente o impacto na idade escolar e na adolescência, observando-se um reduzido número de estudos na idade pré-escolar. Constatou-se ainda a presença de um número equitativo de estudos que recorrem a amostras de grupos específicos, essencialmente constituídas por vítimas de abuso sexual (8, 40%) e por alunos do ensino

secundário (7, 35%). No âmbito da revisão efectuada, quatro dos estudos envolveram amostras da comunidade (Andres-Lemay, Jamieson, & MacMillan, 2005; Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995; Kilpatrick, & Saunders, 1999; López, Carpintero, Hernández, Martin, & Fuertes, 1995), sendo que dois destes averiguaram retrospectivamente indicadores de impacto na infância e adolescência junto de adultos (Andres-Lemay, Jamieson, & MacMillan, 2005; López, Carpintero, Hernández, Martin, & Fuertes, 1995). Além destes, encontrámos ainda um estudo realizado com estudantes do ensino superior, que à semelhança do estudo anteriormente referido, fornece dados retrospectivos acerca do impacto inicial do abuso (Fávero, 2003).

Relativamente à dimensão das amostras utilizadas, sobressaem apenas seis estudos de dimensão nacional, sendo que três envolvem apenas estudantes (Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler, 1997; Ramos-Lira, Saldivar-Hernández, Medina-Mora, Rojas-Guiot, & Villatoro-Velázquez, 1998; Kim, & Kim, 2005) e três envolvem amostras da comunidade (Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995; Kilpatrick, & Saunders, 1999; López, Carpintero, Hernández, Martin, & Fuertes, 1995). Os estudos com amostras clínicas e de vitimação caracterizam-se por um número reduzido de participantes, com amostras que variam entre vinte e três e seiscentos e vinte participantes

Quanto à variável género, podemos observar que a maioria dos estudos realizados incluiu participantes do sexo masculino e feminino (17, 85%), sendo que três dos estudos envolveram apenas amostras femininas (Andres-Lemay, Jamieson, & MacMillan, 2005; Mennen, 1995; Perkins, & Luster, 1999).

A grande maioria dos estudos (15, 75%) recorreu a instrumentos de avaliação de auto-relato, preenchidos pelos próprios participantes, sendo que alguns combinaram estes métodos com entrevistas face a face, designadamente os estudos com vítimas de abuso sexual (e.g., Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; Calam, Horne, Glasgow, & Cox, 1998; Feiring, Taska, & Lewis, 1999). Ainda que em número reduzido, outros trabalhos utilizaram a entrevista como método privilegiado (e.g., Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995; Darves-Bornoz, Berger, Degiovanni, Gaillard, & Lépine, 1999; Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro, & Pinto-Martin, 2005). Algumas das investigações com grupos clínicos envolveram ainda, na avaliação, os progenitores (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman Manion, Firestone, Cloutier, Ligezinska, McIntyre, & Ensom, 1998; Ruggiero, McLeer, & Dixon, 2000; Mandell et al., 2005), através da utilização de medidas de auto-relato (e.g., Child Behavior Checklist; Achenbach & Edelbrock, 1983) e da entrevista clínica.

Concomitantemente, observamos que um número substancial de estudos (10, 50%) não adoptou instrumentos específicos de avaliação do impacto psicológico do abuso, valendo-se antes de questionários de auto-relato que abordam várias áreas de funcionamento (e.g., comportamentos de saúde, comportamentos de risco, problemas de saúde mental). Os restantes trabalhos utilizaram uma variabilidade de instrumentos; no entanto, observa-se a predominância de instrumentos de avaliação psicológica global (e.g., sintomas de internalização e/ou externalização; auto-conceito/auto-percepção) sobre os instrumentos de sintomatologia específica associada à experiência de abuso, incluídos apenas em quatro dos estudos referenciados (Manion, Firestone, Cloutier, Ligezinska, McIntyre, & Ensom, 1998; Feiring, Taska, & Lewis, 1999; Darves-Bornoz, Berger, Degiovanni, Gaillard, & Lépine, 1999; Friedrich, Dittner, Action, Berliner, Butler, Damon, Davies, Gray, & Wright, 2001). Da análise realizada, é possível concluir que os efeitos mais investigados nos estudos na infância e adolescência são os sintomas de depressão e ansiedade.

Observa-se ainda a presença de alguns estudos de natureza prospectiva que intentaram avaliar a evolução sintomática nas crianças e adolescentes, fornecendo pistas para uma abordagem desenvolvimental do impacto e para a compreensão da trajectória sintomática destas crianças/adolescentes (Calam, Horne, Glasgow, & Cox, 1998; Martin, Bergen, Richardson, Roeger, & Allison, 2004).

Neste conjunto de estudos, apenas dois procuraram investigar o papel da etnia no impacto psicológico do abuso com diferentes grupos étnicos que habitavam num mesmo contexto geográfico (Mennen, 1995; Sanders-Phillips, Moisan, Wadlington, Morgan, & English, 1995).

#### **4.1.1. Efeitos/consequências do abuso nas crianças e adolescentes**

Da revisão de estudos efectuada ressaltam algumas associações entre as experiências de abuso sexual na infância e adolescência e diversas dificuldades que afectam o funcionamento global das vítimas.

Destacam-se os problemas de comportamento, os sintomas de ansiedade e de depressão. Os problemas de comportamento sobressaem em oito dos trabalhos (40%) (cf. quadro XXIII), evidenciando-se diferenças na sua manifestação entre na infância (e.g., hiperactividade, comportamento oposicional-desafiante) e na adolescência (e.g., fugas de casa,

agressividade, absentismo escolar, comportamentos desviantes) (e.g., Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler, 1997). A ansiedade emerge em oito investigações (40%) (cf. quadro XXIV), na sua forma generalizada e sob a forma de fobias específicas, ansiedade de separação, sintomas de PTSD, obsessão-compulsão e agorafobia, sendo que estes últimos surgem mais associados ao abuso intrafamiliar (Darves-Bornoz, Berger, Degiovanni, Gaillard, & Lépine, 1999). Por sua vez, os sintomas depressivos emergem em sete dos estudos (35%) (cf. quadro XXV), salientando-se como uma dimensão presente nas etapas mais precoces e mais tardias do desenvolvimento.

Os problemas de natureza sexual surgem como indicadores do impacto em cinco dos estudos (25%) (cf. quadro XXVI), manifestando-se na infância através de problemas de conduta sexual (e.g., comportamento sexualizado) e na adolescência pelos comportamentos sexuais de risco (e.g., comportamento sexual precoce, promiscuidade, gravidez) (e.g., Friedrich, Dittner, Action, Berliner, Butler, Damon, Davies, Gray, & Wright, 2001; Nelson, Higginson, & Grant-Worley, 1994).

Os comportamentos auto-destrutivos e o abuso de substâncias surgem também como consequências relevantes do abuso, assumindo-se como manifestações do impacto na puberdade (cf. quadro XXVII). Os comportamentos auto-destrutivos referem-se essencialmente a ideação, planos e comportamento suicida, surgindo em cinco dos estudos analisados (25%) (e.g., Hibbard, Ingersoll, & Orr, 1990; Martin, Bergen, Richardson, Roeger, & Allison, 2004). O abuso de substâncias traduz-se pelo consumo abusivo de álcool e outras drogas, sendo referenciado em cinco (25%) dos estudos (cf. quadro XXVIII) (e.g., Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler, 1997; Ramos-Lira, Saldivar-Hernández, Medina-Mora, Rojas-Guiot, & Villatoro-Velázquez, 1998). É de salientar que este é um efeito que tem sido frequentemente referenciado na investigação embora o número de estudos incluídos nesta revisão minore a sua relevância. Uma das explicações para este dado prende-se com o facto de se tratar de um efeito que tem sido alvo de investigações longitudinais e/ou que analisam o impacto desde a adolescência ao início da idade adulta, trabalhos não considerados neste capítulo.

De forma global, a investigação revista realça ainda a associação entre o abuso sexual e outras dificuldades (cf. quadro XXIX), designadamente sentimentos subjectivos de mau estar (e.g., vergonha, medo, nojo, raiva, culpa, desconfiança) (López, Carpintero, Hernández, Martin, & Fuertes, 1995), dificuldades de alimentação, de sono (Fávero, 2003) e problemas ao nível escolar (Calam, Horne, Glasgow, & Cox, 1998).

Alguns dos estudos (5, 25%) salientam diferenças de género relativamente ao impacto do abuso na infância e/ou adolescência (Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler, 1997; Feiring, Taska, & Lewis, 1999; Hibbard, Ingersoll, & Orr, 1990; Martin, Bergen, Richardson, Roeger, & Allison, 2004; Nelson, Higginson, & Grant-Worley, 1994). De um modo geral, estes trabalhos evidenciam uma maior tendência das vítimas femininas para a manifestação de sintomas de internalização (e.g., sintomas de PTSD, problemas emocionais) e das vítimas do sexo masculino para dificuldades de externalização (e.g., comportamento oposicional, agressividade, conduta desviante).

### a. Problemas de comportamento

Quadro XXIII: Problemas de comportamento na infância e/ou adolescência

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração*</b>	<b>Efeito/Problema associadas ao abuso sexual</b>
EUA	Hibbard, Ingersoll, & Orr (1990)	Ensino secundário	M/F 1957/2041	3998	Questionário (Hibbard, Ingersoll, & Orr, 1990) sobre comportamentos de risco (e.g., consumo de substâncias, comportamentos sexuais, problemas com a justiça, gravidez, problemas escolares, fugas) e alterações emocionais (e.g., problemas de sono, interpessoais, isolamento, tensão, nervosismo) QAR /QAA	Fugas
EUA	Boney-McCoy, & Finkelhor (1995)	Nacional Comunidade	M/F 1042/958	2000	PTSD: QAR baseado no Symptom Checklist-90-R (Derogatis, 1977, modificado por Sauders, Arata, & Kilpatrick, 1990) Tristeza: Questionário (Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995) Problemas com professores: Questionário (Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995) ET	Problemas com um professor
França	Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler (1997)	Ensino secundário Nacional	M/F 48.7%/51.3%	8140 (m=16.2)	Questionário (Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler, 1997) que avaliou as seguintes dimensões nos últimos 12 meses: Aproveitamento escolar, consumo de drogas, comportamento delinquente e violento; tentativas/ideação suicida, experiências de vitimação; queixas somáticas. QAR/QAA	Fugas Comportamento violento Furtos Absentismo

\* \* EFF-Entrevista face a face; ET – Entrevista telefónica; EC- Entrevista clínica; QAR– Questionário de auto-relato; QAA- Questionário auto-administrado

EUA	Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman (1998)	Grupo clínico: vítimas de abuso sexual Grupo clínico: vítimas de abuso físico e sexual	M/F 27/100 21/13	127 34	Psicopatologia: <i>Revised Diagnostic Interview for Children and Adolescents</i> (DICA; Reich, & Welner, 1988) Comportamento: <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL; Achenbach, 1991) EFF/QAR	Hiperactividade Perturbação de conduta e oposicional-desafiante
EUA	Kilpatrick ,& Saunders (1999)	Comunidade	M/F 2065/1958	4023 (12-17) 4236 (Pais)	Questionárioa construído pelos autores sobre história familiar de abuso de álcool PTSD : Escala baseada nos critérios do DSM III-R Dependência /abuso de substâncias ao longo da vida e momento actual (álcool e drogas): Escala baseada no DSM IV Comportamento delinquente: Adolescent Survey Schedule (Kilpatrick ,& Saunders, 1999) ET	Comportamento delinquente
EUA	Andres- Lemay, Jamieson, & MacMillan (2005)	Comunidade Local	F	3760 (15-64)	Fugas antes dos 16 anos: Questionário Psicopatologia ao longo da vida: <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (CIDI; World Health Organization, 1990) QAR/ET	Fugas de casa (antes dos 16 anos de idade)
Coreia	Kim, & Kim, (2005)	Amostra nacional Ensino secundário  Intermédio/Secundário; Delinquentes identificados	M/F 1120/552	1672  1053 619	Sintomas psicopatológicos: <i>Brief Sypmtom Inventory</i> (Derogatis, & Melisaratos, 1983) Crenças associadas à performance académica: <i>Academic Capability Belief Scale</i> (Juang, & Silbereisen, 2002) QAR/QAA	Elevada prevalência de vítimas de incesto no grupo de adolescentes delinquentes – associação entre incesto e comportamento delinquente na adolescência;



EUA	Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro, & Pinto-Martin (2005)	Grupo clínico: Diagnóstico de Autismo/P. Asperger	M/F	156 (m=11.6)	Entrevista clínica aos pais sobre as seguintes dimensões: auto-mutilação, ideação suicida; problemas somáticos; hiperactividade/défice de atenção; problemas de conduta; problemas de conduta sexual, problemas sociais e comportamento estranho	Fugas de casa
-----	---	---	-----	--------------	--	---------------

## b. Ansiedade

Quadro XXIV: Problemas de Ansiedade na infância e/ou adolescência

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/Modo de administração*</b>	<b>Efeito/Problema associadas ao abuso sexual</b>
EUA	Mennen (1995)	Grupo de risco (Crianças vítimas de maus tratos/negligência ou acompanhadas pelos serviços de saúde mental)	F	134 (6-18)	Depressão: Child Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1983) Ansiedade: Manifest Anxiety Scale (CMAS-R; Reynolds & Richmond, 1985) Auto-percepção: Self-Perception Profile for Children (Harter, 1985) QAR/QAA	Ansiedade
Espanha	López, Carpintero, Hernández, Martin, & Fuertes (1995)	Nacional	M/F	1821 (18-60)	Questionário sobre problemas de saúde mental (López, Carpintero, Hernández, Martin, & Fuertes, 1995) EFF	Ansiedade
EUA	Boney-McCoy, & Finkelhor (1995)	Nacional Comunidade	M/F 1042/958	2000	PTSD: QAR baseado no Symptom Checklist-90-R (Derogatis, 1977, modificado por Sauders, Arata, & Kilpatrick, 1990) Tristeza: Questionário (Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995)	PTSD

\* \* EFF-Entrevista face a face; ET – Entrevista telefónica; EC- Entrevista clínica; QAR– Questionário de auto-relato; QAA- Questionário auto-administrado

					Problemas com professores: Questionário (Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995) ET	
França	Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler (1997)	Ensino Secundário Nacional	M/F 48.7%/51.3%	8140 (m=16.2)	Questionário (Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler, 1997) que avaliou as seguintes dimensões nos últimos 12 meses: Aproveitamento escolar, consumo de drogas, comportamento delinquente e violento; tentativas/ideação suicida, experiências de vitimação; queixas somáticas. QAR/QAA	PTSD
EUA	Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman (1998)	Grupo clínico: vítimas de abuso sexual  Grupo clínico: vítimas de abuso físico e sexual	M/F 27/100  21/13	127  34	Psicopatologia: <i>Revised Diagnostic Interview for Children and Adolescents</i> (DICA; Reich, & Welner, 1988) Comportamento: <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL; Achenbach, 1991) EFF/QAR	Ansiedade de separação Ansiedade generalizada Obsessão-compulsão Fobia PTSD
Inglaterra	Calam, Horne, Glasgow, & Cox (1998)	Grupo clínico: vítimas de abuso sexual	M/F 39/105	144	Avaliação de indicadores comportamentais e emocionais: ansiedade, depressão, raiva, comportamento sexualizado, queixas somáticas, dificuldades de sono, dificuldades interpessoais, problemas escolares e alimentares. E+ QAR+Checklist observação, construídos pelos autores em três momentos pós-revelação: 4 semanas, 9 meses e dois anos	Ansiedade
EUA	Kilpatrick, & Saunders (1999)	Comunidade	M/F 2065/1958	4023 (12-17) 4236 (Pais)	Questionário sobre história familiar de abuso de álcool (Kilpatrick & Saunders, 1999) PTSD : Escala baseada nos critérios do DSM III-R Dependência /abuso de substâncias ao longo da vida e momento actual (álcool e drogas): Escala baseada no DSM IV Comportamento delinquente: Adolescent Survey Schedule (Kilpatrick, & Saunders, 1999) ET	PTSD (8%)

EUA	Ruggiero, McLeer, & Dixon (2000)	Grupo clínico: vítimas de abuso sexual	M/F 65/15	80 (M=9.4)	<p>Perturbações afectivas e Esquizofrenia: <i>Epidemiological version of the Schedule for affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS-E</i>; Orvaschel &amp; Puig-Antich, 1987)</p> <p>Funcionamento global: <i>Children's Global Assessment Scale (CGAS</i>; Endicott, Spitzer, Fleiss, &amp; Cohen, 1976)</p> <p>Ansiedade: <i>Revised Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS-R</i>; Reynolds &amp; Richmond, 1978); <i>State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC</i>; Spielberger, 1973)</p> <p>Depressão: <i>Children's Depression Inventory (CDI</i>; Kovacs, 1992)</p> <p>Comportamento: <i>Child Behavior Checklist (CBCL</i>; Achenbach, 1991)</p> <p>Suporte social: <i>Social Support Scale for Children (SSSC</i>; Harter, 1985)</p> <p>QAR/QAA</p>	PTSD
-----	----------------------------------	--	--------------	---------------	---	------

### c. Depressão

#### Quadro XXV: Depressão na infância e/ou adolescência

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração<sup>10</sup></b>	<b>Efeito/Problema associadas ao abuso sexual</b>
EUA	Mennen (1995)	Grupo de risco (Crianças vítimas de maus tratos/negligência ou acompanhadas pelos serviços de saúde mental)	F	134 (6-18)	<p>Depressão: Child Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1983)</p> <p>Ansiedade: Manifest Anxiety Scale (CMAS-R; Reynolds &amp; Richmond, 1985)</p> <p>Auto-percepção: Self-Perception Profile for Children (Harter, 1985)</p> <p>QAR/QAA</p>	Depressão

<sup>10 10</sup> EFF-Entrevista face a face; ET – Entrevista telefónica; EC- Entrevista clínica; QAR– Questionário de auto-relato; QAA- Questionário auto-administrado

EUA	Boney-McCoy, & Finkelhor (1995)	Nacional Comunidade	M/F 1042/958	2000	PTSD: QAR baseado no Symptom Checklist-90-R (Derogatis, 1977, modificado por Sauders, Arata, & Kilpatrick, 1990) Tristeza: Questionário construído pelos autores para o presente estudo Problemas com professores: Questionário construído pelos autores para o presente estudo ET	Tristeza
França	Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler (1997)	Ensino Secundário Nacional	M/F 48.7%/51.3%	8140 (M=16.2)	Questionário (Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler, 1997) que avaliou as seguintes dimensões nos últimos 12 meses: Aproveitamento escolar, consumo de drogas, comportamento delinquente e violento; tentativas/ideação suicida, experiências de vitimação; queixas somáticas. QAR/QAA	Sintomas depressivos
EUA	Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman (1998)	Grupo clínico: vítimas de abuso sexual Grupo clínico: vítimas de abuso físico e sexual	M/F 27/100  21/13	127  34	Psicopatologia: <i>Revised Diagnostic Interview for Children and Adolescents</i> (DICA; Reich, & Welner, 1988) Comportamento: <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL; Achenbach, 1991) EFF/QAR	Perturbação depressiva major, distímia
Canadá	Manion, Firestone, Cloutier, Ligezinska, McIntyre, & Ensom (1998)	Grupo de crianças vítimas de abuso extrafamiliar e seus pais  Grupo de comparação não clínico	M/F	56 Crianças 92 Pais  75 Crianças 136 Pais	Auto conceito: <i>Piers-Harris Children's Self-Concept Scale</i> (Piers, 1984) Depressão: <i>Depression Self-Rating Scale for Children</i> (Birlleson, 1981) Comportamento: <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL; Achenbach, & Edelbrock, 1983) Auto-eficácia: <i>Children's Self-Efficacy for Peer Interaction Scale</i> (Wheeler & Ladd, 1982); <i>Adolescent Social Self-Efficacy Scale</i> (Connolly, 1988) Medos: <i>Fear Survey Schedule for Children Revised</i> (FSSC-R; Ollendick, 1983) Percepções e atribuições ao abuso: <i>Children's Impact of Traumatic Events Scale</i> (CITES; Wolfe, Wolfe, Gentile & LaRose, 1986)	Depressão

					PTSD: <i>Intrusive thoughts, Avoidance and sexual anxiety</i> (Wolfe & Gentile, 1992) QAR/QAA	
Inglaterra	Calam, Horne, Glasgow, & Cox (1998)	Grupo clínico: vítimas de abuso sexual	M/F 39/105	144	Avaliação de indicadores comportamentais e emocionais: ansiedade, depressão, raiva, comportamento sexualizado, queixas somáticas, dificuldades de sono, dificuldades interpessoais, problemas escolares e alimentares. E+ QAR+Checklist observação, construídos pelos autores em três momentos pós-revelação: 4 semanas, 9 meses e dois anos	4 semanas: Depressão 9 meses: Depressão 2 anos: Depressão
EUA	Feiring, Taska, & Lewis (1999)	Grupo clínico: vítimas de abuso sexual Crianças Adolescentes	M/F 48/121	96 (8-11) 73 (12-15)	Auto-percepção: <i>The Self Perception Profile for Children &amp; Adolescents</i> (Harter, 1985, 1988) Depressão: <i>Child Depression Inventory</i> (CDI; Kovacs, 1983, 1985) Estilo atribucional: <i>Children Attributional Style Questionnaire</i> (CASQ; Gladstone & Kaslow, 1995) Vergonha: QAR Percepções e atribuições ao abuso: <i>Children's Impact of Traumatic Events Scale</i> (CITES; Wolfe, Wolfe, Gentile & LaRose, 1986) EFF	Sintomas depressivos

#### d. Problemas sexuais

Quadro XXVI: Problemas sexuais na infância e/ou adolescência

Autores	Tipo de Amostra	Género	N	Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração <sup>11</sup>	Efeito/Problema associadas ao abuso sexual
EUA Nelson, Higginson, &	Ensino secundário	M/F 1139/1193	2332 (14-18)	Questionário sobre comportamentos de risco (consumo de substâncias, sexuais), auto-imagem e comportamentos desviantes	Comportamentos sexuais de risco (gravidez da

<sup>11</sup> 11 EFF-Entrevista face a face; ET – Entrevista telefónica; EC- Entrevista clínica; QAR– Questionário de auto-relato; QAA- Questionário auto-administrado

	Grant-Worley (1994)				(Nelson, Higginson, & Grant-Worley, 1994) QAR/QAA Auto-percepção: <i>The Self Perception Profile for Children &amp; Adolescents</i> (Harter, 1985, 1988) Depressão: <i>Child Depression Inventory</i> (CDI; Kovacs, 1983, 1985) Estilo atribucional: <i>Children Attributional Style Questionnaire</i> (CASQ; Gladstone & Kaslow, 1995) Vergonha: QAR Percepções e atribuições ao abuso: <i>Children's Impact of Traumatic Events Scale</i> (CITES; Wolfe, Wolfe, Gentile & LaRose, 1986) EFF	própria ou engravidar alguém)  Ansiedade sexual
EUA	Feiring, Taska, & Lewis (1999)	Grupo clínico: Vítimas de abuso sexual Crianças Adolescentes	M/F 48/121	96 (8-11) 73 (12-15)		
EUA	Friedrich, Dittner, Action, Berliner, Butler, Damon, Davies, Gray, & Wright (2001)	Grupo clínico: Vítimas de abuso sexual  Grupo de crianças em acompanhamento psiquiátrico Grupo de comparação (população geral)	M/F	620 (2-12)  577  1114	Comportamento sexualizado: <i>Child Sexual Behavior Inventory</i> (Friedrich, Grambsch, Broughton, Kuiper, & Beilke, 1991) QAR/QAA	Frequência de comportamentos sexualizados
EUA	Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro, & Pinto-Martin (2005)	Grupo clínico: Diagnóstico de Autismo/P. Asperger	M/F	156 (m=11.6)	Entrevista clínica aos pais sobre as seguintes dimensões: auto-mutilação, ideação suicida; problemas somáticos; hiperactividade/défice de atenção; problemas de conduta; problemas de conduta sexual, problemas sociais e comportamento estranho	Problemas de conduta sexual (comportamento sexualizado e comportamentos sexualmente abusivos)
Portugal	Fávero (2003)	Estudantes N/Estudantes	M/F 402, 435	837 (18-25)  746 Est. 91 N/Est.	Erotofilia e Erotofobia: Escala de atitudes SOS de Fisher (Fisher et al., 1988) Sintomas psicopatológicos: Lista de sintomas, adaptados de Lopez et al. (1994) Problemas de saúde mental: <i>Self-reporting questionnaire</i> (OMS) QAR/QAA	Repulsa pela sexualidade Comportamento sexual precoce

## e. Comportamentos auto-destrutivos

Quadro XXVI: Comportamentos auto-destrutivos na infância e/ou adolescência

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração<sup>12</sup></b>	<b>Efeito/Problema associadas ao abuso sexual</b>
EUA	Hibbard, Ingersoll, & Orr (1990)	Ensino secundário	M/F 1957/2041	3998	Questionário (Hibbard, Ingersoll, & Orr, 1990) sobre comportamentos de risco (e.g., consumo de substâncias, comportamentos sexuais, problemas com a justiça, gravidez, problemas escolares, fugas) e emocionais (e.g., problemas de sono, interpessoais, isolamento, tensão, nervosismo) QAR /QAA	Risco de suicídio e tentativas de suicídio
EUA	Nelson, Higginson, & Grant-Worley (1994)	Ensino secundário	M/F 1139/1193	2332 (14-18)	Questionário sobre comportamentos de risco (consumo de substâncias, sexuais), auto-imagem e comportamentos desviantes (Nelson, Higginson, & Grant-Worley, 1994) QAR/QAA	Ideação ou tentativa de suicídio
França	Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler (1997)	Ensino secundário  Nacional	M/F 48.7%/51.3%	8140 (m=16.2)	Questionário (Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler, 1997) que avaliou as seguintes dimensões nos últimos 12 meses: Aproveitamento escolar, consumo de drogas, comportamento delinquente e violento; tentativas/ideação suicida, experiências de vitimação; queixas somáticas. QAR/QAA	Tentativas de suicídio
Austrália	Martin, Bergen, Richardson, Roeger, & Allison (2004)	Ensino secundário 3 momentos de avaliação: 13, 14, 15 anos de idade	M/F 1369/1106	2485 (m=14)	Depressão: <i>Epidemiological Studies Depression Scale</i> (Roberts, Andrews, Lewinsohn, & Hops, 1990, Radloff, 1991) Desesperança : Beck Hopelessness Scale (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974) Ideação suicida : Questionário (Pfeffer et. al, 1991) QAR/QAA	Ideação, comportamento e planeamento suicida

<sup>12</sup> 12 EFF-Entrevista face a face; ET – Entrevista telefónica; EC- Entrevista clínica; QAR– Questionário de auto-relato; QAA- Questionário auto-administrado

EUA	Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro, & Pinto-Martin (2005)	Grupo clínico: Diagnóstico de Autismo/P. Asperger	M/F	156 (m=11.6)	Entrevista clínica aos pais sobre as seguintes dimensões: auto-mutilação, ideação suicida; problemas somáticos; hiperactividade/déficite de atenção; problemas de conduta; problemas de conduta sexual, problemas sociais e comportamento estranho.	Tentativas de suicídio
-----	---	---	-----	--------------	---	------------------------

## f. Abuso de substâncias

### Quadro XXVIII: Abuso de substâncias na infância e/ou adolescência

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração<sup>13</sup></b>	<b>Efeito/Problema associadas ao abuso sexual</b>
EUA	Hibbard, Ingersoll, & Orr (1990)	Ensino secundário	M/F 1957/2041	3998	Questionário (Hibbard, Ingersoll, & Orr, 1990) sobre comportamentos de risco (e.g., consumo de substâncias, comportamentos sexuais, problemas com a justiça, gravidez, problemas escolares, fugas) e emocionais (e.g., problemas de sono, interpessoais, isolamento, tensão, nervosismo) QAR /QAA	Uso de drogas
EUA	Nelson, Higginson, & Grant-Worley (1994)	Ensino secundário	M/F 1139/1193	2332 (14-18)	Questionário sobre comportamentos de risco (consumo de substâncias, sexuais), auto-imagem e comportamentos desviantes (Nelson, Higginson, & Grant-Worley, 1994) QAR/QAA	Abuso de álcool, marijuana ou outras drogas
França	Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler (1997)	Ensino Secundário Nacional	M/F 48.7%/51.3%	8140 (m=16.2)	Questionário (Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler, 1997) que avaliou as seguintes dimensões nos últimos 12 meses: Aproveitamento escolar, consumo de drogas, comportamento delinquente e violento; tentativas/ideação suicida, experiências de vitimação; queixas somáticas. QAR/QAA	Abuso de álcool e drogas ilícitas

<sup>13</sup> 13 EFF-Entrevista face a face; ET – Entrevista telefónica; EC- Entrevista clínica; QAR– Questionário de auto-relato; QAA- Questionário auto-administrado



México	Ramos-Lira, Saldívar-Hernández, Medina-Mora, Rojas-Guiot, & Villatoro-Velázquez (1998)	Nacional Ensino Secundário/Preparatório	M/F 32015/ 29125	61 779 14.4	Consumo de drogas: High School Drug Use Questionnaire (Medina-Mora, Gómez-Mont, Campillo-Serrano (1981) QAR /QAA	Consumo de drogas
EUA	Kilpatrick, & Saunders (1999)	Comunidade	2065/1958	4023 (12-17) 4236 (País)	Questionário sobre história familiar de abuso de álcool (Kilpatrick & Saunders, 1999) PTSD : Escala baseada nos critérios do DSM III-R Dependência /abuso de substâncias ao longo da vida e momento actual (álcool e drogas): Escala baseada no DSM IV Comportamento delinquente: Adolescent Survey Schedule (Kilpatrick, & Saunders, 1999) ET	Uso e abuso de álcool e outras substâncias (particularmente drogas "duras")

### g. Outras problemáticas menos prevalentes

Quadro XXIX: Outras problemáticas menos prevalentes na infância e/ou adolescência

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração<sup>14</sup></b>	<b>Efeito/Problema associadas ao abuso sexual</b>
EUA	Hibbard, Ingersoll, & Orr (1990)	Ensino secundário	M/F 1957/2041	3998	Questionário (Hibbard, Ingersoll, & Orr, 1990) sobre comportamentos de risco (e.g., consumo de substâncias, comportamentos sexuais, problemas com a justiça, gravidez, problemas escolares, fugas) e emocionais (e.g.,	Comportamento bulímico

<sup>14</sup> 14 EFF-Entrevista face a face; ET – Entrevista telefónica; EC- Entrevista clínica; QAR– Questionário de auto-relato; QAA- Questionário auto-administrado

					problemas de sono, interpessoais, isolamento, tensão, nervosismo) QAR /QAA	
Espanha	López, Carpintero, Hernández, Martín, & Fuertes (1995)	Nacional	M/F	1821 (18-60)	Questionário sobre problemas de saúde mental (López, Carpintero, Hernández, Martín, & Fuertes, 1995) EFF	Desconfiança interpessoal (63%) Nojo (63%) Medo (50%) Hostilidade perante o agressor (56%) Vergonha (49%)
Inglaterra	Calam, Horne, Glasgow, & Cox (1998)	Grupo clínico: vítimas de abuso sexual	M/F 39/105	144	Avaliação de indicadores comportamentais e emocionais: ansiedade, depressão, raiva, comportamento sexualizado, queixas somáticas, dificuldades de sono, dificuldades interpessoais, problemas escolares e alimentares. E+ QAR+Checklist observação, construídos pelos autores em três momentos pós-revelação: 4 semanas, 9 meses e dois anos	2 anos: Problemas escolares, atencionais e alimentares
EUA	Perkins, & Luster (1999)	Ensino Secundário	F	7903 (12-17; m=14.5)	Comportamento alimentar: Attitude & Behavior Questionnaire (ABQ; Benson, 1990, Blyth, 1993)	Comportamento purgativo
Coreia	Kim & Kim (2005)	Amostra nacional Ensino secundário	M/F 1120/552	1672	Sintomas psicopatológicos: <i>Brief Symptom Inventory</i> (Derogatis, & Melisaratos, 1983) Performance académica: <i>Academic Capability Belief Scale</i> (Juang, & Silbereisen, 2002)	Níveis significativamente elevados no BSI (psicoticismo, hostilidade, somatização, ansiedade, ansiedade fóbica, ideação paranóide, depressão, obsessão-compulsão, e sensibilidade interpessoal)
		Intermédio/Secundário; Delinquentes identificados		1053 619	QAR/QAA	Menor performance académica
Portugal	Fávero (2003)	Estudantes N/Estudantes	M/F 402, 435	837 (18-25)	Erotofilia e Erotofobia: Escala de atitudes SOS de Fisher (Fisher et. al., 1988)	Nojo (71.7%) Vergonha (65.2%)

746 Est.	Sintomas psicopatológicos: Lista de sintomas, adaptados de Lopez et al. (1994)	Medo (63%)
91 N/Est.	Problemas de saúde mental: <i>Self-reporting questionnaire</i> (OMS)	Culpa (26.1%)
	QAR/QAA	Desconfiança
		Problemas de sono

---

## **4.2. Impacto desenvolvimental a longo-prazo do abuso sexual**

Nas últimas duas décadas proliferaram os estudos sobre o impacto do abuso sexual infantil na idade adulta. Inicialmente, a investigação centrou-se sobretudo na associação entre as experiências sexualmente abusivas na infância e/ou adolescência e a psicopatologia e, mais recentemente, tem vindo a explorar outras dimensões do funcionamento das vítimas. Assiste-se a um maior investimento científico na tentativa de compreender o impacto do abuso no domínio psicossocial, designadamente na esfera interpessoal, na sexualidade, nas relações íntimas e na parentalidade.

### **4.2.1. Efeitos/consequências do abuso na idade adulta**

Na revisão realizada, foi possível ter acesso a cinquenta e seis estudos que investigaram o impacto do abuso sexual infantil na idade adulta. A larga maioria destes (45; 80%) provêm dos países desenvolvidos dos continentes norte-americano (37, 82%) e europeu (8; 18%). Não obstante, ao nível da investigação com adultos, detectaram-se alguns estudos provenientes de outros continentes, designadamente, da Ásia (4, 7%), Oceania (3, 5%) e África (3, 5%).

Mediante uma análise global dos trabalhos científicos realizados, salienta-se um número expressivo de estudos com amostras da comunidade (26; 46%), seguindo-se os estudos com recurso a grupos específicos (17; 30%), constituídos maioritariamente por estudantes do ensino superior (11, 65%) e outros grupos (6, 35%) com características particulares (e.g., grávidas, militares, reclusos, lésbicas, população de risco). Tal como esperado, a investigação científica junto de amostras da comunidade provêm essencialmente do continente norte-americano (18, 32%), verificando-se uma escassez deste tipo de estudos nos restantes continentes, que recorrem mais a amostras de estudantes do ensino superior.

Nesta revisão, incluem-se ainda investigações junto de vítimas de abuso sexual (7; 13%) e utentes com psicopatologia (6; 11%), sendo que destes estudos os que envolveram grupos normativos de comparação foram apenas três e dois respectivamente.

Pese embora o número crescente de estudos com amostras da população geral, em termos da sua extensão apenas seis estudos são de dimensão nacional, realizados essencialmente na América do Norte (5; 83%), destacando-se um número substancial de estudos de natureza local (20, 77%).

Os grupos que envolvem vítimas de abuso sexual e/ou utentes com condição psicopatológica caracterizam-se por um número reduzido de participantes e variam entre vinte e seis num estudo realizado com pacientes com perturbações psicóticas em Inglaterra (Offen, Waller, & Thomas, 2003) e seiscentos e nove participantes numa investigação junto de utentes com psicopatologia mental severa nos Estados Unidos da América (Van Dorn, Mustillo, Elbogen, Dorsey, Swanson, & Swartz, 2005). De igual modo, os estudos com amostras do ensino superior variam entre oitenta e três sujeitos num estudo levado a cabo em Singapura (Back, Jackson, Fitzgerald, Shaffer, Salstrom, & Osman, 2003) e novecentos e noventa e seis participantes num estudo realizado na Noruega (Bendixen, Muus & Schei, 1994).

Contrariamente ao que se verifica nos estudos realizados na infância e adolescência, ao nível da investigação na idade adulta prevalecem os estudos que envolvem apenas amostras femininas (33; 59%), observando-se um menor investimento no estudo do impacto junto de homens vítimas adultos (4; 7%), sendo que outros apresentam amostras com ambos os sexos (19; 34%).

Ao nível dos instrumentos de avaliação, na generalidade, destaca-se o maior recurso aos questionários de auto-relato (41; 73%) que contrasta com a diminuta utilização do método da entrevista (6; 11%), salientando-se alguns estudos que combinaram ambos os métodos (9; 16%).

Entre os estudos analisados, destacam-se ainda quatro estudos de natureza longitudinal e prospectiva, que procuram investigar a associação entre abuso sexual e ajustamento ao nível psicológico ou ao nível do funcionamento interpessoal na idade adulta e o papel de algumas variáveis moderadoras (e.g., características do abuso, vinculação materna) ao longo desta trajetória (Fergusson, Horwood, & Linskey, 1996; Gidycz, Coble, Latham, & Layman; Liang, Williams, & Siegel, 2006; Roberts, O'Connor, Dunn, & Golding, 2004).

### **a. Psicopatologia**

Um número substancial (18, 32%) dos estudos considerados nesta revisão investigaram a associação entre a história de abuso sexual na infância e/ou adolescência e o nível geral de psicopatologia (cf. quadro XXX). Constata-se, desde logo, que destes o tipo de investigações desenvolvido é essencialmente realizado com amostras da população geral (10; 52%), observando-se ainda a sua maior proliferação internacional, em comparação com os restantes estudos. Neste âmbito, 61% (11) recorreram a instrumentos específicos de avaliação,

nomeadamente a inventários de auto-relato de sintomatologia psicopatológica (e.g., Collings, 1995; Haj-Yahia, & Tamish, 2001; Steel, Sanna, Hammond, Whipple, & Cross, 2004), entrevistas clínicas de avaliação diagnóstica (e.g., Gregory-Bills, & Rhodeback, 1995; Jirapramukpita, Prince, & Harpman, 2005; MacMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson, Duku, Walsh, Wong, & Beardslee, 2001), e inventários de auto-relato de sintomatologia específica tipicamente associada ao abuso (Back, Jackson, Fitzgerald, Shaffer, Salstrom, & Osman, 2003; Briere, & Elliott, 2003). Os restantes estudos (7; 39%) utilizaram medidas não estandardizadas de avaliação, designadamente questionários de auto-relato que inquiriam os participantes sobre problemas de saúde mental ou de saúde geral. Os resultados obtidos junto da população geral (10; 56%), de grupos específicos (5; 28%) e de vítimas (3; 16%) confirmaram esta associação, sugerindo que as experiências precoces sexualmente abusivas se relacionavam com níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, perturbações psiquiátricas ou problemas de saúde mental.

A avaliação da sintomatologia depressiva (cf. quadro XXXI) e ansiosa (cf. quadro XXXII) junto das vítimas de abuso sexual também foi alvo de um conjunto significativo de estudos (49%). A depressão emerge de forma consistente como uma consequência emocional associada a esta experiência de vitimação em quinze (26%) trabalhos científicos, sendo que destes 47% se referem a amostras da população geral (N=7), 20% a grupos específicos (N=3), 20% a participantes com psicopatologia (N=3) e 13% a vítimas (N=2). As medidas de avaliação psicológica envolveram instrumentos específicos (13; 87%), nomeadamente inventários de auto-relato de sintomatologia depressiva (e.g., Benedict, Paine, Paine, Brandt, & Stallings, 1999; Offen, Waller, & Thomas, 2003) e entrevistas clínicas de diagnóstico (2; 13%) para avaliar a presença de perturbações de humor (Fergusson, Horwood, & Linskey, 1996; Hanson, Resnick, Saunders, Kilpatrick, & Best, 1999).

No âmbito da ansiedade, salientou-se a associação entre o abuso na infância e/ou adolescência e quadros de ansiedade generalizada (e.g., Anderson, LaPorte, Brand, & Crawford, 1997), perturbação de pós stress traumático (e.g., Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick, & Walker, 1999; Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema, 2005), perturbação de pânico (Fondacaro, & Holt, 1999; Roberts, & Sorensen, 1999), e obsessão-compulsão (Carter, Bewell, Blackmore, & Woodside, 2006) em treze (23%) dos estudos revistos, surgindo maioritariamente nos trabalhos que envolveram amostras da comunidade (7; 54%) e com menor incidência em grupos específicos (3; 33%) e clínicos (3, 33%). De forma similar à depressão, em

termos de medidas formais destaca-se a maior utilização de instrumentos específicos de avaliação, designadamente inventários ou entrevistas clínicas de diagnóstico para aferir sintomas e perturbações de ansiedade (10; 77%), notando-se uma reduzida aplicação de medidas gerais e não estandardizadas (3;23%).

Dez investigações (18%) evidenciaram maior tendência das vítimas de abuso sexual infantil para o abuso de substâncias (cf. quadro XXIII). Este resultado advém principalmente da avaliação do impacto na população adulta geral (7; 70%), sendo que as vítimas relatam maiores níveis de consumo de álcool (e.g., MacMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson, Duku, Walsh, Wong, & Beardslee, 2001; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996) e psicotrópicos (e.g., Dube, Anda, Whitfield, Brown, Felitti, Dong, & Giles, 2005; López, Carpintero, Hernández, Martin, & Fuertes, 1995; Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick, & Walker, 1999; Zierler, Feingold, Laufer, Velentgas, Kantrowitz-Gordon, & Mayer, 1991). Esta associação foi avaliada sobretudo mediante a utilização de medidas não específicas/não estandardizadas (6; 60%), bem como através de questionários ou entrevistas que abordaram questões sobre o consumo ou comportamentos de risco (4; 40%).

Na revisão efectuada, os comportamentos auto-destrutivos (cf. quadro XXIV), designadamente a ideação, comportamentos e planos suicidas, sobressaíram como uma faceta do impacto do abuso a longo-prazo em oito estudos (13%) que envolveram grupos da comunidade (e.g., Bagley, Wood, & Young, 1994; Dube, Anda, Whitfield, Brown, Felitti, Dong, & Giles, 2005) e grupos específicos (e.g., Fávero, 2003; Peters, & Range, 1995). A recolha desta informação foi realizada essencialmente através da aplicação de questionários de auto-relato que avaliavam várias dimensões do funcionamento psicológico (e.g., Dube et al., 2005; Roberts & Sorensen, 1999).

Alguns estudos realizados junto de participantes da população geral, de grupos específicos e clínicos (8; 14%) têm confirmado que as experiências sexualmente abusivas poderão representar um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações ao nível alimentar (cf. quadro XXXV) (Carter, Bewell, Blackmore, & Woodside, 2006; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996; Wonderlich, Wilsnack, Wilsnack, & Harris, 1996). Na sua maioria (5; 63%), estes estudos recorrem a medidas estandardizadas de avaliação, nomeadamente a questionários de auto-relato específicos (e.g., Anderson, LaPorte, Brand, & Crawford, 1997; Preti, Incani, Camboni, Petretto, & Masala, 2006) e entrevistas clínicas de diagnóstico (Cachelin, Schug, Juarez, & Monreal, 2005).

Os sintomas decorrentes de quadros de dissociação e/ou psicóticos (e.g., sintomatologia dissociativa, desrealização e perturbação esquizoafectiva) (cf. quadro XXXVI) emergem de cinco trabalhos científicos (9%), particularmente com amostras específicas de vítimas (e.g., Kelly, Wood, Gonzalez, MacDonald, & Waterman, 2002), de portadores de doença mental (e.g., Offen, Waller, & Thomas, 2003) e de um grupo de reclusos (Fondacaro, & Holt, 1999). Estes dados resultam da utilização de instrumentos específicos para a avaliação deste tipo de desajustamento.

Apenas dois estudos (5%) encontram associações entre o abuso sexual e a somatização (cf. XXXVII) num grupo de estudantes e num grupo de vítimas, que foram avaliados através de questionários de auto-relato. Esta associação tem emergido essencialmente em estudos que envolvem amostras clínicas que relatam elevada prevalência de vítimas de abuso sexual na infância, trabalhos que não foram considerados nesta revisão.

Finalmente, dois estudos (5%) evidenciam diferenças de género ao nível da psicopatologia, sugerindo maior vulnerabilidade nas vítimas femininas para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (MacMillan et. al, 2001), assim como de desordens de humor, ansiedade, e PTSD (Robin et al., 1997). Contrariamente, nos homens vítimas, evidencia-se maior prevalência de perturbações de personalidade anti-social e de abuso de substâncias (MacMillan et. al, 2001; Robin et al., 1997).



Quadro XXX: Psicopatologia em geral na idade adulta

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associado ao abuso sexual</b>
África do Sul	Collings (1995)	Ensino superior	M	284	Sintomas psicopatológicos: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI, Derogatis, & Spencer, 1982) QAA/QAR	Sintomas psicopatológicos na idade adulta
Espanha	López, Carpintero, Hernández, Martín, & Fuertes (1995)	Nacional	M/F	1821 (18-60)	Questionário sobre problemas de saúde mental (López, Carpintero, Hernández, Martín, & Fuertes, 1995) EFF	Problemas de saúde mental
EUA	Brayden, Deitrich-Maclean, Dietrich, & Sherrod (1995)	Utentes do serviço pré-natal num hospital local	F	609	Cuidados na infância: <i>Childhood Nurture Scale</i> (Altemeier, O'Connor, Vietze, Sandler, & Sherrod, 1982) Bem estar geral: <i>General Weel Being Schedule</i> (GWBS; McDowell & Newell, 1987) Auto-conceito: <i>Tennessee Self-Concept Scale</i> (TSCS; Roid & Fitts, 1988) EFF	Bem-estar geral mais reduzido
EUA	Gregory-Bills, & Rhodeback (1995)	Grupo clínico de vítimas e não vítimas de abuso sexual na infância e/ou adolescência	F	Pacientes não abusados sexualmente (N=30); Pacientes vítimas de Abuso extrafamiliar (N=22); Pacientes vítimas de abuso intrafamiliar (N=30)	Personalidade e sintomas: <i>Diagnostic Inventory of Personality and Symptoms</i> (DIPS; Vincent, 1985) QAR/QAA	Psicopatologia mais evidente nas vítimas de abuso sexual na infância

EUA	Coffey, Leitenberg, Henning, Turner, & Bennett (1996)	Comunidade	F	192 (m=40.39)	Sintomas psicopatológicos: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI, Derogatis & Spencer, 1982) Dinâmicas traumáticas: Escala de avaliação das dinâmicas traumáticas (Coffey, Leitenberg, Henning, Turner, & Bennett (1996) QAR/QAA	Pontuações significativamente elevadas no índice global do BSI O nível de mal estar experienciado é mediado pelos sentimentos de estigmatização e de culpa
África do Sul	Collings (1997)	Ensino superior	F	640	Sintomas psicopatológicos: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI, Derogatis, & Spencer, 1962)	Níveis mais pobres de ajustamento psicológico. Pontuações significativamente elevadas no índice global do BSI
EUA	Robin, Chester, Rasmussen, & Jaranson, (1997)	Local Comunidade indígena norte-americana	M/F 158/217	375	Perturbações mentais: <i>Structured Clinical Interview Disorder</i> (SCID; Spitzer et al., 1990) for Diagnostic of Mental Disorders (DSM-III-R ; APA, 1987) EFF	Maior índice de perturbações psiquiátricas, com as vítimas de abuso a serem diagnosticadas com mais de três perturbações psiquiátricas quando comparados aos participantes não abusados
Canadá	Bell, & Belicki (1998)	Local Comunidade	M/F 32/77	109 (14-78; m=45)	Isolamento: <i>Loneliness Scale</i> (ULS-8; Hays, & DiMatteo, 1987) Depressão: <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977) Eventos de vida stressantes: <i>Stress Life Events Survey</i> (Hammen, Marks, de Mayo, & de Mayo, 1985) Abuso de álcool: <i>Problem Drinker Status</i> (Sadava, & Pak, 1993) QAR/QAA	Bem-estar global mais pobre
Austrália	Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer (1999)	Comunidade	F	3958	Relacionamento/Intimidade: <i>Intimate Bond Measure</i> (IBM; Wilhelm & Parker; 1988) Saúde geral: <i>General Health Questionnaire</i> (GHQ; Goldberg, 1978) Questionário sobre seguintes efeitos a longo-prazo: problemas sexuais, medo do sexo oposto, desconfiança, baixa auto-estima, problemas de álcool, problemas de droga, uso de medicação, depressão, problemas alimentares, problemas de jogo, problemas com a polícia; violação após os 16 anos, violência doméstica, parceiro com problemas de álcool, falta de suporte emocional/social (Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999)	Problemas de saúde mental

QAR/QAA						
EUA	DiLillo, Tremblay, & Peterson (2000)	Amostra comunitária (mães)	F	290	Sintomas psicopatológicos: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI; Derogatis, & Melisaratos, 1993) Risco de perpetração de maus tratos: <i>The Child Abuse Potencial Inventory</i> (CAPI; Milner, 1986)	Pontuações significativamente elevadas no índice global do BSI
		Grupo de vítimas de ASI		138		
				152		
EUA	MacMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson, Duku, Walsh, Wong, & Beardslee (2001)	Grupo S/ASI Comunidade Local	M/F	7016 (15-64)	Perturbações mentais: <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (CIDI; version 1.0. Geneva, WHO, 1990) EFF	Elevadas taxas de perturbações psiquiátricas nas mulheres
Palestina	Haj-Yahia, & Tamish (2001)	Ensino superior	M/F 291/391	652 (18-37, m=20.64)	Sintomas psicopatológicos: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983)	Pontuações significativamente elevadas no índice global do BSI
Singapura	Back, Jackson, Fitzgerald, Shaffer, Salstrom, & Osman (2003)	Ensino superior	F	83 (18-21, m=18.9)	Avaliação do trauma: <i>Trauma Assessment for Adults - Self Report</i> (Falsetti, 1996) Sintomas psicopatológicos: <i>Symptom Checklist-90- Revised</i> (SCL-90-R Derogatis, 1983) QAR/QAA	Escalas significativamente mais elevadas no SCL-90-R
EUA	Briere, & Elliott (2003)	Comunidade	M/F 464/471	935 (18-90, M=46)	Eventos traumáticos: <i>Traumatic Events Survey</i> (Briere, 1997) Sintomatologia psicológica: <i>Trauma Symptom Inventory</i> (Briere, 1995) QAR/QAA	Elevação em todas as escalas do TSI mesmo após o controlo de variáveis socio-demográficas e outras experiências de vitimação anteriores.

Portugal	Fávero (2003)	Estudantes N/Estudantes	M/F 402, 435	837 746 Est. 91 N/Est.	Erotofilia e Erotofobia: <i>Escala de atitudes SOS de Fisher</i> (Fisher et al., 1988) Sintomas psicopatológicos: Lista de sintomas, adaptados de Lopez et al. (1994) Problemas de saúde mental: <i>Self-reporting questionnaire</i> (OMS) QAR/QAA	Problemas de saúde mental
Inglaterra	Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding (2004)	Sub-amostra do estudo <i>Avon Longitudinal Study of Parents &amp; Children</i> (ALSPAC, Golding, 1996)	F	8292 (mães e filhos)	Depressão : <i>Edinburgh Post-Natal Depression Scale</i> (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) Qualidade da relação conjugal : Questionário para avaliação da qualidade da relação conjugal (Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding, 2004) Relação pais-criança : Questionário para avaliação da relação pais-criança (Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding, 2004). Ajustamento da criança : <i>The Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ ; Goodman, 1997) QAR/QAA	Bem estar psicológico pobre
EUA	Steel, Sanna, Hammond, Whipple, & Cross (2004)	População normativa População clínica	285 3 Grupos: Não pacientes (N=180), Pacientes psiquiátricos externos (N=64), Pacientes psiquiátricos internos (N=41)	M/F 42/58 (18-60; m=23)	Estratégias de coping: <i>Ways of coping Questionnaire</i> (Lazarus & Folkman, 1984); Estilo atribucional: <i>Attributional Style Questionnaire</i> (Peterson et al., 1982); Sintomas psicopatológicos: <i>Symptom Checklist-90- Revised</i> (SCL-90-R Derogatis, 1983) QAR/QAA	Escalas significativamente mais elevadas no SCL-90-R
Taiwan	Jirapramukpita, Prince, & Harpman (2005)	Comunidade Local	M/F	202 (16-25)	Perturbações mentais: <i>Revised Clinical Interview Schedule</i> (CIS-R; Lewis, Pelosi, Araya & Dunn (1992) Abuso de substâncias: <i>Diagnostic Interview Schedule</i> (Robins, & Regier (1991) Uso de álcool: <i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i> (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente & Grant, 1995) QAR/QAA	Saúde mental mais pobre

Quadro XXXI: Depressão na idade adulta

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>		<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associado ao abuso sexual</b>
EUA	Jackson, Calhoun, Amick, Maddever, & Habif (1990)	Vítimas de abuso	de	F	22 (18-33; m=21.94)	Depressão: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) Ajustamento social: <i>Social Adjustment Scale Self-Report Form</i> (Weissman, & Bothwell, 1976) Funcionamento sexual: <i>Derogatis Sexual Functioning Inventory</i> (Derogatis, & Melisaratos, 1979) Sintomas físicos: <i>Whaler Physical Symptoms Inventory</i> (Whaler, 1973) Suporte Social: <i>Social Support Scale</i> (Habif, 1981) Auto-estima: <i>Rosenberg Self-esteem Scale</i> (Rosenberg, 1965) Ambiente familiar: <i>Family Environment Scale</i> (Moos et. al., 1974) EFF/QAR/QAA	Sintomas depressivos
EUA	Elliott, & Briere (1992)	Amostra nacional		F	2963 (m=41.7)	Sintomatologia psicológica: <i>Trauma Symptom Checklist-40</i> (TSC-40; Briere, 1990) QAR/QAA	Depressão Maior severidade traumática associada ao abuso precoce, frequente, continuado e incesto.
Noruega	Bendixen, Muus, & Schei (1994)	Ensino superior		M/F	996 (16-58; m=22.7)	Questionário sobre queixas psicológicas, psicossomáticas e absentismo (Bendixen, Muus, & Schei, 1994) QAR/QAA	Depressão
Canadá	Bagley, Wood, & Young (1994)	Comunidade Local		M	750 (18-27)	Interesses sexuais e actividades: Questionário sobre interesses sexuais e actividades (Langevin, 1995) Saúde mental: <i>Middlesex Hospital Questionnaire</i> (1979) Depressão: <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977) Ideação e comportamento suicida: Questionário sobre ideias e comportamento suicida (Ramsey & Bagley, 1985; Bagley & Ramsey, 1983) Sintomatologia psicológica: <i>Trauma Symptom Checklist-40</i> (TSC-40; Briere, 1989)	Depressão

Nova Zelândia	Fergusson, Horwood, & Linskey (1996)	Sub-amostra de estudo Christ Church Health and Development Study Comunidade	M/F	1019 Todos tinham 18	Perturbações mentais: <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (OMS, 1993) Comportamento delinquente: <i>Self Report Delinquency Instrument</i> (Elliott & Huizinga, 1989) E/QAR	Perturbação depressiva major
Nova Zelândia	Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison (1996)	Comunidade	F	497 (idade adulta)	Saúde mental: <i>Present State Examination</i> (Wing, Cooper, & Sartorius, 1974; Wing, Nixon, Mann, & Leff, 1977) Auto-estima: <i>Self-esteem Questionnaire of Robson</i> (1989) Uso de álcool: <i>Who Alcohol Questionnaire</i> (Saunders, Aasland & Grant, 1987) Funcionamento sexual: Questionário sobre o funcionamento sexual (Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996) Qualidade do relacionamento íntimo: <i>Intimate Bond Measure</i> (IBM; Wilhelm & Parker; 1988) QAR/QAA	Depressão
EUA	Anderson, LaPorte, Brand, & Crawford (1997)	Perturbações alimentares	F	74 (m=27)	Depressão: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck, 1961) Ansiedade: <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (Spielberger et al., 1983) Perturbações alimentares: <i>Eating Disorders Inventory-2</i> (EDI; Gardner 1991) Dissociação: <i>Dissociative Experiences Scale</i> (Bernstein & Putnam, 1986) EFF	Depressão
EUA	Hanson, Resnick, Saunders, Kilpatrick, & Best (1999)	Nacional Comunidade	F	4008 (m=37.5)	PTSD: <i>Diagnostic Interview Schedule</i> (Robins, Helzer, Croughan & Ratcliff, 1981) Depressão: <i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i> (Spitzer, Williams & Gibbon, 1986) ET	Depressão major
EUA	Benedict, Paine, Paine, Brandt, & Stallings (1999)	Grupo de grávidas	F	357 (<18)	Depressão: <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977; Myers, & Weissman, 1980) Eventos de vida: <i>Life Events Questionnaire</i> (Norbeck, 1984) Presença de violência: <i>Conflict Tactics Scale</i> (Strauss, 1979, Strauss & Gelles, 1989) QAR/QAA	Sintomatologia depressiva

Noruega	Fondacaro, & Holt (1999)	Reclusos	M	211 (18-63; m=32)	Perturbações mentais: <i>Diagnostic Interview Schedule, versão III-R</i> (Robins, Helzer, Cottler, & Golding, 1988) EFF	Depressão
EUA	Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick, & Walker (1999)	Comunidade Nacional	F	4008 (m=44.9)	Depressão: <i>Strutured Clinical Interview for DSM-III-R</i> (Spitzer, Williams, & Gibbon, 1987); PTSD: <i>National Women Study</i> (Kilpatrick, Resnick, Saunders, & Best, 1989) Uso de álcool e/ou Drogas: Questionário de auto-relato sobre o abuso de álcool e/ou drogas (Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick, & Walker, 1999)	Depressão
Inglaterra	Offen, Waller, & Thomas (2003)	Amostra clínica: Perturbações psicóticas	M/F 19/7	26 (23-67; m=34)	Depressão: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, & Erbaugh, 1961) Dissociação: <i>Dissociative Experiences Scale</i> (DES-II; Carlson, & Putnam, 1993) Alucinações auditivas: <i>Beliefs About Voices Questionnaires</i> (BAVQ; Chadwick & Birchwood, 1995)	Depressão
Inglaterra	Roberts, O'Connor, Dunn, & Golding (2004)	Comunidade Sub-amostra "Avon Longitudinal Study of Parents and Children" (ALSPAC, Golding, 1996)	F	8292 (mães e filhos)	Depressão : <i>Edinburgh Post-Natal Depression Scale</i> (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) Qualidade da relação conjugal : Questionário para avaliação da qualidade da relação conjugal (Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding, 2004) Relação pais-criança : Questionário para avaliação da relação pais-criança (Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding, 2004). Ajustamento da criança : <i>The Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ ; Goodman, 1997) QAR/QAA	Depressão
EUA	Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema (2005)	Grupo de mulheres portadoras de VIH positivo e vítimas de abuso sexual na infância (<13)	F	28 (27-57; m=42.1)	Entrevista em profundidade sobre o impacto do abuso sexual e VIH (Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema, 2005) EFF	Sintomas de depressão

Canadá	Carter, Bewell, Blackmore, & Woodside, (2006)	Amostra clínica	M/F	95 (Média idade 25.5.)	Depressão: <i>Beck Depression Inventory II</i> (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) Auto-estima: <i>Rosenberg Self-esteem Scale</i> (RSES; Rosenberg, 1965) Obsessão-compulsão: <i>The Padua Inventory</i> (PI; Van Oppen, Hoekstra, & Emmelkamp, 1995) Sintomas psicopatológicos: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) Problemas interpessoais: <i>Inventory of Interpersonal Problems</i> (IIP; Horowitz, Rosenberg, & Baer, 1988) Perturbações alimentares: <i>Eating Disorder Examination</i> (12 <sup>th</sup> ed.; EDE; Fairburn & Cooper, 1993) QAR/QAA	Depressão As vítimas revelam maior comorbidade psiquiátrica e maior severidade do quadro sintomático associado à perturbação alimentar
--------	---	-----------------	-----	---------------------------	---	---

#### Quadro XXXII: Ansiedade na idade adulta

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associado ao abuso sexual</b>
EUA	Elliott, & Briere (1992)	Comunidade Nacional	F	2963 (m=41.7)	Sintomatologia psicológica: <i>Trauma Symptom Checklist-40</i> (TSC-40; Briere, 1990)	Maior severidade traumática associada ao abuso precoce, frequente, continuado e incesto.
Noruega	Bendixen, Muus, & Schei (1994)	Ensino superior	M/F 486/510	996 (16-58; m=22.7)	Questionário sobre queixas psicológicas, psicossomáticas e absentismo (Bendixen, Muus, & Schei, 1994) QAR/QAA	Ansiedade
Canadá	Bagley, Wood, & Young (1994)	Comunidade Local	M	750 (18-27)	Interesses sexuais e actividades: Questionário sobre interesses sexuais e actividades (Langevin, 1995) Saúde mental: <i>Middlesex Hospital Questionnaire</i> (1979) Depressão: <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977) Ideação e comportamento suicida: Questionário sobre ideias e comportamento suicida (Ramsey & Bagley, 1985; Bagley &	PTSD



					Ramsey, 1983) Sintomatologia psicológica: <i>Trauma Symptom Checklist-40</i> (TSC-40; Briere, 1989)	
Espanha	López, Carpintero, Hernández, Martín, & Fuertes (1995)	Comunidade Nacional	M/F	1821 (18-60)	Questionário sobre problemas de saúde mental (López, Carpintero, Hernández, Martín, & Fuertes, 1995) EFF	Ansiedade
Nova Zelândia	Fergusson, Horwood, & Linskey (1996)	Comunidade Sub-amostra de estudo Christ Church Health and Development Study	M/F	1019 Todos tinham 18	Perturbações mentais: <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (OMS, 1993) Comportamento delinquente: <i>Self Report Delinquency Instrument</i> (Elliott & Huizinga, 1989) E/QAR	Perturbação de ansiedade
EUA	Anderson, LaPorte, Brand, & Crawford (1997)	Perturbações alimentares	F	74 (m=27)	Depressão: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck, 1961) Ansiedade: <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (Spielberger et al., 1983) Perturbações alimentares: <i>Eating Disorders Inventory-2</i> (EDI; Gardner 1991) Dissociação: <i>Dissociative Experiences Scale</i> (Bernstein & Putnam, 1986) EFF	Ansiedade
EUA	Roberts, & Sorensen (1999)	População Lésbica	F	1633 (18-82; M=32)	Questionário sobre a presença de perturbações alimentares ou de ansiedade, história de pensamentos/comportamentos suicidas, acompanhamento psicológico, uso e abuso de álcool, actividade sexual, problemas gerais de vida (Roberts, & Sorensen, 1999) QAR/QAA	Ansiedade e ataques de pânico,
EUA	Hanson, Resnick, Saunders, Kilpatrick, & Best (1999)	Comunidade Nacional	F	4008 (m=37.5)	PTSD: <i>Diagnostic Interview Schedule</i> (Robins, Helzer, Croughan & Ratcliff, 1981) Depressão: <i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i> (Spitzer, Williams & Gibbon, 1986) ET	PTSD

Noruega	Fondacaro, & Holt (1999)	Reclusos	M	211 (18-63; m=32)	Perturbações mentais: <i>Diagnostic Interview Schedule, versão III-R</i> (Robins, Helzer, Cottler, & Golding, 1988) EFF	PTSD, ansiedade generalizada e pânico,
EUA	Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick, & Walker (1999)	Comunidade Nacional	F	4008 (m=44.9)	Depressão: Structured Clinical Interview for DSM-III-R (Spitzer, Williams, & Gibbon, 1987); PTSD: <i>National Women Study</i> (Kilpatrick, Resnick, Saunders, & Best, 1989) Uso de álcool e/ou Drogas: Questionário de auto-relato sobre o abuso de álcool e/ou drogas (Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick, & Walker, 1999)	PTSD
Inglaterra	Roberts, O'Connor, Dunn, & Golding (2004)	Comunidade Sub-amostra "Avon Longitudinal Study of Parents and Children" (ALSPAC, Golding, 1996)	F	8292 (mães e filhos)	Depressão : <i>Edinburgh Post-Natal Depression Scale</i> (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) Qualidade da relação conjugal : Questionário para avaliação da qualidade da relação conjugal (Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding, 2004) Relação pais-criança : Questionário para avaliação da relação pais-criança (Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding, 2004). Ajustamento da criança : <i>The Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ ; Goodman, 1997) QAR/QAA	Ansiedade
EUA	Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema (2005)	Grupo de mulheres portadoras de VIH positivo e vítimas de abuso sexual na infância (<13)	F	28 (27-57; m=42.1)	Entrevista em profundidade sobre o impacto do abuso sexual e VIH (Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema, 2005) EFF	Sintomas de ansiedade e PTSD
Canadá	Carter, Bewell, Blackmore, & Woodside, 2006	Amostra clínica	M/F	95 (Média idade 25.5.)	Depressão: <i>Beck Depression Inventory II</i> (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) Auto-estima: <i>Rosenberg Self-esteem Scale</i> (RSES; Rosenberg, 1965) Obsessão-compulsão: <i>The Padua Inventory</i> (PI; Van Oppen, Hoekstra, & Emmelkamp, 1995)	Ansiedade e sintomas obsessivo-compulsivos  As vítimas revelam maior comorbilidade psiquiátrica e maior severidade do quadro sintomático

Sintomas psicopatológicos: *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983)  
 Problemas interpessoais: *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP; Horowitz, Rosenberg, & Baer, 1988)  
 Perturbações alimentares: *Eating Disorder Examination* (12<sup>th</sup> ed.; EDE; Fairburn & Cooper, 1993)  
 QAR/QAA

associado à perturbação alimentar

Quadro XXXIII: Abuso de substâncias na idade adulta

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associado ao abuso sexual</b>
EUA	Zierler, Feingold, Laufer, Velentgas, Kantrowitz-Gordon, & Mayer (1991)	Grupo de risco (VIH)	M/F 85/101	186	Entrevista sobre uso e/ou abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco (Zierler, Feingold, Laufer, Velentgas, Kantrowitz-Gordon, & Mayer, 1991)  EFF	Abuso de tranquilizantes e álcool
Espanha	López, Carpintero, Hernández, Martin, & Fuertes (1995)	Comunidade Nacional	M/F	1821 (18-60)	Questionário sobre problemas de saúde mental (López, Carpintero, Hernández, Martin, & Fuertes, 1995) EFF	Ingestão de drogas
Nova Zelândia	Fergusson, Horwood, & Linskey (1996)	Comunidade Sub-amostra de estudo de estudo ChristChurch Health and Development Study	M/F	1019 Todos tinham 18	Perturbações mentais: <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (OMS, 1993) Comportamento delinquente: <i>Self Report Delinquency Instrument</i> (Elliott & Huizinga, 1989) E/QAR	Perturbação de abuso de substâncias

Comunidade						
Nova Zelândia	Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison (1996)	Comunidade	F	497 (Idade adulta)	Saúde mental: <i>Present State Examination</i> (Wing, Cooper, & Sartorins, 1974; Wing, Nixon, Mann, & Leff, 1977) Auto-estima: <i>Self-esteem Questionnaire of Robson</i> (1989) Uso de álcool: <i>Who Alcohol Questionnaire</i> (Saunders, Aasland & Grant, 1987) Funcionamento sexual: Questionário sobre o funcionamento sexual (Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996) Qualidade do relacionamento íntimo: <i>Intimate Bond Measure</i> (IBM; Wilhelm & Parker; 1988) QAR/QAA	Abuso de álcool
EUA	Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick, & Walker (1999)	Comunidade Nacional	F	4008 (m=44.9)	Depressão: Structured Clinical Interview for DSM-III-R (Spitzer, Williams, & Gibbon, 1987); PTSD: <i>National Women Study</i> (Kilpatrick, Resnick, Saunders, & Best, 1989) Uso de álcool e/ou Drogas: Questionário de auto-relato sobre o abuso de álcool e/ou drogas (Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick, & Walker, 1999)	Abuso de álcool Maior tendência para tomar medicação sem prescrição médica e para o consumo de drogas ilícitas.
EUA	MacMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson, Duku, Walsh, Wong, & Beardslee (2001)	Comunidade Local	M/F	7016 (15-64)	Perturbações mentais: <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (CIDI; version 1.0. Geneva, WHO, 1990) EFF	Abuso de álcool nos homens vítimas
Portugal	Fávero (2003)	Estudantes N/Estudantes	M/F 402, 435	837 746 Est. 91 N/Est.	Erotofilia e Erotofobia: <i>Escala de atitudes SOS de Fisher</i> (Fisher et. al., 1988) Sintomas psicopatológicos: Lista de sintomas, adaptados de Lopez et al. (1994) Problemas de saúde mental: <i>Self-reporting questionnaire</i> (OMS) QAR/QAA	Consumo de drogas

Taiwan	Jirapramukpita, Prince, & Harpman (2005)	Comunidade Local	M/F	202 (16-25)	Perturbações mentais: <i>Revised Clinical Interview Schedule</i> (CIS-R; Lewis, Pelosi, Araya & Dunn (1992) Abuso de substâncias: <i>Diagnostic Interview Schedule</i> (Robins, & Regier (1991) Uso de álcool: <i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i> (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente & Grant, 1995) QAR/QAA	Abuso de álcool
EUA	Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema (2005)	Grupo de mulheres portadoras de VIH positivo e vítimas de abuso sexual na infância (<13)	F	28 (27-57; m=42.1)	Entrevista em profundidade sobre o impacto do abuso sexual e VIH (Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema, 2005) EFF	Uso de substâncias ilícitas
EUA	Dube, Anda, Whitfield, Brown, Felitti, Dong, & Giles (2005)	Comunidade	M/F 46%/54%	9367	Questionário que avaliou dimensões disfunção familiar e comportamentos de saúde e/ou risco desde a adolescência até à idade adulta (Dube, Anda, Whitfield, Brown, Felitti, Dong, & Giles, 2005) QAR /QAA	Problemas de alcoolismo, uso de drogas ilícitas Severidade do abuso associada a maior severidade do impacto

#### Quadro XXXIV: Comportamentos auto-destrutivos

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associado ao abuso sexual</b>
Noruega	Bendixen, Muus, & Schei (1994)	Ensino superior	M/F 486/510	996 (16-58; m=22.7)	Questionário sobre queixas psicológicas, psicossomáticas e absentismo (Bendixen, Muus, & Schei, 1994) QAR/QAA	Ideação suicida
Canadá	Bagley, Wood, &	Comunidade Local	M	750 (18-27)	Interesses sexuais e actividades: Questionário sobre interesses sexuais e actividades (Langevin, 1995)	Ideação e comportamento suicida

Young (1994)

Saúde mental: *Middlesex Hospital Questionnaire* (1979)  
 Depressão: *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (Radloff, 1977)  
 Ideação e comportamento suicida: Questionário sobre ideias e comportamento suicida (Ramsey & Bagley, 1985; Bagley & Ramsey, 1983)  
 Sintomatologia psicológica: *Trauma Symptom Checklist-40* (TSC-40; Briere, 1989)

USA	Peters, & Range (1995)	Ensino superior	M/F 131/135 (m=20.7/19.7)	266	Ideação e comportamento suicida: <i>Suicide Behaviors Questionnaire</i> (Lineham, & Nielsen, 1981); <i>Reasons for Living Inventory</i> (RFL; Lineham et al., 1983) QAR/QAA	Ideação e comportamentos suicidas
Nova Zelândia	Fergusson, Horwood, & Linskey (1996)	Comunidade Sub-amostra do estudo <i>ChristChurch Health and Development Study</i>	M/F	1019 Todos tinham 18	Perturbações mentais: <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (OMS, 1993) Comportamento delincente: <i>Self Report Delinquency Instrument</i> (Elliott & Huizinga, 1989) E/QAR	Comportamentos suicidas
Nova Zelândia	Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison (1996)	Comunidade	F	497 (Idade adulta)	Saúde mental: <i>Present State Examination</i> (Wing, Cooper, & Sartorius, 1974; Wing, Nixon, Mann, & Leff, 1977) Auto-estima: <i>Self-esteem Questionnaire of Robson</i> (1989) Uso de álcool: <i>Who Alcohol Questionnaire</i> (Saunders, Aasland & Grant, 1987) Funcionamento sexual: Questionário sobre o funcionamento sexual (Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996) Qualidade do relacionamento íntimo: <i>Intimate Bond Measure</i> (IBM; Wilhelm & Parker; 1988) QAR/QAA	Risco de tentativa de suicídio
EUA	Roberts, & Sorensen (1999)	População lésbica	F	1633 (18-82; M=32)	Questionário sobre a presença de perturbações alimentares ou de ansiedade, história de pensamentos/comportamentos suicidas, acompanhamento psicológico, uso e abuso de álcool, actividade sexual, problemas gerais de vida (Roberts, & Sorensen, 1999) QAR/QAA	Ideação suicida e tentativas de suicídio

Portugal	Fávero (2003)	Estudantes N/Estudantes	M/F 402, 435	837  746 Est. 91 N/Est.	Erotofilia e Erotofobia: Escala de atitudes SOS de Fisher (Fisher et al., 1988) Sintomas psicopatológicos: Lista de sintomas, adaptados de Lopez et al. (1994) Problemas de saúde mental: <i>Self-reporting questionnaire</i> (OMS) QAR/QAA	Tentativas de suicídio
EUA	Dube, Anda, Whitfield, Brown, Felitti, Dong, & Giles (2005)	Comunidade	M/F 46%/54%	9367	Questionário que avaliou dimensões disfunção familiar e comportamentos de saúde e/ou risco desde a adolescência até à idade adulta (Dube, Anda, Whitfield, Brown, Felitti, Dong, & Giles, 2005) QAR /QAA	Tentativas de suicídio

Quadro XXXV: Perturbações alimentares na idade adulta

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associado ao abuso sexual</b>
Noruega	Bendixen, Muus, & Schei (1994)	Ensino superior	M/F 486/510	996 (16-58; m=22.7)	Questionário sobre queixas psicológicas, psicossomáticas e absentismo (Bendixen, Muus, & Schei, 1994) QAR/QAA	Perturbações alimentares
EUA	Wonderlich, Wilsnack, Wilsnack, & Harris (1996)	Comunidade Amostra nacional representativa	F	1099 (>21)	Questionário sobre sintomas de ansiedade, depressão e abuso de substâncias (Wonderlich, Wilsnack, Wilsnack, & Harris, 1996) Comportamento bulímico: <i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i> (SCID; Spitzer et al., 1988)	Comportamento bulímico
Nova Zelândia	Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison (1996)	Comunidade	F	497 (idade adulta)	Saúde mental: <i>Present State Examination</i> (Wing, Cooper, & Sartorius, 1974; Wing, Nixon, Mann, & Leff, 1977) Auto-estima: <i>Self-esteem Questionnaire of Robson</i> (1989) Uso de álcool: <i>Who Alcohol Questionnaire</i> (Saunders, Aasland & Grant, 1987)	Perturbações alimentares

					Funcionamento sexual: Questionário sobre o funcionamento sexual (Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996) Qualidade do relacionamento íntimo: <i>Intimate Bond Measure</i> (IBM; Wilhelm & Parker; 1988) QAR/QAA	
EUA	Anderson, LaPorte, Brand, & Crawford (1997)	Perturbações alimentares	F	74 (m=27)	Depressão: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck, 1961) Ansiedade: <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (Spielberger et al., 1983) Perturbações alimentares: <i>Eating Disorders Inventory-2</i> (EDI; Gardner 1991) Dissociação: <i>Dissociative Experiences Scale</i> (Bernstein & Putnam, 1986) EFF	Patologia alimentar (insatisfação corporal, perfeccionismo relacionado com a imagem corporal).
EUA	Roberts, & Sorensen (1999)	População lésbica	F	1633 (18-82; M=32)	Questionário sobre a presença de perturbações alimentares ou de ansiedade, história de pensamentos/comportamentos suicidas, acompanhamento psicológico, uso e abuso de álcool, actividade sexual, problemas gerais de vida (Roberts, & Sorensen, 1999) QAR/QAA	Perturbações alimentares
EUA	Cachelin, Schug, Juarez, & Monreal (2005)	Amostra comunidade Mexicanas-americanas	F	190	Perturbações alimentares: <i>Structured Clinical Interview</i> (SCID-IV-TR; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2001); <i>Eating Disorder Examination</i> (12 <sup>th</sup> ed.; EDE; Fairburn, & Cooper, 1993) Factores de risco: <i>Risk Factors for Eating Disorder</i> (RFI; Fairburn, & Welch, 1995; Welch, & Fairburn, 1994) Depressão: <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977) ET	Perturbações alimentares
		Grupo com diagnóstico de perturbações alimentares		80 (m=27.9)		
		Grupo controlo		110 (24.6)		
Canadá	Carter, Bewell, Blackmore, & Woodside (2006)	Grupo de participantes com diagnóstico de anorexia nervosa em unidade de internamento	F	77 (m=25.5)	Depressão: <i>Beck Depression Inventory II</i> (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) Auto-estima: <i>Rosenberg Self-esteem Scale</i> (RSES; Rosenberg, 1965) Obsessão-compulsão: <i>The Padua Inventory</i> (PI; Van Oppen, Hoekstra, & Emmelkamp, 1995) Sintomas psicopatológicos: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983)	Desordem alimentar



Problemas interpessoais: Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz, Rosenberg, & Baer, 1988)  
 Perturbações alimentares: *Eating Disorder Examination* (12<sup>th</sup> ed.; EDE; Fairburn & Cooper, 1993)  
 QAR/QAA

Itália	Preti, Incani, Camboni, Petretto, & Masala (2006)	Comunidade	F	126 (18-30)	Atitudes em relação à alimentação: <i>Eating Attitudes Test</i> (EAT; Garner, & Garfinkel, 1979) Comportamento bulímico: <i>Bulimic Investigatory Test of Edinburgh</i> (BITE; Henderson, & Freeman, 1987) Atitudes em relação ao corpo: <i>Body Attitudes Test</i> (BAT; Probst, Vandereycken, VanCoppennolle, & Vanderlinden, 1995) Sintomas psicopatológicos: <i>Symptom Checklist-90- Revised</i> (SCL-90-R; Derogatis, 1977)	Perturbação alimentar
--------	---	------------	---	----------------	--	-----------------------

Quadro XXXVI: Problemas dissociativos e psicóticos na idade adulta

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associado ao abuso sexual</b>
EUA	Elliott & Briere (1992)	Comunidade Nacional	F	2963 (m=41.7)	Sintomatologia psicológica: <i>Trauma Symptom Checklist-40</i> (TSC-40; Briere, 1990) QAR/QAA	Dissociação
Noruega	Fondacaro, & Holt (1999)	Reclusos	M	211 (18-63; m=32)	Perturbações mentais: <i>Diagnostic Interview Schedule, versão III-R</i> (Robins, Helzer, Cottler, & Golding, 1988) EFF	Perturbação esquizoafectiva. Verificar como disse atrás, se deve ser incluído aqui
Inglaterra	Offen, Waller, & Thomas (2003)	Amostra clínica: Perturbações psicóticas	M/F 19/726	23-67 m= 34	Depressão: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, & Erbaugh, 1961) Dissociação: <i>Dissociative Experiences Scale</i> (DES-II; Carlson, & Putnam, 1993) Alucinações auditivas: <i>Beliefs About Voices Questionnaires</i> (BAVQ; Chadwick & Birchwood, 1995)	
EUA	Kelly, Wood,	Grupo de	M	67	Ajustamento psicológico: Questionário para avaliação de	Dissociação (vítimas de incesto)

	Gonzalez, MacDonald, & Waterman (2002)	vítimas de abuso sexual na infância (<16)		(18-57; m=33.7)	problemas sexuais, dificuldades interpessoais, auto-destrutividade, agressividade, estigmatização e dissociação (Kelly, Wood, Gonzalez, MacDonald, & Waterman, 2002) PTSD: Escala composta pela presença dos critérios definidos no DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987)	
Israel	Amir, & Lev-Wiesel (2007)	Sobreviventes de abuso sexual de Beer Sheva	M/F 2/25	27 (7-59 anos)	Utilização do desenho como instrumento de avaliação, no qual os participantes desenhavam o "acontecimento traumático" e descreviam-no. Dissociação: <i>The peritraumatic dissociative experiences questionnaire</i> (PDEQ, Marmar, Weiss, & Metzler, 1997) Desenho/QAR/QAA	Experiências dissociativas e desrealização

Quadro XXXVII: Somatização/problemas somáticos na idade adulta

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Gênero</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associado ao abuso sexual</b>
Noruega	Bendixen, Muus, & Schei (1994)	Ensino superior	M/F 486/510	996 (16-58; m=22.7)	Questionário sobre queixas psicológicas, psicossomáticas e absentismo (Bendixen, Muus, & Schei, 1994) QAR/QAA	Dor/sintomas de infecção na área genital Dores de cabeça, musculares e abdominais
EUA	Davila, Bernier, Franco, & Kopka (2003)	Grupo de vítimas de abuso sexual na infância Grupo de controlo	F	58 (m=47.8)  51 (m=41.5)	Questionário sobre queixas no sistema genito-urinário (Davila, Bernier, Franco, & Kopka, 2003) QAR/QAA	Disfunção genito-urinária (incontinência, retenção urinária voluntária)

## **b. Funcionamento psicossocial**

No presente trabalho a dimensão do funcionamento psicossocial inclui aspectos relacionados com o relacionamento interpessoal, a parentalidade, a sexualidade e a revitimação. A sexualidade é uma das áreas que tem recebido maior atenção da investigação neste domínio, ao nível internacional (DiLillo, 2001). O presente trabalho de revisão corrobora este dado, realçando um número significativo de estudos (17; 30%) que se propuseram investigar a associação entre o abuso sexual na infância e adolescência e desajustamento sexual na idade adulta (cf. quadro XXXVIII). Na generalidade, os estudos revistos (que envolvem todos os tipos de amostras) validam a ideia de que os adultos vítimas tendem a manifestar índices mais elevados de problemas sexuais (e.g., menor valorização do prazer sexual, insatisfação sexual, disfunção sexual) e de comportamentos sexuais de risco (e.g., prostituição, sexo desprotegido, promiscuidade nas relações sexuais, gravidez na adolescência, maior índice de doenças sexualmente transmissíveis, precocidade nas relações sexuais). Não obstante, a maioria destas investigações (13; 76%) recorreu a instrumentos de avaliação não específicos, utilizando questionários sobre comportamentos de risco e problemas de saúde mental (e.g., Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999; López, Carpintero, Hernández, Martín, & Fuertes, 1995; Mchichi, & Kadri, 2004) que incluíam apenas algumas questões sobre dificuldades sexuais. Um número muito reduzido utilizou instrumentos de medida standardizados (e.g., Jackson, Calhoun, Amick, Maddever, & Habib, 1990; Van Dorn, Mustillo, Elbogen, Dorsey, Swanson, & Swartz, 2005) ou entrevistas (e.g., Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema, 2005).

Sete dos estudos revistos (12%), que envolveram amostras comunitárias, estudantis e vítimas, salientaram uma diversidade de problemas no ajustamento e relacionamento interpessoal (e.g., desconfiança generalizada, isolamento social, hostilidade, medo) nos indivíduos que vivenciaram situações de abuso sexual na infância e adolescência (cf. quadro XXXIX). Estes resultados foram obtidos a partir da utilização de instrumentos específicos para a avaliação do ajustamento social (Carter, Bewell, Blackmore, & Woodside, 2006; Elliott, 1994; Harter, Alexander, & Neimeyer, 1988; Jackson, Calhoun, Amick, Maddever, & Habib, 1990) e de questionários de auto-relato e entrevista que versavam questões sobre inúmeras dimensões do funcionamento (Bendixen, Muus, & Schei, 1994; Kelly, Wood, Gonzalez, MacDonald, & Waterman, 2002; Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema, 2005).

Mais especificamente, alguns estudos (7; 12%), principalmente realizados com amostras da população geral, detectaram diferenças entre participantes sexualmente abusados e não abusados no que se refere às percepções das relações de intimidade (cf. quadro XL). As vítimas, quando inquiridas sobre as suas relações íntimas, relataram maior insatisfação na relação, desconfiança, dificuldades na intimidade, níveis superiores de conflito e maiores problemas nos processos de separação ou divórcio (Alexander, Teti, & Anderson 2000; Dube, Anda, Whitfield, Brown, Felitti, Dong, & Giles, 2005; Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999; Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema, 2005).

Tomando como referência cinco dos estudos analisados (9%), a parentalidade é outra dimensão do funcionamento afectada pela experiência de abuso infantil (cf. quadro XLI). Os resultados obtidos junto de amostras da comunidade sugerem que as vítimas, quando comparadas com os seus pares não abusados, evidenciam percepções mais negativas acerca do seu papel parental (i.e., percebem-se como menos eficazes, menos competentes), maiores problemas na relação progenitor-filho (e.g., maior nível de conflito; expectativas inadequadas, sobre-dependência emocional) e maior recurso a estratégias educativas abusivas. Quatro dos estudos incluíram medidas standardizadas para avaliar questões específicas da parentalidade (Alexander, Teti, & Anderson, 2000; Banyard, 1997; DiLillo, Tremblay, & Peterson, 2000; Fitzgerald, Shipman, Jackson, McMahon, & Hanley, 2005).

Num outro plano, vários estudos neste domínio têm sugerido que as mulheres vítimas evidenciam maior vulnerabilidade para a revitimação em etapas posteriores da vida (cf. quadro XLII). Na presente análise, dois estudos (4%) realizados com participantes da população geral (Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999; Wyatt, Guthrie, & Notgrass, 1992) e um estudo de natureza prospectiva (Gidycz, Coble, Latham, & Layman, 1993), com estudantes do ensino superior, corroboraram estes dados. As participantes que referiram ter sido abusadas sexualmente relataram níveis mais elevados de violência no âmbito da relação conjugal e de revitimação sexual, quando comparadas com as não abusadas.

Finalmente, um estudo revela uma maior prevalência de doença sexualmente transmissível (VIH) nos homens vítimas, o que poderá reflectir uma diferença ao nível dos comportamentos sexuais de risco assumidos por estes (Zierler et. al, 1991).

Quadro XXXVIII: Problemas de sexualidade na idade adulta

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associadas ao abuso sexual</b>
EUA	Jackson, Calhoun, Amick, Maddever, & Habif (1990)	Vítimas de abuso Grupo de controlo	de	22 (18-33; m=21.94) 18	Depressão: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) Ajustamento social: <i>Social Adjustment Scale Self-Report Form</i> (Weissman, & Bothwell, 1976) Funcionamento sexual: <i>Derogatis Sexual Functioning Inventory</i> (Derogatis, & Melisaratos, 1979) Sintomas físicos: <i>Whaler Physical Symptoms Inventory</i> (Whaler, 1973) Suporte Social: <i>Social Support Scale</i> (Habif, 1981) Auto-estima: <i>Rosenberg Self-esteem Scale</i> (Rosenberg, 1965) Ambiente familiar: <i>Family Environment Scale</i> (Moos et. al., 1974) EFF/QAR/QAA	Menor satisfação sexual (abuso intrafamiliar) Disfunção sexual (inibição do desejo e da excitação sexuais, do orgasmo, vaginismo)
EUA	Zierler, Feingold, Laufer, Velentgas, Kantrowitz-Gordon, & Mayer (1991)	Grupo de risco (VIH)	M/F 85/101	186 (>18)	Entrevista sobre uso e/ou abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco (Zierler, Feingold, Laufer, Velentgas, Kantrowitz-Gordon, & Mayer, 1991) EFF	Prática de prostituição (4xmais), sexo com desconhecidos (40xmais) e múltiplos parceiros (2xmais) Maior prevalência de gravidez na adolescência (3xmais)
EUA	Elliott, & Briere (1992)	Comunidade Nacional	F	2963 (m=41.7)	Sintomatologia psicológica: <i>Trauma Symptom Checklist-40</i> (TSC-40; Briere, 1990) QAR/QAA	Problemas sexuais Maior severidade traumática associada ao abuso precoce, frequente, continuado e incesto. Problemas sexuais
Noruega	Bendixen, Muus, & Schei (1994)	Ensino superior	M/F 486/510	996 (16-58; m=22.7)	Questionário sobre queixas psicológicas, psicossomáticas e absentismo (Bendixen, Muus, & Schei, 1994) QAR/QAA	Problemas sexuais

EUA	Briere, Smiljanich, & Henschel (1994)	Ensino superior	M/F 106/212	318	Questionário sobre fantasias sexuais, questões familiares, comportamentos sexuais e sentimentos pessoais (Briere, Smiljanich, & Henschel, 1994) QAR/QAA	Maior prevalência de fantasias sexuais que incluem elementos sexualmente abusivos (e.g., forçar alguém a intercurso sexual, envolvimento em orgia, sexo com estranho)
Espanha	López, Carpintero, Hernández, Martin, & Fuertes (1995)	Comunidade Nacional	M/F	1821 (18-60)	Questionário sobre problemas de saúde mental (López, Carpintero, Hernández, Martin, & Fuertes, 1995) EFF	Problemas sexuais Gravidez não desejada Doenças sexualmente transmissíveis
Austria	Kinzl, Traweger, & Biebl (1995)	Ensino superior	F	202 (18-30, m=22)	Questionário composto por sete itens para avaliação de disfunções sexuais (DSM-III-R; American Psychiatric Association, 1987) Experiências precoces: <i>Biographic Inventory for Diagnosis of Behavioral Disturbances</i> (BIV; Jaeger, Lischer, Muenster, & Ritz, 1976) QAR/QAA	Problemas sexuais (perturbações do desejo sexual, problemas em atingir o orgasmo)
Nova Zelândia	Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison (1996)	Comunidade	F	497 (idade adulta)	Saúde mental: <i>Present State Examination</i> (Wing, Cooper, & Sartorius, 1974; Wing, Nixon, Mann, & Leff, 1977) Auto-estima: <i>Self-esteem Questionnaire of Robson</i> (1989) Uso de álcool: <i>Who Alcohol Questionnaire</i> (Saunders, Aasland & Grant, 1987) Funcionamento sexual: Questionário sobre o funcionamento sexual (Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996) Qualidade do relacionamento íntimo: <i>Intimate Bond Measure</i> (IBM; Wilhelm & Parker; 1988) QAR/QAA	Comportamentos sexuais de risco (casamento precoce, gravidez antes dos 19 anos)
Austrália	Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer (1999)	Comunidade	F	3958	Relacionamento/Intimidade: <i>Intimate Bond Measure</i> (IBM; Wilhelm & Parker; 1988) Saúde geral: <i>General Health Questionnaire</i> (GHQ; Goldberg, 1978) Questionário sobre seguintes efeitos a longo-prazo: problemas sexuais, medo do sexo oposto, desconfiança, baixa auto-estima, problemas de álcool, problemas de droga, uso de medicação,	Problemas sexuais

					depressão, problemas alimentares, problemas de jogo, problemas com a polícia; violação após os 16 anos, violência doméstica, parceiro com problemas de álcool, falta de suporte emocional/social (Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999) QAR/QAA	
EUA	Roberts, & Sorensen (1999)	População lésbica	F	1633 (18-82; M=32)	Questionário sobre a presença de perturbações alimentares ou de ansiedade, história de pensamentos/comportamentos suicidas, acompanhamento psicológico, uso e abuso de álcool, actividade sexual, problemas gerais de vida (Roberts, & Sorensen, 1999) QAR/QAA	Problemas sexuais
EUA	Kelly, Wood, Gonzalez, MacDonald, & Waterman (2002)	Grupo de vítimas de abuso sexual na infância (<16)	M	67 (18-57; m=33.7)	Ajustamento psicológico: Questionário para avaliação de problemas sexuais, dificuldades interpessoais, auto-destrutividade, agressividade, estigmatização e dissociação (Kelly, Wood, Gonzalez, MacDonald, & Waterman, 2002) PTSD: Escala composta pela presença dos critérios definidos no DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987)	Problemas sexuais (vítimas de incesto)
Portugal	Fávero (2003)	Estudantes N/Estudantes	M/F 402, 435	837 746 Est. 91 N/Est.	Erotofilia e Erotofobia: <i>Escala de atitudes SOS de Fisher</i> (Fisher et. al., 1988) Sintomas psicopatológicos: Lista de sintomas, adaptados de Lopez et al. (1994) Problemas de saúde mental: <i>Self-reporting questionnaire</i> (OMS) QAR/QAA	Problemas sexuais (ansiedade no relacionamento sexual; dificuldades na intimidade com o parceiro)
Inglaterra	Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding (2004)	Comunidade Sub-amostra do estudo <i>Avon Longitudinal Study of Parents &amp; Children</i> (ALSPAC, Golding, 1996)	F	8292 (mães e filhos)	Depressão : <i>Edinburgh Post-Natal Depression Scale</i> (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) Qualidade da relação conjugal : Questionário para avaliação da qualidade da relação conjugal (Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding, 2004) Relação pais-criança : Questionário para avaliação da relação pais-criança (Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding, 2004). Ajustamento da criança : <i>The Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ ; Goodman, 1997) QAR/QAA	Gravidez na adolescência,

Marrocos	Mchichi, & Kadri (2004)	Comunidade Amostra representativa de Casablanca de mulheres na idade dos 20	F	728	Questionário para avaliar as variáveis socio-demográficas, a ocorrência de abuso sexual na infância e o seu impacto potencialmente traumático, designadamente doença mental, prostituição e disfunção sexual, sintomas de depressão e ansiedade (Mchichi, & Kadri, 2004) Depressão: Hamilton Depression Rating Scale (1997) Ansiedade: Hamilton Anxiety Rating Scale (1997) QAR/E	Disfunção sexual (vaginismo) na idade adulta
EUA	Rodgers, Lang, Laffaye, Satz, Dresselhaus, & Stein (2004)	Grupo de militares	F (idade adulta)	221	Experiências de abuso: <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (CTQ; Bernstein, Ahluvalia, Pogge, & Handelsman, 1999); Uso de álcool: <i>CAGE Questionnaire</i> (Ewing, 1984) Comportamentos de saúde e de risco: Questionário sobre comportamentos de saúde de risco (adp. Walker et al., 1999) QAR/QAA	Comportamentos sexuais de risco (idade precoce na primeira gravidez, intercurso sexual consensual precoce)
EUA	Van Dorn, Mustillo, Elbogen, Dorsey, Swanson, & Swartz (2005)	Amostra clínica Pacientes com doença mental severa	M/F 385/224	609	Comportamentos sexuais de risco: <i>AIDS Adult Risky Sexual Behavior</i> (Chawarski, Pakes, & Schttenfeld, 1998) Abuso de substâncias: <i>Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument</i> (DALI; Rosenberg et al., 1998) PTSD: <i>PTSD Checklist-Civilian Version</i> (PCL-C for DSM-IV; Blanchard, Jones-Alexander, Buckley, & Forneris, 1996) Perturbações mentais: <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i> (SCID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) QAR/E	Elevados níveis de prática de sexo não protegido e elevados níveis de prática de sexo comercial (a troco de dinheiro/drogas)
EUA	Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema (2005)	Grupo de mulheres portadoras de VIH positivo e vítimas de abuso sexual na infância (<13)	F	28 (27-57; m=42.1)	Entrevista em profundidade sobre o impacto do abuso sexual e VIH (Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema, 2005) EFF	Dificuldades sexuais (perda de prazer sexual)



Quadro XXXIX: Problemas ao nível do funcionamento social/interpessoal na idade adulta

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associadas ao abuso sexual</b>
EUA	Harter, Alexander, & Neimeyer (1988)	Ensino superior Grupo de vítimas ASI Grupo controlo	F	85 (17-52; m=26.64) 29 56	Adaptabilidade e coesão familiar: <i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale</i> (FACES III; Olson, Russell, & Sprenkle 1983) Percepção familiar: <i>Family Perception Grid</i> (Kelly's, 1955) Ajustamento social: <i>Social Adjustment Scale</i> (SAS; Weissman & Paykel, 1974) QAR/QAA/EFF	Maior percepção de isolamento social Pobre ajustamento social
EUA	Jackson, Calhoun, Amick, Maddever, & Habif (1990)	Vítimas de abuso Grupo de controlo	F	22 (18-33; M=21.94) 18	Depressão: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) Ajustamento social: <i>Social Adjustment Scale Self-Report Form</i> (Weissman, & Bothwell, 1976) Funcionamento sexual: <i>Derogatis Sexual Functioning Inventory</i> (Derogatis, & Melisaratos, 1979) Sintomas físicos: <i>Whaler Physical Symptoms Inventory</i> (Whaler, 1973) Suporte Social: <i>Social Support Scale</i> (Habif, 1981) Auto-estima: <i>Rosenberg Self-esteem Scale</i> (Rosenberg, 1965) Ambiente familiar: <i>Family Environment Scale</i> (Moos et. al., 1974) EFF/QAR/QAA	Problemas de ajustamento social
Noruega	Bendixen, Muus, & Schei (1994)	Ensino superior	M/F 486/510	996 (16-58; M=22.7)	Questionário sobre queixas psicológicas, psicossomáticas e absentismo (Bendixen, Muus, & Schei, 1994) QAR/QAA	Medo de pessoas do sexo oposto
EUA	Elliott (1994)	Comunidade	F	2963 (41.7)	Relações objectais: <i>Object Relations Scale of The Ego Functioning Assessment Questionnaire</i> (Hargrove, 1985) Ambiente familiar: <i>Family Environment Scale</i> (Moos, & Moos, 1986) EFF/QAR/QAA	Prejuízo nas relações interpessoais, mesmo quando controladas variáveis de disfunção familiar

EUA	Kelly, Wood, Gonzalez, MacDonald, & Waterman (2002)	Grupo de vítimas de abuso sexual na infância (<16)	M	67 (18-57; M=33.7)	Ajustamento psicológico: Questionário para avaliação de problemas sexuais, dificuldades interpessoais, auto-destrutividade, agressividade, estigmatização e dissociação (Kelly, Wood, Gonzalez, MacDonald, & Waterman, 2002) PTSD: Escala composta pela presença dos critérios definidos no DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987)	Perturbação em várias áreas do funcionamento psicossocial
EUA	Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema (2005)	Grupo de mulheres portadoras de VIH positivo e vítimas de abuso sexual na infância (<13)	F	28 (27-57; M=42.1)	Entrevista em profundidade sobre o impacto do abuso sexual e VIH (Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema, 2005) EFF	Dificuldades de relacionamento (desconfiança nas relações interpessoais e íntimas; medo, raiva e desconfiança face aos homens); Isolamento social como forma de auto-protecção.
Canadá	Carter, Bewell, Blackmore & Woodside (2006)	Amostra clínica	M/F	95 (M=25.5.)	Depressão: <i>Beck Depression Inventory II</i> (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) Auto-estima: <i>Rosenberg Self-esteem Scale</i> (RSES; Rosenberg, 1965) Obsessão-compulsão: <i>The Padua Inventory</i> (PI; Van Oppen, Hoekstra, & Emmelkamp, 1995) Sintomas psicopatológicos: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) Problemas interpessoais: <i>Inventory of Interpersonal Problems</i> (IIP; Horowitz, Rosenberg, & Baer, 1988) Perturbações alimentares: <i>Eating Disorder Examination</i> (12 <sup>th</sup> ed.; EDE; Fairburn & Cooper, 1993) QAR/QAA	Problemas interpessoais

Quadro XL: Problemas nas relações íntimas na idade adulta

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Gênero</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associadas ao abuso sexual</b>
EUA	Elliott, & Briere (1992)	Comunidade Nacional	F	2963 (m=41.7)	Sintomatologia psicológica: <i>Trauma Symptom Checklist-40</i> (TSC-40; Briere, 1990) QAR/QAA	Maior taxa de divórcio entre as vítimas
Austrália	Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer (1999)	Comunidade	F	3958	Relacionamento/Intimidade: <i>Intimate Bond Measure</i> (IBM; Wilhelm & Parker; 1988) Saúde geral: <i>General Health Questionnaire</i> (GHQ; Goldberg, 1978) Questionário sobre seguintes efeitos a longo-prazo: problemas sexuais, medo do sexo oposto, desconfiança, baixa auto-estima, problemas de álcool, problemas de droga, uso de medicação, depressão, problemas alimentares, problemas de jogo, problemas com a polícia; violação após os 16 anos, violência doméstica, parceiro com problemas de álcool, falta de suporte emocional/social (Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999) QAR/QAA	Problemas com as relações íntimas
EUA	Alexander, Teti, & Anderson (2000)	Comunidade	F (Mães)	90 (23-51; m=36.4)	Inversão de papéis: <i>Role Reversal</i> (Burkett's, 1991) Stress na relação pai-criança: <i>Parenting Stress Inventory</i> (Abidin, 1995) Comportamento: <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1983) História de abuso ou alcoolismo parental: Questionário sobre história de abuso ou alcoolismo parental (Alexander, Teti, & Anderson, 2000) Satisfação com a relação íntima: Questionário sobre Satisfação com a relação íntima (Alexander, Teti, & Anderson, 2000) Coesão familiar: <i>Family Cohesion Index</i> (Cooper, Holman, & Braith) QAR/QAA	Relacionamento íntimo insatisfatório

Inglaterra	Roberts, O'Connor, Dunn, & Golding (2004)	Comunidade Sub-amostra "Avon Longitudinal Study of Parents and Children" (ALSPAC, Golding, 1996)	F	8292 (mães e filhos)	Depressão : <i>Edinburgh Post-Natal Depression Scale</i> (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) Qualidade da relação conjugal : Questionário para avaliação da qualidade da relação conjugal (Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding, 2004) Relação pais-criança : Questionário para avaliação da relação pais-criança (Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding, 2004). Ajustamento da criança : <i>The Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ ; Goodman, 1997) QAR/QAA	Menor satisfação com as relações íntimas
EUA	Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema (2005)	Grupo de mulheres portadoras de VIH positivo e vítimas de abuso sexual na infância (<13)	F	28 (27-57; m=42.1)	Entrevista em profundidade sobre o impacto do abuso sexual e VIH (Tarakeshwar, Fox, Ferro, Khawaja, Kochman, & Sikkema, 2005) EFF	Dificuldades de relacionamento, desconfiança nas relações íntimas;
EUA	Dube, Anda, Whitfield, Brown, Felitti, Dong, & Giles (2005)	Comunidade	M/F 46%/54%	9367	Questionário que avaliou dimensões disfunção familiar e comportamentos de saúde e/ou risco desde a adolescência até à idade adulta (Dube, Anda, Whitfield, Brown, Felitti, Dong, & Giles, 2005) QAR /QAA	Problemas conjugais na idade adulta.
EUA	Liang, Williams, & Siegel (2006)	Grupo clínico: Vítimas de abuso sexual na infância e adolescência	F	136 (18-31)	Severidade do abuso: <i>CSA Trauma Severity</i> (Williams, 1994) Vinculação maternal: Questionário para avaliar a vinculação maternal (Liang, Williams, & Siegel, 2006) Problemas interpessoais: <i>Trauma Symptom Checklist</i> (Briere, & Runtz, 1989) Insatisfação conjugal: Escala sobre satisfação conjugal (Liang, Williams, & Siegel, 2006)	Maior insatisfação conjugal

Quadro XLI: Problemas na parentalidade na idade adulta

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associadas ao abuso sexual</b>
EUA	Banyard (1997)	Comunidade (mães)	F	518	Depressão: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck, 1961) Parentalidade: <i>Conflict Tactics Scale</i> (Straus, & Gelles, 1990)	Percepções mais negativas de si mesmo como pai e maior uso da punição física como estratégia educativa
EUA	Alexander, Teti, & Anderson (2000)	Comunidade	F (Mães)	90 (23-51; m=36.4)	Inversão de papéis: <i>Role Reversal</i> (Burkett's, 1991) Stress na relação pai-criança: <i>Parenting Stress Inventory</i> (Abidin, 1995) Comportamento: <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1983) História de abuso ou alcoolismo parental: Questionário sobre história de abuso ou alcoolismo parental (Alexander, Teti, & Anderson, 2000) Satisfação com a relação íntima: Questionário sobre Satisfação com a relação íntima (Alexander, Teti, & Anderson, 2000) Coesão familiar: <i>Family Cohesion Index</i> (Cooper, Holman, & Braith	Sobre-dependência emocional dos filhos
EUA	DiLillo, Tremblay, & Peterson (2000)	Comunidade (mães): Grupo de vítimas de ASI	F	290 138 152	Sintomas psicopatológicos: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI; Derogatis, & Melisaratos, 1993) Risco de perpetração de maus tratos: <i>The Child Abuse Potential Inventory</i> (CAPI; Milner, 1986)	Maior propensão para a perpetração de maus tratos aos filhos (mesmo após o controlo de abuso físico na infância);
Inglaterra	Roberts, O'Connor, Dunn, & Golding (2004)	Grupo S/ASI Comunidade Sub-amostra <i>Avon Longitudinal Study of</i>	F	8292 (mães e filhos)	Depressão : <i>Edinburgh Post-Natal Depression Scale</i> (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) Qualidade da relação conjugal : Questionário para avaliação da qualidade da relação conjugal (Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding, 2004)	Relações menos positivas com os filhos (> negatividade; < positividade, < confiança materna)

EUA	Fitzgerald, Shipman, Jackson, McMahon, & Hanley (2005)	Parents and Children (ALSPAC, Golding, 1996) Comunidade	F	35 Mães	Relação pais-criança : Questionário para avaliação da relação pais-criança (Roberts, O' Connor, Dunn, & Golding, 2004). Ajustamento da criança : <i>The Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ ; Goodman, 1997) QAR/QAA	Sentimentos de menor eficácia no papel parental (incesto)
			Vítimas de incesto	17	Maus tratos à criança: <i>Child Maltreatment Interview Schedule</i> (Birere, 1991, 1992) Interação mãe-criança: <i>Tool use task</i> (Crowell & Feldman, 1988, 1989) Percepções parentais: <i>The Parenting Sense of Competence Scale</i> (PSOC, Johnston, & Mash, 1989)	
			Grupo comparação	18	Representações da relação mãe-criança: <i>The Parental Bonding Instrument</i> (PBI, Parker, Tupling, & Brown, 1979) Ajustamento psicológico maternal: <i>The Center for Epidemiological Studies</i> (CES-D; Myers & Weissman, 1980; Radloff, 1977) QAR/QAA	

#### Quadro XLII: Revitimação na idade adulta

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associadas ao abuso sexual</b>
EUA	Wyatt, Guthrie, & Notgrass (1992)	Comunidade	F	248 (18-36)	Experiências sexuais: <i>Wyatt Sex History Questionnaire</i> (ref?) Auto-estima: <i>Rosenberg Self-Esteem</i> (Rosenberg, 1979) Bem estar global: <i>General Well Being</i> (Neff, & Husaini, 1980) Culpa associada à sexualidade: <i>Mosher Sex Guilt Scales</i> (Mosher, 1966) E/QAR	Revitimação sexual
EUA	Gidycz, Coble, Latham, & Layman (1993)	Ensino superior Estudo prospectivo	F	857 (18-21)	Depressão: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) Ansiedade: <i>Beck Anxiety Inventory</i> (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) Experiências sexuais abusivas: <i>Sexual Experiences Survey</i> (Koss, & Oros, 1982) QAR/QAA	Revitimação sexual na adolescência tardia e início na idade adulta

Austrália	Fleming, Mullen, Sibthorpe & Bammer (1999)	Comunidade	F	3958	<p>Relacionamento/Intimidade: <i>Intimate Bond Measure</i> (IBM; Wilhelm &amp; Parker; 1988)</p> <p>Saúde geral: <i>General Health Questionnaire</i> (GHQ; Goldberg, 1978)</p> <p>Questionário sobre seguintes efeitos a longo-prazo: problemas sexuais, medo do sexo oposto, desconfiança, baixa auto-estima, problemas de álcool, problemas de droga, uso de medicação, depressão, problemas alimentares, problemas de jogo, problemas com a polícia; violação após os 16 anos, violência doméstica, parceiro com problemas de álcool, falta de suporte emocional/social (Fleming, Mullen, Sibthorpe, &amp; Bammer, 1999)</p> <p>QAR/QAA</p>	Revitimação: violência doméstica, violação na idade adulta
-----------	--	------------	---	------	--	--

---

## 5. Impacto do abuso sexual e cultura

Alguns investigadores têm hipotetizado que o grupo étnico e cultural<sup>15</sup> da criança e/ou jovem, definido em parte pela sua etnia, influencia as circunstâncias em que o abuso sexual ocorre, a construção do seu significado pela vítima e os efeitos subsequentes, tanto a curto como a longo-prazo (Mennen, 1995; Rao, DeClemente, & Ponton, 1992; Kenny, & McEarchern, 2000). Não obstante, a investigação nesta área tem-se centrado nas diferenças étnicas na epidemiologia do abuso e essencialmente em amostras femininas, constatando-se um número reduzido de estudos que procuraram investigar eventuais diferenças a este nível no impacto destas experiências (Mennen, 1995).

Assim, na elaboração do presente capítulo, tivemos acesso apenas a sete estudos (cf. quadro XLIII) que investigaram o papel da etnia no impacto do abuso, sendo que quatro destas investigações foram consideradas na revisão realizada, designadamente estudos que investigaram o impacto na infância e adolescência (Mennen, 1995; Sanders-Phillips, Moisan, Wadlington, Morgan, & English, 1995) e na idade adulta (Back, Jackson, Fitzgerald, Shaffer, Salstrom, & Osman, 2003; Haj-Yahia, & Tamish, 2001). Três dos estudos apresentados não integraram a revisão por não preencherem os critérios de inclusão (i.e., alínea e. dos critérios de exclusão: *estudos que procuraram avaliar o impacto na infância, adolescência e início da idade adulta, apresentando os resultados, na sua generalidade, sem distinção dos diferentes níveis de desenvolvimento*).

Os trabalhos científicos revistos envolveram maioritariamente amostras femininas (5), à excepção de dois estudos que incluíram participantes de ambos os sexos. Recorreram a amostras de estudantes (4) e de vítimas de abuso ou de outras experiências adversas na infância e adolescência (3).

Quatro dos estudos realizados com crianças, jovens e adultos observaram similaridades no impacto do abuso entre vítimas de culturas orientais e ocidentais, designadamente no que se refere ao ajustamento psicológico (Chen, Dunne, & Han, 2004; Chen, Dunne, & Han, 2006; Haj-Yahia, & Tamish, 2001), à vivência emocional do abuso (Tsun-Yin, 1998), às tendências sintomáticas de cada género (Chen, Dunne, & Han, 2004) e à associação positiva entre severidade do abuso e severidade do impacto (Chen, Dunne, & Han, 2006; Haj-Yahia, & Tamish,

---

<sup>15</sup> Estas duas dimensões são usualmente tratadas na literatura como sinónimos, apesar de nos parecer inadequada tal sobreposição (cf. Machado, Dias, & Coelho, 2010)



2001). Também Tsun-Yin (1998), numa investigação de natureza qualitativa, observou dinâmicas abusivas semelhantes nas vítimas asiáticas e norte-americanas (sexualização traumática, traição, impotência e estigmatização), salientando contudo que a sexualização traumática era a dinâmica mais presente nas narrativas das vítimas asiáticas e hipotetizando que este impacto particular poderá estar associado a factores culturais, como a importância da castidade feminina na construção cultural da vitimação sexual.

Por sua vez, outros estudos encontraram alguns resultados que reflectem diferenças e especificidades étnico/culturais no impacto do abuso. Mais especificamente, o estudo levado a cabo por Sanders-Phillips, Moisan, Wadlington, Morgan, e English (1995), junto de uma amostra de vítimas, verificou que as vítimas latino-americanas apresentavam índices mais elevados de depressão, quando comparadas com as vítimas de etnia negra. Concomitantemente, outra investigação aprofundou as vivências do abuso em crianças latinas, notando que de entre vítimas, as que tinham passado por experiências abusivas que envolviam penetração demonstravam níveis mais elevados de sintomatologia (Mennen, 1995). Ambos os trabalhos salientam que estas diferenças parecem estar relacionadas não só com as circunstâncias do abuso mas também com os padrões/valores culturais que tornam estas vítimas mais vulneráveis ao desajustamento, nomeadamente a construção social da família e do género (e.g., importância da família, responsabilidade individual, especialmente feminina, pelo bem estar familiar, modelo familiar patriarcal, autoritarismo e o dever de obediência à figura paternal) e da sexualidade (importância da castidade/virgindade).

Por sua vez, Back, Jackson, Fitzgerald, Shaffer, Salstrom e Osman (2003), num estudo que envolveu uma amostra de estudantes do ensino superior, observaram que as vítimas asiáticas apresentavam um índice geral de sintomas psicopatológicos significativamente mais elevado, quando comparadas com as vítimas norte-americanas, hipotetizando que esta diferença pode dever-se aos factores culturais envolvidos no impacto do abuso, bem como ao menor acesso das vítimas asiáticas a recursos de saúde mental de apoio à vítima.

Quadro XLIII: Impacto do abuso sexual na idade adulta em função da etnia

	<b>Autores</b>	<b>Tipo de Amostra</b>	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Dimensão avaliada/Instrumento/ Modo de administração</b>	<b>Efeito/Problema associados ao abuso sexual em função da etnia</b>
EUA	Mennen (1995)	Grupo de risco (Crianças vítimas de maus tratos/negligência ou acompanhadas pelos serviços de saúde mental)	F	134 (6-18)	Depressão: Child Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1983) Ansiedade: Manifest Anxiety Scale (CMAS-R; Reynolds & Richmond, 1985) Auto-percepção: Self-Perception Profile for Children (Harter, 1985) QAR/QAA	As crianças latinas que experienciaram penetração sexual demonstram níveis mais elevados dos sintomas avaliados (depressão, ansiedade, auto-estima), quando comparadas com as que não experienciaram penetração.
EUA	Sanders-Phillips, Moisan, Wadlington, Morgan, & English (1995)	Amostra clínica: vítimas de abuso sexual infantil	F	23 (etnia negra) 19 (latinas) (8-13)	Depressão: <i>Children's Depression Inventory</i> (Saylor, Finch, Spirito, & Bennett, 1984) Locus de controlo: <i>Nowicki-Strickland Children's Locus of Control Scale</i> (Nowicki, & Strickland, 1973) Locus de controlo associado à saúde: <i>Locus Shortened Children's Health Locus of Control Scale</i> (Bush, Parcel, & Davidson, 1982) Auto-conceito: <i>Piers-Harris Self-concept Scale</i> (Piers & Harris, 1964) Satisfação com a auto-imagem corporal: <i>Body Cathexis Scale</i> (Secord, & Jourard, 1953, Tucker, 1985) Inteligência: <i>Wechsler Intelligence Scale for Children</i> (WISC-R; Wechsler, 1974) Teste de aptidão visio-motora: <i>Bender Visual Motor Gestalt Test</i> (Bender, 1938) QAR/QAA	As vítimas latino-americanas apresentaram níveis significativamente mais elevados de depressão, quando comparadas com as vítimas de etnia negra;  A etnia influencia o funcionamento psicológico, independentemente do impacto de outros factores, como as circunstâncias do abuso.

China	Tsun-Yin (1998)	Grupo de vítimas de abuso sexual na infância	F	19 (6-24)	Entrevista em profundidade desenvolvida pelos autores com base no modelo conceptual do impacto de Finkelhor e Browne (1985) QAR/QAA	Observaram-se dinâmicas traumáticas por parte das vítimas chinesas similares aos seus pares norte-americanos (sexualização traumática, traição, impotência e estigmatização). A estigmatização sexual representa a dinâmica traumática mais frequente e/ou persistente nas vítimas chinesas.
Palestina	Haj-Yahia & Tamish (2001)	Ensino superior	M/F 291/391	652 (18-37, m=20.64)	Sintomas psicopatológicos: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) QAR/QAA	Similaridade nos resultados do BSI com estudos prévios realizados em outros países norte-americanos.
Singapura	Back, Jackson, Fitzgerald, Shaffer, Salstrom, & Osman (2003)	Ensino superior	F	83 (18-21, m=18.9)	Avaliação do trauma: <i>Trauma Assessment for Adults-Self Report</i> (Falsetti, 1996) Sintomas psicopatológicos: <i>Symptom Checklist-90- Revised</i> (SCL-90-R Derogatis, 1983) QAR/QAA	As vítimas asiáticas apresentam um índice geral de sintomas significativamente mais elevado, quando comparadas com as vítimas norte-americanas.
China	Chen, Dunne, & Han (2004)	Ensino Secundário	M/F 1145/1155	2300 (16-24, m=17.2)	Depressão: <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (Liu, 1999; Radloff, 1977) Auto-estima: <i>Self-Esteem Scale</i> (SES; Ji, & Yu, 1999) Comportamentos de risco: Questionário de avaliação de comportamentos de risco (adapt. Youth Risk Behavior Survey; Grunbaum; Lowry, Kann, & Pateman, 2000) QAR/QAA	Similaridades no impacto psicológico com as culturas ocidentais Mesma tendência de género: maior externalização nos rapazes e maior internalização nas raparigas
China	Chen, Dunne, & Han (2006)	Ensino secundário	F	351 (16-19)	Depressão: <i>The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> (CES-D; Liu, 1999) Auto-estima: <i>Self-Esteem Scale</i> (SES; Ji, & Yu, 1999) Comportamentos de risco: <i>Youth Risk Behavior Survey</i> (YRBS; Grunbaum, Lowry, & Kann, 2000)	Similaridades no impacto psicológico com as culturas ocidentais

## **6. Discussão dos estudos revistos**

Da revisão efectuada, conclui-se que, apesar de se verificar um interesse crescente da investigação no impacto na infância e adolescência, há ainda um maior investimento em estudos na idade adulta, ao longo das últimas décadas.

### **6.1. Número e origem geográfica dos trabalhos publicados**

De forma análoga à investigação epidemiológica, constatamos desde logo uma reduzida referência a publicações de estudos sobre o impacto do abuso realizados noutros continentes que não a América do Norte e Europa. Este dado não é inesperado se atendermos ao facto de que a exploração deste fenómeno se iniciou tardiamente nos países da Ásia, América Latina e África, que apenas recentemente conheceram indicadores de prevalência, tal como discutido no primeiro capítulo. Outra explicação poderá estar associada com a maior dificuldade dos investigadores de países menos desenvolvidos no financiamento das suas investigações, assim como na publicação de trabalhos em revistas internacionais.

### **6.2. Amostras e instrumentos**

No que se refere à dimensão das amostras, corrobora-se também a este nível o reduzido número de trabalhos de dimensão nacional, destacando-se a quase ausência deste tipo de estudos em contextos como a Ásia, a África e a América Latina (e.g., Lachman, 1996), que recorrem essencialmente a amostras locais e de conveniência.

Por outro lado, tal como referido acima, o número de trabalhos acerca do impacto do abuso na infância e adolescência, particularmente no âmbito da população geral, é ainda escasso, se atendermos à visível proliferação da investigação na população adulta. Na nossa opinião, esta realidade parece não responder necessariamente às necessidades de investigação nesta área mas decorre, sobretudo, da maior acessibilidade a este tipo de amostras e maior disponibilidade de instrumentos de avaliação para adultos.

Da análise dos estudos a que tivemos acesso sobressai que o estudo do impacto do abuso na infância tem sido particularmente estudado na idade escolar e na adolescência, observando-se uma diminuta presença de estudos realizados com amostras na idade pré-escolar

(Friedrich, Dittner, Action, Berliner, Butler, Damon, Davies, Gray, & Wright, 2001). Este facto condicionou os resultados obtidos, na medida em que não reflectem as consequências do abuso nesta fase desenvolvimental, designadamente sintomas frequentemente referidos na literatura da área como o comportamento regressivo e sexualizado, (Browne, & Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Wolfe, & Birt, 1997). A nosso ver, o reduzido número de estudos nesta faixa etária parece igualmente reflectir as dificuldades de avaliação do impacto nesta etapa do desenvolvimento, precipitadas, em grande parte, pela ausência de instrumentos adequados e pela imaturidade desenvolvimental e reduzidas capacidades expressivas das vítimas.

Ainda relativamente às amostras utilizadas, observa-se ao longo das últimas décadas uma tendência progressiva para a proliferação da investigação do fenómeno na população geral, minimizando os enviesamentos metodológicos associados à investigação com grupos com psicopatologia. No entanto, esta tendência é mais evidente na investigação do impacto na idade adulta, notando-se que os resultados obtidos nos estudos realizados na infância advêm essencialmente de grupos de estudantes e de vítimas identificadas. Por outro lado, pese embora o número significativo de estudos com amostras da comunidade (25) e do ensino superior (14) na idade adulta, detectou-se um número não negligenciável de estudos (6) que foram realizados com participantes com características específicas (e.g. grávidas, militares, lésbicas). Na ausência de fundamentação teórica que fundamente a expectativa de que o impacto do abuso seja diferente nestas populações específicas, este investimento em amostras específicas parece-nos decorrer essencialmente de uma abordagem oportunista, provavelmente decorrente do acesso a estes grupos, assim como da tentativa de identificar novos nichos de exploração da problemática do impacto do abuso sexual, já bastante investigada.

Finalmente, quanto ao que se refere às amostras, ao nível do género os resultados desta revisão revelam que a investigação do impacto na idade adulta tende a investir mais no estudo da vitimação feminina, não se mostrando tão evidente esta diferenciação na infância e/ou adolescência. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de a maioria dos estudos sugerirem que o abuso sexual nos rapazes é menos frequente, veiculando estimativas de elevada prevalência do abuso sexual no sexo feminino e considerando por vezes que este não tem um impacto tão significativo no desenvolvimento das vítimas masculinas (Romano, & De Luca, 2001). Além disso, a maior dificuldade no reconhecimento da experiência abusiva e na sua revelação por parte dos rapazes (e.g., decorrente de estereótipos culturais) (Dhaliwal, Gauzas,

Antonowicz, & Ross, 1996; Lab, Feigenbaum, & Silva, 2000; Romano, & De Luca, 2001; Walker et al., 2004) poderá também estar associada a especificidades na vivência do abuso por parte das vítimas masculinas. Assim, estas parecem evidenciar maior relutância em elaborar sobre o impacto negativo destas ocorrências, sendo referido por alguns autores que, quando questionadas acerca do abuso, os rapazes tendem a descrevê-lo de uma forma neutra ou mesmo positiva (Draucker, 2000; Meiselman, 1990 cit. Romano, & De Luca, 2001). Por outro lado, estas dificuldades poderão ser acentuadas pelo facto de os próprios profissionais (e.g., de saúde mental e física, educação, protecção à infância) negarem ou minimizarem a ocorrência e o impacto do abuso sexual nos homens, apresentando maior relutância em intervir com estas vítimas (e.g., Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz, & Ross, 1996; Lab, Feigenbaum, & Silva, 2000). Deste modo, poderemos hipotetizar que a investigação científica reflecte também a influência dos aspectos supracitados, nomeadamente, a crença na invulnerabilidade masculina e na maior capacidade de resiliência, de força, e de *coping* por parte destas vítimas. Estas questões não só poderão conduzir a um sobre-investimento na investigação ao nível da vitimação feminina, como a um desinteresse pela exploração do impacto da vitimação masculina.

No que se refere aos instrumentos utilizados, a generalidade dos estudos revistos privilegia os instrumentos de avaliação de auto-relato (42, 74%), comparativamente com a entrevista (6, 10%) ou com a combinação de ambos os métodos (9, 16%), sendo estas últimas opções invariavelmente associadas a estudos de natureza clínica. Ao nível da infância e adolescência, a escolha do auto-relato levanta, na nossa opinião, vários constrangimentos, exacerbados, em alguns estudos, pelo número excessivo de instrumentos de auto-relato incluídos na bateria de avaliação, levando-nos a questionar a capacidade das crianças inquiridas para compreender e responder com inteligibilidade aos itens formulados. Paralelamente, observou-se um reduzido recurso a medidas parentais e observacionais, metodologias essenciais a uma adequada avaliação nesta faixa etária.

De igual modo e de forma paradoxal, considerando as críticas que têm sido formuladas no que se refere ao enviesamento menésico associado aos relatos retrospectivos, mantém-se a predominância do uso de questionários de auto-relato na idade adulta em detrimento de entrevistas, que poderiam contribuir para a minimização daquele problema. As entrevistas têm sido, aliás, sugeridas como métodos preferenciais de avaliação em matérias relacionadas com a vitimação, na medida em que favorecem a revelação da violência e a exploração do significado das vivências abusivas (Spaleck, 2006).

Ainda ao nível dos instrumentos de avaliação do impacto do abuso na infância e/ou adolescência, nesta revisão os estudos recorrem maioritariamente a instrumentos não específicos, designadamente questionários de auto-relato que abordam várias áreas de funcionamento (e.g., comportamentos de saúde, comportamentos de risco, problemas de saúde mental). Nos estudos em que foram utilizados medidas mais estandardizadas observa-se a predominância de instrumentos de avaliação psicológica global (e.g., sintomas de internalização e/ou externalização; auto-conceito/auto-percepção). Provavelmente, esta abordagem explica-se pela relutância em questionar directamente a criança sobre as vivências decorrentes da experiência abusiva. Salientamos, contudo, que existem vários instrumentos disponíveis para explorar as várias dimensões do impacto do abuso na idade infantil, designadamente medos associados ao abuso (e.g., *Sexual Abuse Fear Evaluation*; Wolfe & Wolfe, 1988), comportamento sexualizado (e.g., *Child Sexual Behavior Inventory*; Friedrich et al., 1992) e sintomatologia de pós stress traumático (e.g., *Trauma Symptom Checklist for Children*; Briere, 1996).

No que se refere à idade adulta, observou-se que, para a avaliação de determinados efeitos (e.g., depressão, ansiedade), consequências consistentemente referenciadas na literatura da área, são utilizados instrumentos específicos de avaliação. Para a avaliação de outras dimensões (e.g., sexualidade, relações íntimas, parentalidade), a avaliação assume uma natureza mais exploratória e recorre essencialmente a instrumentos não específicos. Também quanto a estas dimensões existem instrumentos específicos disponíveis, nomeadamente fontes de stress na relação pais-filhos (e.g. *Parenting Stress Inventory*; Abidin, 1983) e comportamentos sexuais (e.g., *Inventário Psicosexual*; Snyder, Simpson, & Gangestad, 1986), e parece-nos que o recurso a estes beneficiaria a profundidade e especificidade dos resultados obtidos.

### **6.3. Impacto: variabilidade sintomática**

A investigação neste domínio tem apresentado, ao longo do tempo, alterações importantes do ponto de vista das opções metodológicas adoptadas. Inicialmente baseou-se nos relatos dos terapeutas e das vítimas e restringiu-se à avaliação de psicopatologia, tendo progressivamente alargado o seu espectro não só em relação às amostras seleccionadas, como também ao seu foco de estudo (e.g., sexualidade, funcionamento social, parentalidade). Efectivamente, nas últimas décadas, assistiu-se, como a nossa revisão indica, à proliferação de estudos com amostras da população normal para analisar o impacto desenvolvimental do abuso

e a uma descentração da avaliação da psicopatologia para analisar também outras dimensões do funcionamento global da vítima.

No que refere ao impacto das experiências sexualmente abusivas na infância e adolescência, a investigação realizada sugere uma elevada variabilidade de consequências. Os sintomas de depressão, de ansiedade e os problemas de comportamento assumem particular proeminência, seguindo-se os problemas de natureza sexual, comportamentos auto-destrutivos e o abuso de substâncias. Outras dificuldades, nomeadamente sentimentos subjectivos de mau estar (e.g., vergonha, medo, nojo, raiva, culpa, desconfiança) (López, Carpintero, Hernández, Martín, & Fuertes, 1995), dificuldades de alimentação, de sono (Fávero, 2003) e problemas ao nível escolar (Calam, Horne, Glasgow, & Cox, 1998) surgem como efeitos comuns.

Na globalidade, os dados empíricos obtidos pela investigação neste domínio sugerem alguns padrões comportamentais específicos às diferentes etapas de desenvolvimento (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). A presente revisão corrobora esta premissa, na medida em que, de um modo global, os pesadelos, o comportamento regressivo e o comportamento sexualizado são sintomas mais típicos da idade pré-escolar e a hiperactividade, as dificuldades escolares, o comportamento agressivo, mais comuns na idade escolar. Os comportamentos de fuga, o comportamento desviante, o isolamento, o abuso de substâncias e os comportamentos sexuais de risco surgem como manifestações sintomáticas mais típicas da adolescência.

Estes resultados, cujo padrão diferencial é explicado pelas diferenças desenvolvimentais entre a infância e a adolescência, merecem particular consideração, uma vez que alguns autores têm considerado que os estudos sobre o impacto a curto prazo são particularmente fidedignos, já que a menor distância temporal entre o abuso e a medida do seu impacto minimiza a interferência de variáveis contaminadoras (Fávero, 2003; Lopez et. al., 1995). Contudo, e apesar de relevantes do ponto de vista empírico, devemos salientar que os resultados provenientes destes estudos advêm essencialmente de amostras específicas (vítimas e estudantes) e de medidas pouco estandardizadas sendo de natureza predominantemente descritiva e notando-se uma reduzida presença de grupos de comparação. Estas fragilidades diminuem a possibilidade de generalização dos resultados obtidos, particularmente das amostras de vítimas. Entre outras explicações possíveis para os dados encontrados, as consequências observadas poderão reflectir o impacto dos contextos familiares e sociais adversos das vítimas que, habitualmente, favorecem a ocorrência do abuso sexual e não ser uma consequência do abuso por si só (Fergusson & Mullen, 1999). Podem, ainda, decorrer do impacto cumulativo do abuso e de outras experiências



de vitimação, sendo frequente a comorbilidade entre o abuso sexual, maus tratos físicos e negligência (Boney-McCoy, & Finkelhor, 1995; Canha, 2000; Fergusson, & Mullen, 1999; Finkelhor et. al., 1997; Fleming, Mullen, & Bammer, 1997) assim como a coexistência do abuso com a exposição à violência interpaparental (Draucker, 1996; Fergusson et al., 1996; Fleming, Mullen, & Bammer, 1997; Paradise, Rose, Sleeper, & Nathanson, 1994).

No que concerne à investigação na idade adulta, a associação entre abuso sexual na infância e adolescência e uma diversidade de problemas de saúde mental e prejuízo ao nível do funcionamento psicossocial parece ser evidente. De uma forma global, um número substancial de estudos sugere que as vítimas de abuso tendem a evidenciar níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica global, e de perturbações psiquiátricas. Mais especificamente, estas vítimas tendem a relatar mais sintomas de depressão, ansiedade, abuso de substâncias, comportamentos auto-destrutivos, perturbações alimentares, dissociação e somatização/problemas somáticos.

Mais recentemente, surgiram outros estudos que procuraram avaliar a influência das experiências sexualmente abusivas noutros domínios de funcionamento adulto, nomeadamente no funcionamento interpessoal. Estas investigações revelam a maior vulnerabilidade das vítimas para desajustamento no relacionamento interpessoal (e.g., desconfiança generalizada, isolamento social, hostilidade, medo), na parentalidade, (i.e., percebem-se como menos eficazes e menos competentes; experienciam maior nível de conflitos na relação com os filhos; dirigem aos filhos expectativas inadequadas, evidenciam sobre-dependência emocional da prole) e maior probabilidade de revitimação sexual ou de violência doméstica na idade adulta. Concomitantemente, os estudos salientaram que as vítimas tendem também a evidenciar mais problemas ao nível sexual (e.g., menor valorização do prazer sexual, insatisfação sexual, disfunção orgásmica) e mais comportamentos sexuais de risco (e.g., prostituição, sexo desprotegido).

Estes dados merecem, contudo, também alguma ponderação, na medida em que, pese embora o contínuo investimento neste tipo de estudos, as suas limitações metodológicas comprometem significativamente os resultados encontrados e sua generalização. Desde logo, os efeitos observados podem reflectir o impacto de outras experiências adversas da infância ou ocorridas ao longo do curso de vida, sendo que a relação encontrada entre abuso sexual e desajustamento poderá estar assim enviesada (Fergusson, & Mullen, 1999; Paradise et. al., 1994). A este propósito, uma meta-análise realizada por Rind, Tromovitch e Bauserman (1998),

de estudos efectuados com estudantes do ensino superior, verificou que a associação entre abuso sexual e desajustamento na idade adulta é reduzida ou mesmo inexistente. De facto, os autores sugerem que o desajustamento na idade adulta poderá ser explicado por outros factores, nomeadamente, a disfuncionalidade ao nível familiar. Por outro lado, os relatos retrospectivos poderão influenciar negativa e significativamente a validade dos resultados, na medida em que resultam de uma construção imbuída de significado pessoal e, por consequência, afectada pelo carácter reconstruído dos processos menésicos (Briere, 1992; Fergusson & Mullen, 1999).

No que se refere ao impacto diferencial em termos de género, como vimos anteriormente a investigação é ainda insuficiente (Walker, Carey, Mohr, Stein, & Seedat, 2004). Não obstante, a produção científica tem salientado algumas divergências sistemáticas, dados também corroborados pelos estudos que integram a nossa revisão. De um modo global, a investigação tem demonstrado que as vítimas femininas tendem a recorrer a estratégias de *coping* mais centradas nos aspectos emocionais, tornando-as mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas de internalização (e.g., depressão, ansiedade, PTSD, ideação suicida) (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz, & Ross, 1996; Fergusson & Mullen 1999; Hibbard, Ingersoll, & Orr, 1990; Feiring, Taska, & Lewis, 1999; Walker, Carey, Mohr, Stein & Seedat, 2004). Por seu turno, os dados sugerem que as vítimas masculinas tendem a utilizar estratégias de *coping* mais comportamentais, evidenciando maior sintomatologia externalizadora (e.g., comportamento oposicional, agressividade, impulsividade, conduta anti-social, abuso de substâncias), no sentido de restabelecer o controlo pessoal e a sua identidade masculina após o abuso (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz, & Ross, 1996; Fergusson & Mullen 1999; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Walker, Carey, Mohr, Stein & Seedat, 2004). Outros trabalhos têm ainda sugerido que as vítimas femininas evidenciam maior risco de manifestar sintomas de PTSD após o abuso; no entanto, este é um dado que tem vindo a revelar alguma inconsistência, parecendo que outras características do abuso e da experiência abusiva (e.g., frequência, actos sexuais, proximidade entre vítima e ofensor, suporte da rede social) têm maior influência no risco de PTSD (Walker, Carey, Mohr, Stein, & Seedat, 2004).

Em conclusão, a variabilidade e as lacunas metodológicas (e.g., falta de grupos de comparação, falta de consideração de variáveis moderadoras do impacto, poucos estudos longitudinais), assim como as limitações ao nível do *background* conceptual de alguns estudos tornam, não só a comparabilidade dos estudos e a discussão dos seus resultados mais complexa, como fazem com que as conclusões que deles é possível retirar, embora bastante

consistentes e sem grandes contradições, sejam potencialmente menos rigorosas. Por outro lado, é de notar que os estudos revistos se limitaram a corroborar a literatura dominante na área, pouco contribuindo para a expansão dos conhecimentos disponíveis em matéria do impacto do abuso. Torna-se, portanto, importante questionar sobre se a mera replicação deste tipo de investigações (e a tendência verificada para empreender micro-estudos, com amostra muito específicas ou sobre domínios de impacto muito particulares) é ainda necessária e produtiva, ou se, pelo contrário, como nos parece, importa sobretudo investir em estudos longitudinais e na fundamentação mais sólida das investigações realizadas.

#### **6.4. Estudos longitudinais sobre o impacto do abuso**

Os estudos de natureza prospectiva e longitudinal constituem, efectivamente, um contributo essencial para a investigação nesta área, fornecendo uma abordagem mais compreensiva do impacto e menos afectada pelos enviesamentos metodológicos atrás referidos. Além de permitirem uma conceptualização desenvolvimental das consequências deste tipo de experiências (Calam, Horne, Glasgow, & Cox, 1998; Martin, Bergen, Richardson, Roeger, & Allison, 2004) e uma compreensão do curso da sintomatologia, facilitam a identificação e a actuação de eventuais factores mediadores no percurso de recuperação (Fergusson, Horwood, & Linskey, 1996; Gidycz, Coble, Latham, & Layman; Liang, Williams, & Siegel, 2006; Roberts, O'Connor, Dunn, & Golding, 2004).

Nesta perspectiva, é de destacar o trabalho de Fergusson, Horwood e Linskey (1996), que investigaram a associação entre o abuso sexual na infância e adolescência e impacto psicológico ao longo de dezoito anos. Após o controlo de diversas variáveis sociais e familiares, concluíram que o abuso sexual constitui um factor de risco para o desenvolvimento de uma variedade de perturbações psicopatológicas após os dezoito anos de idade (e.g., de humor, ansiedade, abuso de substâncias, comportamentos auto-destrutivos), corroborando que a maior severidade do abuso (maior intrusividade dos actos praticados) aumenta esta vulnerabilidade. No entanto, verificaram que as estimativas obtidas sugerem que apenas dez a vinte por cento do risco de psicopatologia em jovens adultos era explicado pela ocorrência de abuso sexual. Nesta sequência, os autores argumentam que o impacto do abuso infantil tem sido, de certa forma, exacerbado e será semelhante ao decorrente de outras experiências adversas na infância (e.g., desvantagem social, disfuncionalidade familiar).

No que se refere ao processo de recuperação, na generalidade, a investigação realizada sugere uma progressiva diminuição da sintomatologia ao longo do tempo (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). Contudo, outros estudos contrariam estes dados, não constatando mudanças/melhorias significativas nas crianças abusadas (Tebbutt, Swanston, Oates, & O'Toole, 1997 cit. Wolfe, & Birt, 1997). A este respeito, é de destacar um estudo longitudinal que recorreu a uma combinação de metodologias de avaliação (entrevista, auto-relato e observação) para avaliar a evolução sintomática (Calam, Horne, Glasgow, & Cox, 1998). Inicialmente (quatro semanas após a ocorrência), dois terços das crianças vítimas evidenciaram indicadores comportamentais e emocionais de perturbação e, ao longo do tempo, observou-se uma agudização substancial no que se refere à ansiedade, depressão, tentativas de suicídio, abuso de substâncias, isolamento social e comportamento sexualizado. Constataram ainda que as crianças que estavam envolvidas num processo judicial revelavam risco acrescido, sugerindo que alguns procedimentos judiciais (e.g., retirada da criança da família, entrevistas múltiplas) constituíam preditores de desajustamento psicológico, dado consistente com os resultados obtidos por Runyan (1988, cit. Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). Num outro estudo longitudinal, levado a cabo por Lanktree e Briere (1995, cit. Myers, Berliner, Briere, Hendrix, Jenny, & Reid, 2001), os resultados sugerem que os diferentes sintomas tendem a evoluir de forma distinta, sugerindo que a ansiedade e a depressão diminuem mais facilmente, enquanto a dissociação, os problemas sexuais e os sintomas de pós *stress* traumático permanecem mais tempo.

Por outro lado, muito embora as crianças sobreviventes do abuso sexual constituam um grupo de risco para o desenvolvimento de desordens e perturbações psicológicas, quando comparadas com os seus pares, não existe a evidência de que todas elas desenvolvam respostas pós-traumáticas à experiência abusiva. Neste sentido, uma revisão de estudos empíricos indica que um número substancial de crianças que foram expostas ao abuso sexual não manifesta dificuldades significativas de ajustamento psicológico (Kendall-Tackett et al., 1993; Fergusson & Mullen, 1999). As estimativas acerca do número de crianças assintomáticas variam entre 21% e 49% (Saywitz et al., 2000). De forma análoga, alguns estudos sugerem que 40% de vítimas de experiências sexualmente abusivas na infância não apresenta qualquer desajustamento psicológico (associado ao abuso) na idade adulta (Finkelhor, 1990). Concomitantemente, dados empíricos evidenciam que, do grupo de crianças que inicialmente se apresentavam como assintomáticas (70%), apenas 30% desenvolviam sintomatologia mais tarde

(Kendall-Tackett et al., 1993). Assim, estes dados poderão reflectir o efeito designado na literatura por *"sleeper effect"*, caracterizado pelo aparecimento de sintomas mais significativos apenas cerca de um ano após a revelação (Saywitz et al., 2000).

Em conclusão, os estudos longitudinais, através de múltiplos momentos de avaliação com os mesmos sujeitos, tornam a análise dos efeitos do abuso mais compreensiva e rigorosa, uma vez que permitem não só avaliar a evolução dos efeitos, como controlar variáveis contextuais, desenvolvimentais e individuais que poderão influenciar significativamente os resultados desenvolvimentais obtidos.

### **6.5. Cultura e impacto do abuso**

Um reduzido número de estudos tem examinado o papel da etnia e da cultura na relação entre o abuso sexual e o seu impacto psicológico. Efectivamente, alguns investigadores defendem que existem mais similaridades do que diferenças entre os distintos grupos étnicos nas experiências de abuso sexual e, por consequência, no impacto dele decorrente (White, 1990). Por outro lado, outros autores argumentam que as crenças culturais podem influenciar os efeitos do abuso, o suporte pós-revelação e o processo de recuperação (Fontes, 1995 cit Kenny & McEachern, 2000; Futa, Hsu, & Hansen, 2001; Rao, DeClemente, & Ponton, 1992). Não obstante, a investigação realizada tem produzido resultados algo inconsistentes e contraditórios neste domínio (Kenny, & McEarchern, 2000).

Assim, alguns trabalhos científicos não observaram dissimilaridades no impacto do abuso entre vítimas de culturas orientais e ocidentais, designadamente no que se refere ao ajustamento psicológico (Chen, Dunne, & Han, 2004, 2006; Haj-Yahia, & Tamish, 2001), à vivência emocional do abuso (Tsun-Yin, 1998), às tendências sintomáticas de género (Chen, Dunne, & Han, 2004) e à associação positiva entre severidade do abuso e severidade do impacto (Chen, Dunne, & Han, 2006; Haj-Yahia, & Tamish, 2001). Outros investigadores, contudo, identificaram, nas vítimas de ascendência asiática, maior sintomatologia psicopatológica relativamente aos seus pares norte-americanos (Back, Jackson, Fitzgerald, Shaffer, Salstrom, & Osman, 2003), maior tendência para a internalização dos sentimentos, maior ideação suicida, menor expressão de comportamentos sexuais inadequados (Rao, DeClemente, & Ponton, 1992) e maior proeminência da sexualização traumática na vivência emocional do abuso (Tsun-Yin, 1998). Estas diferenças têm sido atribuídas às especificidades

culturais envolvidas (e.g., inibição da sexualidade, importância da castidade feminina, vergonha e culpa relacionadas com o conceito de honra familiar), bem como ao menor acesso a recursos de saúde mental de apoio à vítima no contexto asiático, facto já documentado em vários trabalhos (Futa, Hsu, & Hansen, 2001).

Concomitantemente, outros estudos verificaram diferenças ao nível do funcionamento psicológico pós-abuso entre vítimas de etnia negra e latino-americanas, sendo que estas últimas demonstravam níveis mais elevados de depressão (Sanders-Phillips, Moisan, Wadlington, Morgan, & English, 1995). Os autores alegam que os valores culturais associados à cultura latina, designadamente no que se refere à família (e.g., importância da família, responsabilidade pelo bem estar familiar), à educação (e.g., modelo familiar patriarcal, autoritarismo e o dever de obediência à figura paterna), e à sexualidade (importância da castidade/virgindade), parecem favorecer a maior vulnerabilidade deste grupo étnico ao desajustamento.

Em síntese, a investigação neste domínio tem adoptado uma abordagem exploratória, recorrendo essencialmente a amostras reduzidas e de conveniência e a terminologias ambíguas relativamente ao conceito de "etnia". Apesar de alguns dados empíricos sugerirem algumas especificidades étnicas no impacto decorrente do abuso sexual, a literatura disponível revela grande fragilidade e inconsistência.

## **7. Investigação em Portugal**

Ao nível nacional, de forma similar ao que ocorre nos países ainda em desenvolvimento, o estudo do impacto do abuso é ainda muito limitado. No âmbito da revisão realizada, não tivemos acesso a qualquer trabalho científico publicado sobre o impacto do abuso na infância e adolescência e só encontramos um estudo que avaliou o impacto do abuso sexual na idade adulta (Fávero, 2003). Este estudo recorreu a estudantes do ensino superior, assumindo uma natureza mais exploratória, e concluiu que as vítimas de abuso sexual revelavam maior tendência para o desenvolvimento de problemas de saúde mental e apresentavam uma elevada prevalência de disfunções sexuais (e.g., medo de ter relações sexuais, dificuldades em estabelecer intimidade com um companheiro afectivo).

## 8. Pistas para a investigação futura no âmbito do impacto do abuso

Da literatura revista, podemos concluir que a investigação realizada até ao momento não identificou um quadro sintomático específico associado às experiências de abuso sexual. Alguns sintomas específicos (comportamento sexualizado na infância, dissociação e PTSD) surgem sobre-representadas nas amostras de vítimas ou clínicas, emergindo como uma minoria nas amostras com a população geral; contudo não se pode dizer que sejam característicos da maioria das vítimas, muito menos que a experiência de abuso conduz inevitavelmente a tal desfecho psicológico.

Na verdade, apesar de a literatura neste domínio parecer consensual no que diz respeito ao impacto negativo do abuso, não existe evidência de que todas as vítimas desenvolvam respostas pós-traumáticas à experiência abusiva. Algumas revisões de estudos empíricos indicam, pelo contrário, que um número substancial de crianças que foram expostas ao abuso sexual não manifesta dificuldades significativas de ajustamento psicológico (Kendall-Tackett, et al., 1993; Fergusson, & Mullen, 1999). As estimativas acerca do número de crianças assintomáticas variam entre 21% e 49% (Saywitz, et al., 2000).

Na generalidade, os estudos parecem indicar que estas crianças assintomáticas tendem a permanecer de tal forma, a curto e a longo prazo. Dados da investigação demonstram que, do grupo de crianças que inicialmente se apresentavam como assintomáticas, apenas 30% vieram a desenvolver sintomatologia mais tarde (Kendall-Tackett, et al., 1993), apresentando uma reacção retardada designada na literatura por *"sleeper effect"*, em que os sintomas mais significativos apenas se manifestam aproximadamente um ano após a revelação (Saywitz et al., 2000). Alguns autores sugerem ainda que a ausência de sintomatologia nestas crianças poderá ser explicada pelo facto de estas ainda não possuírem características desenvolvimentais que lhes permitam a construção de significado acerca da experiência abusiva (Gomes Schwartz, Horowitz, Cardarelli & Sauzier, 1990 cit. Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). Por outro lado, outros trabalhos sugerem que, efectivamente, estas crianças poderão encontrar-se menos afectadas, decorrente dos recursos pessoais e sociais para lidar com o abuso (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993).

Outros estudos, estes efectuados na idade adulta, sugerem que cerca de 40% das pessoas que relatam ter sido vítimas de experiências sexuais abusivas na infância não apresentam em adultas qualquer disfuncionamento psicológico associável ao abuso (Finkelhor, 1990). Tal não quer dizer, contudo, que o abuso seja uma experiência neutra nem sem efeitos

adversos, apenas sinalizando que existem vítimas que conseguem ultrapassar o seu potencial traumático. Neste mesmo sentido, Furniss (1993) adverte que, apesar de nem todas as vítimas demonstrarem perturbação significativa, invariavelmente estas são afectadas pela confusão e ambivalência que caracterizam a experiência de abuso e experimentam sofrimento decorrente da experiência. O facto de existirem vítimas resilientes e a compreensão dos percursos e mecanismos subjacentes a tal resiliência constitui, precisamente, o objecto de discussão do próximo capítulo e dos estudos empíricos desenvolvidos nesta dissertação.

Antes, no entanto, consideramos importante reflectir, tal como temos vindo a fazer, sobre o desenvolvimento futuro da investigação sobre o impacto do abuso, a curto e a longo-prazo. Com base na análise crítica apresentada anteriormente, consideramos que, quanto às amostras e metodologias, importa, no futuro, investir mais em estudos com crianças e adolescentes, nomeadamente com recurso a metodologias qualitativas, mais compreensivas, que nos permitam compreender melhor as significações atribuídas pelas crianças à experiência abusiva, as suas formas de coping com o abuso, a forma como percebem e lidam com as reacções sociais ao mesmo e as idiosincrasias do impacto nesta etapa de desenvolvimento. Esta será, precisamente, a direcção seguida no nosso primeiro estudo empírico.

Por outro lado, relativamente aos trabalhos científicos realizados com adultos, torna-se necessário recorrer a metodologias que minimizem o viés metodológico identificado, designadamente definir múltiplos momentos de avaliação e controlar o impacto de outras variáveis concomitantes ou posteriores ao abuso (e.g., outras experiências adversas), que contribuem para o disfuncionamento psicológico e cujos efeitos se confundem com o impacto específico do abuso sexual.

Ainda no plano das amostras, é também fundamental um maior número de estudos que avaliem o impacto da vitimação masculina (de crianças e adultos), assim como o impacto do abuso em diferentes culturas e minorias étnicas sub-representadas na investigação revista, apesar do maior investimento actual em diversificar as amostras e em alargar o contexto geográfico dos estudos. Este investimento é fundamental, na medida em que a investigação antropológica e etnográfica têm claramente demonstrado que a cultura influencia o impacto das experiências abusivas. Como refere Carlson (2005), a cultura "modera os efeitos da exposição traumática e pode influenciar o processo de recuperação dos efeitos do trauma, violência e abuso" (p.123). Segundo Machado, Dias e Coelho (2010), a literatura sobre cultura e violência tem encontrado pelo menos cinco grandes formas sob as quais a cultura influencia o impacto



das experiências de trauma e violência: a cultura afecta a capacidade de a vítima revelar o abuso e, subsequentemente, a frequência e duração da experiência traumática; influencia as significações e consequências directas do abuso; determina formas específicas de *coping* com a experiência traumática; interfere na forma como a comunidade e os órgãos formais percebem a violência e, consequentemente, tem impacto no suporte social disponível para a vítima e afecta, também, o comportamento de procura de ajuda (decisão de pedir ajuda, fontes de apoio procuradas) por parte da vítima.

Assumindo esta interferência da cultura no impacto do abuso, podemos levá-la mais longe, percebendo que ela não se verifica apenas através do efeito da etnicidade minoritária, mas também no contexto das culturas dominantes e também num plano histórico (Machado, Dias, & Coelho, 2010). Sendo assim, é fundamental incluir também no estudo deste objecto os discursos sociais/culturais acerca da infância, da sexualidade, da violência, do género e da vitimação sexual, e as suas mudanças ao longo do tempo histórico, de forma a compreender de que forma estes discursos influenciam a construção de significados em torno do abuso e, consequentemente, o seu impacto

Por sua vez, no que se refere aos métodos de investigação, para além do investimento já defendido em metodologias qualitativas e no controlo das variáveis cumulativas do impacto, parece-nos também fundamental o maior recurso a metodologias longitudinais, designadamente no sentido de avaliar a estabilidade do impacto (*sleeper effect*) e os factores associados ao processo de recuperação, espontânea ou terapêutica, das vítimas. Concomitantemente, é necessária mais investigação no âmbito dos factores e processos psicológicos envolvidos, quer na forma como o abuso é significado e no seu impacto, quer nas trajectórias conducentes à resiliência, de forma a promover estratégias e/ou programas intervenção mais eficazes. Estes serão, precisamente, os objectivos assumidos nos nossos estudos empiricos.

## CAPÍTULO IV

# ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: RESILIÊNCIA, COMPETÊNCIA E *COPING*



## 1. Introdução

A literatura no domínio do abuso sexual na infância e/ou adolescência tem-se centrado ao longo das últimas décadas fundamentalmente no impacto negativo da experiência abusiva, sendo que são menos os trabalhos que se dedicam a investigar a ausência ou a reduzida sintomatologia manifestada pelas vítimas (McGloin & Widom, 2001), identificada no final do capítulo anterior. Decorrente da cada vez maior necessidade de compreender percursos e comportamentos adaptativos de quem passou por experiências traumáticas, surgiu o conceito de resiliência, que inclui a capacidade de a criança responder de forma adequada face a uma situação de elevado risco, conseguindo restabelecer-se perante a adversidade (Heller, Larrieu, D`Imperio, & Boris, 1999; Rutter, 2007). Este conceito de “ser bem-sucedido” inclui, não somente a capacidade de recuperar da situação abusiva mas implica também a competência para lidar com os problemas decorrentes da revelação do abuso (Masten et al., 1990 cit. Dufour, Nadeau, & Bertrand,, 2000; McGloin, & Widom, 2001).

Assim, longo deste capítulo, é nosso objectivo apresentar as principais directrizes que nortearam o estudo da resiliência nas últimas décadas, sistematizar as principais conclusões da investigação no domínio do abuso sexual, identificando as suas contribuições e lacunas e, por fim, apontar pistas para o futuro desenvolvimento deste tipo de investigação.

Similarmente ao realizado nos capítulos anteriores, foi efectuada uma pesquisa exaustiva sobre este tema nas revistas científicas, disponíveis nas bases de dados PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE, SAGE Full-Text Collection, EBSCO-HOST: Research Data Base, Science Direct (Elsevier), SCOPUS – Database of Research Literature, bem como a análise de livros e monografias que abordavam este tema. Não obstante, atendendo ao número relativamente reduzido de estudos identificados na área, esta revisão centrou-se nas publicações disponíveis entre 1985 e 2010, alargando assim o seu espectro. Dado o reduzido número de trabalhos e dispersão de resultados, não optaremos, neste capítulo, pela mesma metodologia de apresentação das investigações adoptada nos capítulos anteriores. A descrição dos estudos e respectivos resultados será efectuada de forma narrativa (sem recurso a tabelas), seguida da apreciação crítica dos mesmos (a esse nível, tal como realizado nos capítulos prévios), e do levantamento de pistas para investigações futuras no domínio da resiliência.

## 2. Um novo paradigma: da vulnerabilidade à adaptação no contexto da adversidade

O interesse científico pela resiliência emergiu no contexto da psicopatologia do desenvolvimento, na sequência da detecção de um grupo de crianças que não demonstrava sinais de desajustamento psicológico, apesar da exposição a condições de elevado risco (Masten, 2001 cit. Wright, & Masten, 2005; Soares, 2000). Efectivamente, de acordo com a abordagem da psicopatologia do desenvolvimento apesar das crianças vitimas terem menos probabilidade de resultados desenvolvimentais adaptativos, a presença de factores protectores poderá contribuir para aquisições desenvolvimentais ajustadas (Cicchetti & Lynch, 1993). Assim, o estudo deste fenómeno marcou a transição do foco da investigação no contexto da adversidade, tradicionalmente centrado na análise das variáveis de risco, para a exploração dos factores e mecanismos protectores subjacentes a percursos desenvolvimentais positivos (Soares, 2000; Wright, & Masten, 2005).

Definir resiliência tem-se mostrado uma tarefa complexa para os investigadores desta área, emergindo uma diversidade de propostas a partir dos diferentes estudos. De facto, não é claro o que constituem objectivamente resultados resilientes nestas crianças, e por isso o seu estudo científico fica comprometido (Cicchetti & Lynch, 1993). Não obstante a controvérsia conceptual, na generalidade, a resiliência tem sido referenciada à presença de um padrão de adaptação positiva num contexto de adversidade (Wright, & Masten, 2005; Rutter, 2007). Adicionalmente, outras noções inerentes à definição têm alcançado consenso entre os investigadores. Desde logo, é unânime que a resiliência não é sinónimo de invulnerabilidade, significando apenas uma maior capacidade de resistência ou a capacidade para manter o curso desenvolvimental normativo face a uma situação de *stress* ou adversidade (Soares, 2000; Masten, 2004 cit. Stein, 2008). Assim, ser resiliente não implica ausência de sintomas ou de sofrimento mas sim a capacidade de recuperar ou manter um nível de funcionamento globalmente normativo, análogo ao anterior ao evento traumático (Masten et al., 1990 cit. Dufour, M., Nadeau, L. & Bertrand, K., 2000). Por outro lado, a resiliência não é uma condição estática, pressupondo a interacção dinâmica de diferentes factores (de vulnerabilidade e de protecção) sendo que estes vão mudando ao longo dos diferentes estádios desenvolvimentais (Grotberg, 2005; Heller, Larrieu, D'Imperio, & Boria, 1999; Wright, & Masten, 2005). Efectivamente, as situações potencialmente geradoras de stress não são estáticas e, por esse

motivo, também é esperado que o comportamento resiliente se adapte às mudanças nas condições de desafio.

Mediante uma análise da investigação neste domínio, é possível identificar três gerações de estudos nesta área (Infante, 2005; Wright, & Masten, 2005). Inicialmente, o estudo deste fenómeno centrou-se numa abordagem individual, que foi progressivamente evoluindo para uma perspectiva compreensiva ecológica. Paralelamente, surgiu uma terceira geração de estudos, direccionada para a exploração de modelos intervenção e de promoção da resiliência.

Numa primeira abordagem da resiliência, as questões de investigação prenderam-se essencialmente com as características que tornavam as crianças e/ou jovens resilientes “diferentes” daquelas que apresentavam mais dificuldades. Neste sentido, a literatura sugeriu algumas qualidades individuais e contextuais (e.g., a cognição e a auto-regulação, a relação de vinculação entre pais e filhos), tipicamente associadas a um melhor funcionamento psicossocial e a melhores competências para superar uma determinada experiência adversa (Masten, & Coatsworth, 1995). Efectivamente, há crianças que possuem recursos para lidar com o impacto negativo da experiência abusiva sem que seja necessário recorrer a um serviço especializado (Manita, 2003).

O estudo da resiliência, a este nível, tem apontado três modelos explicativos fundamentais: compensatório, protector e de desafio (Fergus, & Zimmerman, 2005). O primeiro refere-se ao efeito directo de um factor protector num determinado resultado potencialmente negativo (e.g., a inteligência superior da criança/jovem pode compensar o efeito desestruturante a nível cognitivo de experiências de negligência severa). O modelo protector distingue-se pelo efeito moderador de um factor protector na relação entre um factor de risco e o resultado desenvolvimental (e.g., uma criança integrada num contexto familiar desestruturado apresenta um risco considerável de comportamentos desadequados, mas a presença de suporte de um adulto significativo poderá funcionar como elemento moderador do risco). O modelo de desafio é curvilíneo, na medida em que a exposição a um reduzido ou elevado nível de risco estão do mesmo modo associados a resultados negativos, sendo que a exposição a risco moderado tende a estar associada a menor impacto negativo (e.g. níveis moderados de stress estão associados a melhores capacidades de coping perante a adversidade do que a exposição prévia a muito baixos ou muitos altos níveis de stress de vida) (Lurigio & Resick, 1990). Neste modelo, o princípio explicativo é o de que as crianças que estão expostas a um nível moderado de risco adquirem competências de *coping* para lidar com situações problemáticas, o que não acontece

no caso de risco reduzido (Fergus & Zimmerman, 2005). Por sua vez, a exposição a elevados níveis de stress prévio tem um efeito desorganizador das capacidades de *coping* da criança, tornando-as indisponíveis para serem mobilizadas perante a experiência traumática (Lurigio & Resick, 1990).

Não obstante este enquadramento conceptual, a resiliência é muitas vezes confundida com outros conceitos como, por exemplo, o ajustamento psicológico, o *coping* ou as competências individuais. No entanto, se por um lado o ajustamento psicológico é um resultado positivo do processo de resiliência, por outro lado, as estratégias de *coping* e as competências individuais são mecanismos importantes neste mesmo processo (sendo que também a influência de variáveis contextuais também deve ser considerada na compreensão da resiliência) (Fergus, & Zimmerman, 2005).

Assim, a análise dos factores protectores associados à resiliência, nomeadamente os factores protectores na infância e juventude, podem ser analisados em quatro níveis (Masten, & Coatsworth, 1995; Wright, & Masten, 2005): individual, familiar, comunitário/social e cultural. Do ponto de vista das características individuais das crianças e/ou jovens, os estudos indicam o temperamento social e adaptável, a competência intelectual, a capacidade de auto-regulação emocional e comportamental, a auto-percepção positiva, como estando associados a uma trajectória desenvolvimental positiva perante a adversidade (Heller, Larrieu, D'Imperio, & Boris, 1999; Masten & Coatsworth; 1998; Soares, 2000; Wright, & Masten, 2005). No que concerne às variáveis familiares, a presença de um adulto de suporte e cuidador privilegiado (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Wright, & Masten, 2005), bem como outras variáveis de estabilidade familiar (e.g., nível reduzido de discórdia, relações positivas com os irmãos, bom relacionamento com a família alargada), de envolvimento parental, de estabilidade socio-económica e de afiliação religiosa (Wright, & Masten, 2005) parecem estar significativamente relacionados com a resiliência. Ao nível social, um contexto que proporcione um desenvolvimento estruturado (e.g., envolvimento da criança em actividades extra-curriculares, relações adequadas com os pares; satisfação com o papel social e sentido positivo de comunidade), assim como características relacionadas com a qualidade do contexto onde a criança/jovem vive (e.g., bairro), as oportunidades de emprego dos pais e o acesso aos recursos da comunidade surgem também na literatura como variáveis relevantes (Banyard, & Williams, 2007; Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Heller, Larrieu, D'Imperio, & Boris, 1999; Wright, & Masten, 2005). Por fim, características mais abrangentes do contexto sociocultural, designadamente as políticas de

protecção da infância, recursos educativos de qualidade e reduzida legitimação da violência física também constituem variáveis que aumentam a resistência ao risco (Machado, 1996; Wright, & Masten, 2005)

A segunda geração de estudos assinalou uma mudança no paradigma da investigação neste domínio, de uma abordagem individualizada e estática aos factores protectores (exposta no parágrafo acima) para uma abordagem ecológica e dinâmica. Trata-se de uma perspectiva influenciada pelo modelo ecológico de desenvolvimento humano proposto por Bronfenbrenner (1994), conceptualizando a resiliência como um processo dinâmico, interactivo e recíproco entre as influências do ambiente e do indivíduo. Neste sentido, importa compreender os processos e mecanismos que influenciam positivamente a adaptação após a adversidade e de que forma é que os subsistemas do desenvolvimento humano contribuem para uma maior resistência na trajectória desenvolvimental perante o risco (Infante, 2005; Wright, & Masten, 2005).

De acordo com esta perspectiva transaccional, o impacto do contexto social na criança e/ou jovem é, em parte, mediado pela sua interpretação da experiência, que também se vai alterando ao longo do tempo (Boyce et al., 1998). Por exemplo, as crianças em idade pré-escolar, vítimas de abuso sexual, manifestam dificuldades em compreender o significado dos actos/comportamentos do perpetrador, mas à medida que vão crescendo, as dimensões da vergonha e da estigmatização podem intensificar-se e influenciar o impacto da experiência abusiva (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Wright, & Masten, 2005). Concomitantemente, a mesma experiência adversa pode assumir significados distintos para cada criança e/ou jovem. A título ilustrativo, a experiência de divórcio dos pais pode ser experienciado como um evento negativo para algumas crianças/jovens mas, para outros, pode assumir uma dimensão positiva na medida em que diminui o conflito e/ou a disrupção no ambiente familiar (Fergus, & Zimmerman, 2005).

Os resultados obtidos no âmbito desta segunda linha de investigação têm sugerido uma especificidade contextual dos processos protectores (Fergus, & Zimmerman, 2005; Wright, & Masten, 2005). Isto é, alguns factores protectores podem relacionar-se com resultados resilientes nas trajectórias de algumas crianças e/ou jovens e noutras não exercerem a mesma função. Pese embora alguns factores sejam referenciados na literatura como importantes e consistentes preditores de resultados mais favoráveis, alguns estudos demonstraram que esta relação não é, de todo, linear. Por exemplo, alguns trabalhos junto de crianças que cresceram em contextos de adversidade (Wyman, 2003; Wyman, Cowen, Work, & Kerley, 1993)



constatarem que a percepção de competência pessoal e expectativas positivas relativamente ao futuro apenas resultam em efeitos positivos quando estas percepções e expectativas têm um carácter realista.

O estudo da resiliência como um processo ecológico e dinâmico tem também vindo a demonstrar que as crianças e/ou jovens podem experienciar vulnerabilidades e factores protectores distintos em diferentes pontos do seu desenvolvimento. Por consequência, diferentes agentes contribuem para a resiliência ao longo do percurso de vida da criança/jovem (Wright, & Masten, 2005). Nesta sequência, a adaptação resiliente é susceptível de mudanças ao longo do tempo, sendo que uma criança pode demonstrar resiliência numa determinada fase desenvolvimental e não noutra, numa dimensão do funcionamento e não noutra, num contexto e não noutra (Fergus, & Zimmerman, 2005; Soares, 2000; Wright, & Masten, 2005).

Alguns autores têm ainda salientado que os pontos críticos de mudança (*"turning points"*) na trajectória de desenvolvimento (e.g., integração escolar, transição para a puberdade, transição para a idade adulta) das crianças expostas à adversidade se constituem como desafios particulares ao seu percurso de adaptação (Banyard, & Williams, 2007; Hawkins et al., 2003, cit Wright, & Masten, 2005; Sampson, & Laub, 1993;) e, por isso, devem ser considerados neste tipo de investigação.

De acordo com esta leitura, o contexto sociocultural é um factor essencial na compreensão dos processos envolvidos na resiliência. As tradições culturais, ideológicas, religiosas e a disponibilização de recursos da comunidade assumem uma variedade de funções (protectoras ou não) que influenciam o percurso da adaptação (Wright, & Masten, 2005).

### **3. Abuso Sexual e Resiliência**

Um reduzido número de estudos tem investigado especificamente a resiliência no contexto do abuso sexual. Não obstante, alguns estudos realizados com vítimas de abuso na infância e adolescência têm salientado um conjunto de recursos, designadamente individuais, familiares e contextuais/sociais que contribuem para resultados adaptativos na sequência desta experiência traumática.

### **3.1. Recursos/Competências Individuais**

Ao nível individual, um *locus* de controlo interno, auto-controlo, auto-estima, maturidade precoce e competências de comunicação (e.g., Barros, & Sani, 2010; Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Heller, Larrieu, D'Imperio, & Boris, 1999; Collishaw, Pickles, Messer, Shearer, & Maugham, 2007) e a atribuição externa da vergonha (Heller, Larrieu, D'Imperio, & Boris, 1999) estão associados a percursos resilientes por parte das crianças/jovens vítimas.

As capacidades cognitivas, designadamente a inteligência elevada, têm sido também frequentemente referidas na literatura da área como preditoras da resiliência (Barros, & Sani, 2010; Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000). Contudo, esta é ainda uma relação controversa, sendo que alguns estudos longitudinais realizados recentemente não corroboram esta associação (e.g., Collishaw, Pickles, Messer, Shearer, & Maugham, 2007; DuMont, Widom, & Czaja, 2007; Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas, & Taylor, 2007).

Ainda no domínio individual, a investigação tem-se centrado na exploração das competências de *coping* das crianças e/ou jovens face à situação abusiva, considerados mecanismos mediadores relevantes na trajectória resiliente. Assim, diversas estratégias têm sido identificadas, permitindo compreender os processos de adaptação e recuperação do trauma por parte das crianças/jovens vítimas. Uma revisão recente de estudos centrados no *coping* face ao abuso sexual (Walsh, Fortier, & Dillilo, 2010) revela que as vítimas tendem a utilizar um variado conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com a experiência abusiva:

#### **3.1.1. Evitamento**

O evitamento enquanto estratégia que visa minimizar o impacto emocional de um acontecimento tem sido apontado como uma estratégia de *coping* frequente face ao abuso sexual (Barros, & Sani, 2010; Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000). Esta estratégia inclui comportamentos tais como evitar pensar, lembrar ou falar sobre o problema, sendo que esta abordagem, apesar de proteger a criança no imediato de sentimentos de ansiedade e afectos desorganizadores associados ao abuso (Tremblay, Hebert, & Piché, 1999) tende a aumentar a sua sintomatologia clínica, quer na adolescência quer na idade adulta (Barros, & Sani, 2010; Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Steel, Sanna, Hammond, Whipple, & Cross, 2004; Wright, Crawford, & Sebastian, 2004).

Do mesmo modo, a dissociação e a supressão emocional (Brand et al., 1999, DiPalma, 1994, citados por Walsh et al., 2010) surgem na literatura como estratégias de *coping* utilizadas pelas vítimas. A severidade do abuso surge como preditor significativo do recurso a estas estratégias de evitamento. Contudo, e na linha do acima sugerido para as crianças que recorrem ao evitamento, esta estratégia prediz a presença de sintomas de pós *stress* traumático (Bonnano, Noll, Putman, O'Neill & Trikett, 2003; Fortier et al., 2009, citados por Walsh et al., 2010; Gibson & Leitenberg, 2001). Este efeito tem sido explicado pelo não processamento, cognitivo e afectivo, da experiência traumática, que assim reaparece sob a forma de pensamentos e afectos intrusivos e perturbadores (Finkelhor, 1990; Kendall-Tackett, Williams, Meyer, & Finkelhor, 1993; Wolfe, & Birt, 1997).

### **3.1.2. Procura de Suporte, Revelação e Denúncia Judicial**

Estas duas formas activas de *coping* têm sido identificadas pela investigação como tendo um efeito protector face ao abuso, na medida em que as crianças/jovens que as usam revelam autonomia e habilidade na procura de suporte junto de adultos, de que poderão fazer uso sempre que sintam necessidade, nomeadamente através da procura de apoio externo à família (Werner, & Smith, 1982 citados por Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Perrott, Morris, Martin, & Romans, 1998). Efectivamente, a procura activa de suporte parece estar associada a uma diminuição da sintomatologia na infância e na idade adulta (Bal, Crombez, Van Oost, & Debourdeaudhuij, 2003; Filipas, & Ullman, 2001), a maior auto-confiança percebida pelas crianças/jovens (Tremblay, Hebert & Piché, 1999) e a menor probabilidade de revitimação sexual na idade adulta (Walsh, Blaustein, Knight, Spinazzola, & Van der Kolk, 2007). A investigação neste domínio tem revelado que os esforços cognitivos e comportamentais das vítimas e o nível de suporte social percebido desempenham um papel crucial na forma como as crianças/jovens vivenciam a experiência abusiva, sendo que as características do abuso (e.g., frequência, severidade, duração) parecem exercer um papel relativamente menos importante na determinação do impacto nas vítimas (Tremblay, Hebert, & Piché, 1999).

Do mesmo modo, a revelação surge como uma estratégia adaptativa a longo-prazo, apesar de ser potenciadora de ansiedade e sintomatologia a curto-prazo (Furniss, 1993; Himelein, & McElrath, 1996). Efectivamente, uma etapa importante no processo de recuperação passa pela capacidade de a criança/jovem se libertar da culpabilização, responsabilização,

estigmatização e isolamento decorrentes do abuso (Schatzow, & Herman, 1989, citados por Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000), que a revelação poderá permitir. A criança/jovem que tem oportunidade para revelar o abuso poderá experimentar sentimentos de auto-controlo e *empowerment*, variáveis que actuam favoravelmente perante o risco (Hanson, Resnick, Saunders, Kilpatrick, & Best, 1999). É, contudo, de ressaltar que o efeito positivo da revelação depende em larga medida da forma como esta é recebida pelo meio da criança (em particular pelas suas pessoas significativas), sendo que o impacto favorável da revelação é potenciado pela credibilização e apoio da rede familiar/social. Pelo contrário, respostas de incredulidade, banalização do evento ou respostas de vergonha, culpabilização ou hostilidade perante a criança/jovem, podem minar o potencial efeito positivo da revelação (Furniss, 1993).

Da mesma forma, a investigação tem encontrado que a denúncia e participação no processo judicial pode aumentar o sentimento de competência e *empowerment* das vítimas. Contudo, a demora na resolução do processo e a forma como a criança/jovem é tratada no âmbito do processo judicial (e.g., pelos advogados, polícias, juizes, peritos) pode condicionar e pôr em causa esse potencial efeito positivo (Calam, Horne, Glasgow, & Cox, 1998; Finkelhor, 2005; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Lurigio & Resick, 1990; Ribeiro, 2006).

### **3.1.3. Reestruturação Cognitiva**

Esta é uma estratégia cognitiva que permite à vítima alterar a compreensão do “episódio stressante” e redefinir as suas consequências (Spaccarelli, 1994, citado por Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000). A reestruturação cognitiva pode ser conceptualizada como uma tentativa de responder à questão fundamental: “porquê a mim”. Esta estratégia pode assumir várias formas, nomeadamente a minimização do abuso sexual ou dos seus efeitos (Himelein, & McElrath, 1996; Perrott, Morris, Martin, & Romans, 1998) e/ou a centração nos aspectos positivos benéficos percebidos da situação traumática (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000). De facto, por um lado, o abuso pode ser considerado pelas vítimas como um veículo para o crescimento pessoal, e por outro, como uma experiência que promove maior prudência e protecção pessoal nas relações íntimas futuras (Himelein, & McElrath, 1996; Plasha, 2009). Esta percepção de efeitos positivos decorrentes da situação abusiva está associada a melhor adaptação na adolescência e na idade adulta (Himelein, & McElrath, 1996; McMillen et al., 1995, citados por Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Plasha, 2009).

Os estudos sugerem que as estratégias de *coping* cognitivas são fundamentais numa perspectiva de longo prazo, na medida em que estas permitem a efectiva integração da experiência abusiva (Walsh et al., 2010). De facto, a procura/construção de significado para a experiência abusiva parece estar associada a melhor funcionamento global e menos problemas psicológicos (Leathy, Pretty, & Tenenbaum, 2003; Plasha, 2009; Wright, Crawford, & Sebastian, 2007; Silver, Boon, & Stones, 1983; cit. Walsh et al., 2010). Aliás, autores há que relacionam este facto com o efeito protector da inteligência da criança/jovem, sendo que crianças/jovens mais inteligentes se envolvem mais no processamento cognitivo e emocional das experiências adversas, sendo que inicialmente podem experimentar maior desorganização, mas a médio-longo prazo beneficiam do efeito positivo da real integração da experiência (Leifer, Shapiro, Mortone, & Kassem, 1991).

#### **3.1.4. Estilos atribucionais**

A teoria da resignação (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978, citados por Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000) permite avaliar as potenciais consequências da auto-culpabilização pelo abuso sexual ou, pelo contrário, da atribuição da responsabilidade ao agressor. Esta teoria postula que a atribuição externa da culpa é uma estratégia de resposta adaptativa. Pelo contrário, um estilo de atribuição interna constitui um factor de risco para a emergência de sintomatologia. Não obstante, estes pressupostos são ainda controversos, na medida em que a atribuição de toda a responsabilidade ao agressor poderá diminuir na vítima a percepção de controlo e eficácia, aumentando a percepção do mundo como ameaçador e imprevisível (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000). Além disso, a culpabilização exclusiva do agressor é incompatível com estratégias que visem promover nas crianças o sentido de controlo. Por outro lado, quando a criança assume alguma responsabilidade pelo abuso, sobretudo se essa atribuição interna for moderada e localizada em factores comportamentais (e.g., ter aceite a boleia do abusador) e não atribucionais (e.g., ser estúpida, ser imoral) (Lurigio & Resick, 1990), a culpa é direccionada para uma fonte controlável e modificável, o que aumenta a sua percepção de controlo perante uma futura revitimação (Jannoff-Bulmau, 1979, citado por Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000).

Apesar destas reservas, os estudos empíricos acerca da relação entre estilos atribucionais e impacto revelam que as vítimas que apresentam uma atribuição interna pelo abuso demonstram mais dificuldades psicológicas, uma auto-estima mais reduzida e mais

depressão, estigmatização e culpa (Barker-Collo, 2001; Chaffin et al., 1997; Steel, Sanna, Hammond, Whipple, & Cross, 2004).

### **3.2. Recursos do contexto familiar e/ou social**

No que se refere aos factores do meio, os estudos realizados neste âmbito convergem para a indicação de que o suporte familiar e, mais especificamente, o suporte parental, pré e pós revelação, são variáveis determinantes do reajustamento após o trauma (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999). Lynskey e Fergusson (1997), num estudo que avaliou prospectivamente uma amostra da comunidade, verificaram que o maior preditor da resiliência face ao abuso era a qualidade do cuidado e suporte parentais. Por sua vez, Collishaw, Pickles, Messer, Shearer, e Maugham (2007), num estudo longitudinal que acompanhou vítimas de maus tratos físicos e abuso sexual, verificaram que as relações interpessoais positivas (e.g., com os pais, pares e parceiros), desde a infância até à meia-idade, se constituíam como fortes preditores da resiliência

Os dados demonstram uma ligação entre uma relação próxima e afectuosa com uma figura parental e a auto-estima global da criança/jovem, sendo esta um factor preditor, como vimos atrás, do ajustamento das vítimas (Houshyar & Kaufman, 2005; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003; Tremblay, Hebert, & Piché, 1999). Outro mecanismo explicativo do papel protector do suporte parental poderá ser o facto de a qualidade das relações de vinculação precoces com os cuidadores e outros significativos influenciar a capacidade da vítima para desenvolver, manter e beneficiar de relações interpessoais de suporte, pré e pós abuso (Collishaw, Pickles, Messer, Shearer, & Maugham, 2007; Perrot, Morris, Martin, & Romans, 1998; Rockville, 1996), assim aumentando a sua resiliência.

Concomitantemente, o suporte social mais alargado (e.g., relações interpessoais positivas e estáveis, suporte na escola e rede comunitária, suporte dos profissionais envolvidos) é também um elemento significativo no processo de restabelecimento das vítimas e facilitador da resiliência ao longo do ciclo de vida (Collishaw, Pickles, Messer, Shearer, & Maugham, 2007; Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Dumont, Widom, & Czaja, 2007; Leathy, Pretty, & Tenenbaum, 2003; Plasha, 2009; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003). Consta-se, por exemplo, um nível de adaptação mais elevado nas crianças/jovens que usufruem de suporte dos seus pares e que não são estigmatizadas por estes (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000).

Similarmente, um estudo qualitativo junto de mulheres adultas vítimas de abuso (Banyard, & Williams, 2007) constatou que variáveis como a satisfação com o papel social e um sentido positivo de comunidade estavam relacionadas com um funcionamento adaptativo.

No entanto, torna-se necessária uma compreensão mais circunstanciada da influência específica do suporte social (e das relações de suporte específicas) nos percursos resilientes. O desempenho desta variável na trajectória bem-sucedida é, em parte, influenciado pelas respostas à revelação do abuso (Jonzon & Lindblad, 2004, Ulman, 2003 cit Wright, Crawford & Sebastian, 2004). Efectivamente, o suporte social e/ou parental apenas se constitui como um factor positivo para o ajustamento da criança se se traduzir em comportamentos de securização, normalização e validação da experiência abusiva. Se, pelo contrário, apesar de haver suporte, a criança vítima estiver integrada num contexto próximo onde os elementos mais significativos (e.g., cuidadores) experienciem eles próprios grande desorganização emocional (e.g., sentimentos de vergonha, estigmatização, humor deprimido, impotência, hostilidade), o suporte não se traduzirá em benefícios para a criança e/ou jovem. Nestes casos, é possível que a criança evidencie até uma agudização da sintomatologia, nomeadamente culpabilização pelo sofrimento parental e pela estigmatização familiar (Jonzon & Lindblad, 2004, Ulman, 2003 cit Wright, Crawford & Sebastian, 2004).

Por outro lado, o suporte social parece assumir uma influência distinta ao longo do desenvolvimento, sendo que o suporte parental assume particular importância na infância e o suporte dos pares na adolescência. Alguns estudos corroboram este pressuposto teórico, verificando-se que as relações com os pares na adolescência assumem uma forte influência no desenvolvimento da resiliência nas vítimas (Collishaw, Pickles, Messer, Shearer, & Maugham, 2007; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003).

Por fim, algumas variáveis referentes aos contextos de vida destas crianças e/ou jovens (e.g., características do bairro onde vivem) também têm surgido como associadas à resiliência, na medida em que têm impacto na estabilidade familiar (e conseqüente qualidade do suporte familiar disponível, assim como do stress familiar experienciado), na qualidade do suporte comunitário e influenciam a exposição da criança a situações adversas (assim aumentando o seu nível de stress, cuja influência na resiliência já foi anteriormente abordada) (e.g., Collishaw, Pickles, Messer, Shearer, & Maugham; 2007; Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas, & Taylor, 2007).

#### 4. Discussão dos estudos revistos: Conclusões, limitações e potencialidades da investigação sobre a resiliência

A investigação no âmbito da resiliência tem-se revelado fundamental na mudança de paradigmas no âmbito da psicologia do desenvolvimento, de uma abordagem centrada no risco para uma nova perspectiva, centrada nas potencialidades do ser humano (Infante, 2005). No contexto do abuso sexual, esta perspectiva contraria a crença na inevitabilidade do trauma e a representação social da “criança danificada”, atribuindo à criança/jovem vítima e aos seus contextos de vida um papel interactivo e generativo no percurso da mudança desenvolvimental futura

Na sua generalidade, os estudos que investigaram a resiliência aqui revistos permitem retirar algumas conclusões gerais, com relativa fiabilidade. Desde logo, é possível concluir que um número substancial de vítimas crianças e jovens de abuso sexual demonstram um funcionamento adaptativo após a experiência traumática (Rutter, 2007). Esta resiliência tende a permanecer na idade adulta, mas é susceptível de mudanças ao longo do processo de desenvolvimento, sendo particularmente desafiada nos pontos críticos (“*turning points*”) de cada percurso de vida (DuMont, Widom, & Czaja, 2007; Rutter, 2007).

A investigação tem identificado determinadas qualidades individuais que parecem estar associadas a resultados adaptativos. Consensualmente, destacam-se o *locus* de controlo interno, o auto-controlo, a auto-estima, a maturidade precoce e as competências de comunicação (e.g., Barros, & Sani, 2010; Collishaw, Pickles, Messer, Shearer, & Maugham, 2007; Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Heller, Larrieu, D’Imperio, & Boris, 1999).

Esta abordagem centrada na resiliência, dedica sua atenção à promoção dos recursos do ser humano, considerando-o o agente principal da sua própria adaptação à situação adversa. Neste sentido, o estudo das estratégias de *coping* utilizadas pelas vítimas tem também vindo a assumir cada vez maior relevância ao nível da investigação internacional, sendo que os resultados revelam que, se algumas destas cumprem apenas uma função protectora no imediato (e.g., evitamento), outras parecem assumir um papel adaptativo a longo-prazo (e.g., auto-controlo, reestruturação cognitiva, atribuição externa da vergonha e da culpa) (Heller, Larrieu, D’Imperio, & Boris, 1999; Walsh et al., 2010). O papel do suporte familiar e social na promoção destas estratégias positivas de coping tem também vindo a ser destacado pela investigação.

Na verdade, os dados empíricos obtidos têm sugerido uma relativização do contributo das variáveis individuais, por si só, no processo de resiliência, validando a importância



comparativamente maior das influências contextuais (e.g., familiares, interpessoais, sócio-culturais) na adopção de estratégias de *coping* adaptativas e como mediadoras do processo de recuperação (Rutter, 2007).

Neste sentido, os recursos disponíveis nos diferentes contextos onde a criança se integra parecem assumir particular relevância no processo de resiliência. Os estudos neste domínio convergem no sentido de que o suporte social, quer providenciado pelos pares, quer pelos profissionais, é uma variável determinante no restabelecimento das vítimas (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000). De igual modo, a investigação indica que uma relação próxima e afectuosa com pelo menos um dos cuidadores (Goldstein, & Brooks, 2005; Houshyar, & Kaufman, 2005; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003; Tremblay, Hebert, & Piché, 1999) e o suporte parental (nomeadamente providenciado após a revelação do abuso) têm um efeito determinante na recuperação das vítimas. (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000).

Não obstante estes resultados constituírem importantes indicadores acerca dos processos de resiliência, a literatura tem vindo a apontar importantes limitações metodológicas dos estudos realizados, nomeadamente ao nível da definição de resiliência e de abuso, da selecção das amostras, dos procedimentos de recolha de dados adoptados e do próprio tipo de dados obtidos (Heller, Larrieu, D'Imperio, & Boris, 1999). De facto, a terminologia utilizada para definir resiliência nem sempre é consensual; se por um lado, esta é conceptualizada como uma característica individual da criança (Tarter, & Vanyukov, 1999, citados por Fergus, & Zimmerman, 2005), por outro, é definida enquanto resultado do contexto, do risco e da protecção (Fergus, & Zimmerman, 2005).

Por outro lado, o facto de um determinado acontecimento de vida poder constituir um factor desestruturador para determinadas crianças, mas não o ser necessariamente para outras, é em muitos casos um factor interferente na análise dos resultados, na medida em que determinadas experiências poderem ser enviesadamente consideradas como sendo de risco para o percurso adaptativo das vítimas (e.g., o divórcio pode surgir como um factor potencialmente de risco, pelas dinâmicas que lhe estão associadas, mas poderá também revelar-se uma experiência positiva quando está associado a uma melhoria do funcionamento familiar e da qualidade das relações e do suporte pais-criança). Além disso, o facto de a investigação na resiliência se ter vindo a centrar, na maioria dos estudos, em apenas um factor de risco e/ou num factor protector limita a análise dos resultados, uma vez que a evidência sugere a necessidade de uma análise multidimensional e a importância de considerar a

interacção de diferentes factores na trajectória desenvolvimental resiliente (Fergus, & Zimmerman, 2005).

Finalmente, é de salientar que o recurso a estudos retrospectivos como metodologia dominante de avaliação do impacto e da resiliência poderá ter associado algum viés do relato, influenciando os dados recolhidos e a sua análise.

Em suma, a investigação ao nível dos recursos e potencialidades do ser humano assume particular relevância, quer teórica, quer prática. A este último nível, poderá produzir potenciais indicadores relevantes para a prática clínica, nomeadamente ao nível das estratégias de *coping* adaptativas e que importa favorecer (e.g., reestruturação cognitiva ou o treino de competências de auto-regulação) (Walsh et al., 2010), bem como ao nível do tipo de suporte que interessa fomentar e das características do meio que podem promover trajectórias desenvolvimentais adaptativas. Concomitantemente, no plano mais teórico/conceptual, a perspectiva da resiliência como uma interacção multifactorial e dinâmica enfatiza que a adaptação positiva não é uma tarefa individual da vítima mas de todos os intervenientes envolvidos (e.g., família, escola, comunidade, sociedade), ao longo de todo o percurso de desenvolvimento da criança/jovem. O modelo de risco dá, assim, lugar a um modelo de promoção e protecção, que enfatiza uma responsabilidade colectiva (familiar, social e política) na promoção de condições e redes de suporte favoráveis a uma recuperação adaptativa. Esta perspectiva salienta ainda a necessidade de um trabalho multidisciplinar no âmbito da intervenção e prevenção no abuso sexual (Furniss, 1993).

## **5. Implicações e pistas para a investigação futura no âmbito da resiliência face ao abuso**

Pese embora o maior investimento actual no estudo da resiliência e a proliferação de trabalhos em vários domínios da adversidade, o estudo deste processo no abuso sexual é ainda circunscrito e insuficiente, como podemos constatar após a revisão sistemática apresentada neste capítulo. Em Portugal, em particular, este estudo parece inexistente (tanto o quanto nos foi possível pesquisar), sendo os estudos empíricos desenvolvidos no âmbito desta tese pioneiros, nesta matéria. Nacional ou internacionalmente, é de particular relevância a necessidade de mais estudos que permitam compreender as especificidades das trajectórias de resiliência após a experiência de abuso sexual, de forma a compreender o impacto desta experiência nas vítimas e

a implementar formas de intervenção com estas e a sua rede social que sejam mais eficazes e eficientes.

Apesar do seu número limitado, a realização de estudos longitudinais tem permitido uma maior compreensão dos processos subjacentes à resiliência e tem sugerido importantes implicações para a investigação nesta área. A resiliência tem, no âmbito destas investigações, sido conceptualizada como um processo dinâmico e interactivo, de acordo com os princípios da equifinalidade e multifinalidade (Soares, 2000; Wright & Masten, 2005). Neste sentido, as vítimas podem experienciar vulnerabilidades distintas ao longo do processo de recuperação e os factores e/ou mecanismos de protecção podem variar na sua influência ao longo desta trajectória (Wright, & Masten, 2005). Alguns estudos que assumem estes pressupostos têm obtido dados interessantes no que se refere ao papel de determinadas variáveis no processo de resiliência no abuso. Por exemplo, contrariamente ao sugerido por outras investigações revistas, Dumont, Widom e Czaja (2007) constataram que o índice de outros acontecimentos de vida adversos não diferenciava os participantes, durante a infância, ao nível da resiliência. No entanto, quando considerado o período desde a adolescência até ao início da idade adulta, o número de acontecimentos de vida adversos mostrava-se preditor da resiliência. Concomitantemente, Rosenthal, Feiring e Taska (2003), num estudo prospectivo com crianças e jovens vítimas de abuso, verificaram que o suporte social assume uma influência diferente, dependendo da fase desenvolvimental em que estas se encontram, sugerindo que o suporte parental é um forte preditor da resiliência na infância e o suporte dos pares um poderoso factor de protecção na adolescência.

Concomitantemente, a investigação no âmbito das estratégias de *coping*, tem-se centrado essencialmente no estudo de recursos cognitivos (e.g., reestruturação cognitiva, estilos atribucionais) em detrimento dos comportamentais. Efectivamente, há autores que sugerem que a procura de actividades favorecedoras de emoções positivas se constitui como uma estratégia de *coping* adaptativa (Morrow & Smith, 1995). No nosso entender, estas estratégias parecem assumir maior relevância se atendermos às características desenvolvimentais das vítimas (crianças e adolescentes).

Nesta sequência, ao nível do *design* das investigações, consideramos fundamental o investimento continuado em estudos de natureza longitudinal e também qualitativa, que permitam não só compreender os processos subjacentes à resiliência, como também a sua estabilidade, especificidade desenvolvimental e idiosincrasias individuais.

Na investigação realizada, nota-se também, como referimos atrás, alguma confusão metodológica que deriva da diversidade de definições de resiliência e da falta de operacionalização conceptual na avaliação de alguns factores protectores intervenientes (e.g., por vezes os estudos referem-se ao suporte social mas não especificam estas dimensões concretas estão a ser avaliadas a este nível). Deste modo, torna-se também fundamental, em futuros estudos, operacionalizar uma definição de resiliência bem como dos factores protectores a avaliar. Concomitantemente, o estudo da resiliência exige, no plano dos métodos de recolha de dados, uma abordagem multidimensional em vários domínios do funcionamento individual, com recurso a múltiplos métodos de avaliação e a fontes de informação representativas dos distintos contextos em que a vítima está integrada.

A perspectiva conceptual mais recente acerca da resiliência tem salientado, como vimos, o papel do contexto sociocultural da vítima na compreensão dos processos envolvidos na resiliência. Neste sentido, consideramos também pertinente a realização de estudos que avaliem a influência da cultura e, mais especificamente, das crenças e dos discursos (e.g., familiares, culturais) acerca da vitimação sexual infantil no processo de resiliência.

Alguns estudos têm ainda constatado que variáveis como o género (e.g., DuMont, Widom, & Czaja, 2007; Widom, & Gloin, 2001) e a etnia (DuMont, Widom, & Czaja, 2007) influenciam o processo de adaptação, sugerindo que as vítimas de sexo feminino e de ascendência africana demonstram maior tendência para a resiliência. Assim, parece-nos ser interessante, na investigação futura, analisar de forma mais sistemática e consistente o contributo destas variáveis no desenvolvimento resiliente e os mecanismos pelos quais se opera a sua contribuição.

Finalmente, constatámos que, embora ao longo das últimas décadas tenham sido delineados alguns modelos explicativos complexos do processo de resiliência, a generalidade dos mesmos centram-se numa abordagem individual à vítima, relativamente estática e focalizada em factores de risco ou protecção individualizados. Torna-se, a nosso ver, fundamental, a partir dos contributos das investigações a realizar neste domínio, construir modelos teóricos explicativos, que nos permitam compreender como é que os diferentes factores, pessoais, familiares, sociais e culturais, interagem dinamicamente na ecologia dos indivíduos, permitindo um processo de adaptação resiliente.

Ainda que com as limitações que um trabalho desta natureza sempre tem, procuraremos de seguida, antes de apresentar os nossos estudos empíricos, explicitar o modelo

conceptual explicativo - quer do impacto do abuso, quer do processo de resiliência – que adoptamos neste trabalho e que norteou, quer a metodologia adoptada nos estudos empíricos realizados, quer na interpretação dos dados obtidos. Neste sentido, o que apresentamos de seguida – uma reconceptualização narrativa dos processos de impacto e da resiliência no abuso sexual – deve ser percebido como a nossa hipótese conceptual explicativa, cuja validade, adaptação e utilidade os estudos empíricos realizados têm o propósito de pôr à prova e verificar.

## CAPÍTULO V

### UMA ABORDAGEM NARRATIVA AO IMPACTO DO ABUSO SEXUAL E AOS PROCESSOS DE MUDANÇA DAS VÍTIMAS



## **1. Introdução**

Após termos discutido, nos capítulos anteriores a este, o impacto das experiências de abuso sexual na infância, assim como o fenómeno da resiliência, e depois de termos apresentado os principais modelos teóricos explicativos, quer de um quer de outro fenómeno, verificamos que apenas dois modelos conceptuais abordam e explicam, quer o impacto do abuso, quer os processos de resiliência. São eles o modelo ecológico e a psicopatologia desenvolvimental.

Não obstante reconhecermos os fundamentais contributos destas duas propostas teóricas, é nosso objectivo, no capítulo que agora iniciamos, propor um modelo teórico alternativo para a compreensão do impacto do abuso e dos percursos em direcção à resiliência: o modelo narrativo de re-autoria, de White e Epston (1990).

Neste capítulo apresentaremos este modelo e a nossa proposta da sua aplicação aos fenómenos do impacto do abuso e da resiliência, enquanto nos dois estudos empíricos desta dissertação, testaremos a sua aplicabilidade e capacidade explicativa do impacto das experiências abusivas (estudo empírico 1) e dos processos conducentes à resiliência (estudo empírico 2).

## **2. O modelo narrativo da re-autoria**

### **2.1. Pressupostos conceptuais**

O modelo narrativo de re-autoria, de White e Epston (1990) inscreve-se num conjunto de abordagens teóricas que advogam que as experiências só adquirem significado e coerência a partir do seu enquadramento em narrativas e que a forma como damos sentido ao mundo e a nós próprios se faz a partir da construção e desconstrução de histórias (Freedman, & Combs, 1996; Gonçalves, & Henriques, 2000; Gonçalves 2008; White, & Epston, 1990). Neste sentido, mais do que meros protagonistas nestes argumentos, somos co-autores das identidades que construímos narrativamente, sendo estas reescritas constantemente.

Estas narrativas orientam os processos cognitivos mais complexos (e.g., memória, expectativas, auto-percepção), os processos emocionais (e.g., emoções mais salientes, temas emocionais predominantes), as relações interpessoais e a organização de planos para o futuro



(Gonçalves, & Henriques, 2000). Assim, segundo a nossa proposta, o impacto de qualquer experiência abusiva será inevitavelmente mediado pela construção de significado realizada em torno do evento, assim como pelo modo como este é ou não integrado na história de vida da vítima e de outros significativos.

Um segundo pressuposto fundamental deste modelo é a importância atribuída ao contexto social e cultural dos sujeitos. As histórias narradas são construídas a partir dos recursos sociais e culturais disponíveis para o sujeito, sendo que estes recursos desempenham um papel simultaneamente organizador e constrangedor na vida dos indivíduos (Gonçalves, 2008; Harker, 1997). Isto é, o enquadramento narrativo e os discursos disponíveis na cultura ajudam-nos a dar sentido e a organizar a nossa experiência, mas ao mesmo tempo constroem, pelas limitações discursivas que impõem, o leque de significações disponíveis para que os sujeitos interpretem e façam sentido das suas experiências de vida (Potter, & Wetherell, 1992). Do mesmo modo, estas construções são influenciadas, quer pelas narrativas prévias construídas pelos sujeitos a partir destes recursos culturais, para dar sentido às suas diferentes experiências de vida, quer pelas narrativas que os seus outros significativos constroem e comunicam ao sujeito acerca de si próprio e/ou das experiências análogas aquelas pelas quais o sujeito passou (Gonçalves, & Henriques, 2000).

Finalmente, um terceiro pressuposto deste modelo conceptual diz respeito ao carácter multipotencial das experiências. Especificamente, este modelo assume que nenhuma experiência de vida tem uma única interpretação viável e que nenhuma trajetória de vida obedece a um padrão de conduta linear. Este pressuposto está intimamente ligado ao anterior, na medida em que esta multipotencialidade decorre da própria complexidade e diversidade dos discursos culturais disponíveis para interpretar uma qualquer experiência (Potter, & Wetherell, 1992). Efectivamente, como diversos autores têm vindo recentemente a salientar, a cultura não é (nunca foi, mas cada vez é menos) monolítica e, em cada cultura, mesmo que seja possível identificar, relativamente a um dado tema, um discurso dominante, há sempre espaço para a diversidade, para contradições e até mesmo para discursos de resistência (Dasgupta, 1998; Machado, Dias, & Coelho, 2010; Volpp, 2006). Desta forma, a influência dos discursos culturais na forma como os sujeitos constroem significado não deve ser percebida de forma determinista, mas antes como um processo flexível e múltiplo, embora dentro dos constrangimentos impostos pelas próprias limitações da cultura. Desta forma, o sujeito pode "escolher" (frequentemente este processo não é totalmente consciente) quais as grelhas disponíveis na cultura que fazem

mais sentido para si, nas quais mais se revê ou com as quais mais se identifica, para dar sentido à sua experiência (Potter, & Wetherell, 1992). É precisamente esta abertura e multipotencialidade existente na cultura que permite a multipotencialidade e possibilidade de mudança nas formas como os sujeitos constroem a sua realidade experiencial.

Mais especificamente, este pressuposto implica que cada sujeito, para uma dada experiência, constrói (podemos dizer, ensaia) diversas possibilidades de significação, sendo que a alternativa que é escolhida é influenciada pela compatibilidade entre essa interpretação e as narrativas de vida prévias desenvolvidas pelo sujeito, pela dominância dessa interpretação na cultura em que está imerso e pela validação social (aceitação, reconhecimento, encorajamento) que os seus outros significativos fazem dessa forma de interpretar e responder ao acontecimento em causa.

Aplicando este pressuposto aos casos em que existe patologia ou nos quais uma experiência de vida adversa parece dominar o sistema de significações do sujeito (como acontece em alguns casos de crianças/jovens abusados), o que tende a ocorrer é uma centração repetitiva do indivíduo em narrativas que mantêm o problema dominante e reforçam as significações de desvalorização construídas em torno dele. Nestes quadros, há uma clara dificuldade do indivíduo em aceder às narrativas alternativas disponíveis (ou porque estas são ténues no seu enquadramento social e cultural ou porque a sua narrativa dominante obstrui o acesso a aquelas, ou porque falha a validação social destas alternativas) e em desenvolver narrativas e formas de vida preferenciais e mais satisfatórias. Por sua vez, os momentos de excepção, em que o cliente consegue comportar-se ou pensar de forma diferente da imposta pelo problema – designados na literatura da área por "resultados únicos" (White, & Epston, 1990) ou "momentos de inovação" (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009) - habitualmente são ignorados ou minimizados pelo sujeito.

## **2.2. Processo de mudança e relevância dos “momentos de inovação”**

Partindo da premissa de que a construção de significado actua narrativamente, esta abordagem assume que os problemas não existem “dentro” das pessoas mas num espaço discursivo que os legitima e os sustenta (Freedman, & Combs, 1996; Gonçalves, & Henriques, 2001; Gonçalves, 2008, White, & Epston, 1990). Deste modo, esta perspectiva contraria a internalização do problema como um “defeito” e a subsequente patologização do indivíduo. Esta

metáfora narrativa abre assim a possibilidade de situar os problemas nos contextos de vida dos sujeitos, sendo, portanto, passíveis de serem desafiados, contra-argumentados e re-significados.

Este processo de externalização do problema (White, & Epston, 1990), ingrediente essencial na óptica narrativa, é facilitado por uma atitude discursiva interpessoal (nomeadamente terapêutica) que sistematicamente diferencie o indivíduo da sua história problemática (Freedman, & Combs, 1996; White, 1994, cit Gonçalves, 2008;). Esta gramática externalizadora constitui-se como uma ferramenta essencial no processo de desconstrução do problema, etapa considerada fundamental para a sua compreensão e para o reposicionamento do sujeito enquanto autor da própria história (Gonçalves, 2008; White, 2004). Na prática terapêutica, a externalização funciona como um recurso discursivo que incentiva o sujeito a pensar e a falar sobre o problema e os seus efeitos (e.g., depressão, culpa, perfeccionismo) como objectos "personificados" distintos da sua identidade (White, & Epston, 1990). Para tal, o terapeuta e/ou investigador narrativo adoptam essencialmente uma postura de curiosidade, procurando explorar a história da relação do indivíduo com o problema, nomeadamente a sua influência, manifestações e objectivos (e.g., "De que forma é que o pessimismo foi tomando conta da sua vida?", "O que é que o pessimismo diz sobre si?"; "O que é que o pessimismo o faz pensar e/ou sentir?"; "O que é que o pessimismo quer para a sua vida?") e as crenças, os padrões de interacção, as expectativas e as práticas culturais que sustentam a história dominante (e.g., "O que existe no seu meio que dá poder ao pessimismo?"; "Quem são os aliados do pessimismo?") (Freedman, & Combs, 1996; Gonçalves, 2008; Machado, & Gonçalves, 1999; White, & Epston, 1990).

Neste contexto de curiosidade, e precisamente para abrir "a porta" a significações e comportamentos do indivíduo que se situem fora da lógica do problema, incentiva-se o sujeito a reflectir acerca das suas interpretações (e.g., "Alguma vez foi capaz de achar que o pessimismo não tinha razão naquilo que lhe dizia sobre si? Sobre como ia ser a sua vida?), competências e soluções (e.g., "Houve alguma vez que o pessimismo tenha tentado dominar a sua vida mas que tenha conseguido resistir? Como é que conseguiu fazer isso?", "O que é que há em si que o levou a ser capaz de fazer isso?"), sendo estes elementos comumente silenciados pela versão problemática dominante (Freedman, & Combs, 1996; Gonçalves, 2008; Machado, & Gonçalves, 1999; White & Epston, 1990).

Como já referimos no ponto anterior, estes momentos que resistem e/ou escapam à influência do problema e que contradizem as prescrições problemáticas são designados por

White e Epston (1990) de “resultados únicos”. Também de acordo com os pressupostos conceptuais deste modelo, expostos anteriormente, os seres humanos são multipotenciais e, como tal, estes momentos de resistência estão presentes em todas as histórias, mesmo nas mais problemáticas. Estes “resultados únicos” ou “momentos de inovação”<sup>16</sup> podem assumir-se como acções, cognições, desejos e/ou expectativas, percebidas pelo próprio ou pelos seus outros significativos. De igual modo, podem ocorrer no plano da concretização ou da imaginação e em diferentes dimensões temporais (passado, presente ou futuro) (Freedman, & Combs, 1996; Gonçalves, & Henriques, 1999; Gonçalves, 2008).

Contudo, nas histórias totalitárias e opressivas, que tipicamente são sustentadas pelos indivíduos que apresentam quadros clínicos ou vidas dominadas pelos problemas que enfrentaram, estas interpretações ou experiências são ignoradas, desvalorizadas ou marginalizadas pelos sujeitos, assim como pela sua rede social (Gonçalves, 2008; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009). Desta forma, apesar da sua ocorrência, o poder transformativo destes momentos de inovação (e até a própria percepção da sua existência) é perdido e as narrativas problemáticas persistem, alimentando-se das interpretações, emoções e acções prescritas pelo problema, num ciclo vicioso que as torna cada vez mais fortes (ibidem).

Pelo contrário, os “momentos de inovação” são os elementos facilitadores de novos significados e de narrativas alternativas, mais congruentes com os desejos e expectativas da pessoa (Freedman, & Combs, 1996; White, & Epston, 1990). Assim sendo, este modelo postula que o processo de mudança ocorre através da identificação minuciosa, da elaboração narrativa e da expansão (no tempo, na frequência, na diversidade, na intensidade) destes momentos de inovação.

Elaborando mais este modelo, White e Epston (1990), na sequência da proposta de Bruner (1986), sugerem que o processo de re-autoria só é viabilizado se for elaborado a dois níveis distintos de significação: na “paisagem da acção” e na “paisagem da consciência”. Ao nível da paisagem de acção, importa a construção do *self* como um “agente activo” da mudança e, nesta sequência, torna-se relevante identificar os acontecimentos excepcionais, os múltiplos

---

<sup>16</sup> Para a clarificação da opção dos autores (e nossa, nesta dissertação, de ora em diante) pela designação “momentos de inovação”, em detrimento de “resultados únicos”, consultar Gonçalves, Matos, e Santos (2009). Em síntese, estes autores argumentam que a denominação proposta por White e Epston (1990) poderá conduzir a leituras ambíguas e enviesadas daquilo em que consistem estes momentos. Por um lado, a denominação de “resultado” poderá remeter para uma ideia de “produto terapêutico”, quando na verdade estas ocorrências são parte integrante de um processo, nunca inteiramente finalizado, e sempre aberto e em construção, da mudança. Por outro lado, o termo “único” poderá induzir os leitores a pensar que estes momentos que contrastam com a narrativa problemática surgem de forma isolada nas histórias dos indivíduos. Neste sentido e assumindo que os RU’s se constituem como elementos que ocorrem frequentemente nas vidas de qualquer pessoa, ainda que possam não ser notados ou não ser elaborados, a designação de “inovação” parece-nos ser mais adaptada ao processo que a designação pretende caracterizar.

personagens e contextos envolvidos e as acções concretas imaginadas ou realizadas. No panorama da consciência, pretende-se o reposicionamento do sujeito na sua própria história e, para tal, assume particular relevância a sua produção reflexiva dos significados (e.g., intenções, desejos, valores, crenças, qualidades, expectativas, objectivos, aprendizagens) intrínsecos aos momentos de inovação historiados.

Este processo de elaboração narrativa tem, ainda, que ser construído numa plataforma de continuidade temporal entre o passado, o presente e o futuro, sendo a continuidade temporal um elemento central da nossa identidade e, portanto, condição fundamental ao desenvolvimento de uma história sustentada e com narrativa (Freedman & Combs, 1996). Para tal, deverá ser encorajado o estabelecimento de conexões entre os momentos de inovação identificados com outros eventos análogos no passado, com outros momentos de inovação no presente e com as projecções do sujeito para o futuro.

É a integração narrativa dos momentos de inovação nos dois planos descritos (acção e consciência) e a sua elaboração num plano de continuidade temporal que, possibilitam a emergência de uma *gestalt* de novos significados, que vão fortalecendo e desenvolvendo, num "ciclo virtuoso" (Gonçalves, 2008) estas formas de pensar, sentir ou agir preferenciais (Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2010). Deste processo resultará, segundo este modelo, "uma fase em que o cliente começa a ensaiar novas formas de se relacionar com o problema" (Gonçalves, 2008, p. 58), dando origem à emergência e progressiva consolidação de uma nova versão da sua identidade (Gonçalves, & Henriques, 2001; Gonçalves, 2008).

Um novo argumento identitário não pode, contudo, ser produzido no vácuo e por isso, a reconstrução tem de se ancorar no espaço discursivo interpessoal e cultural do sujeito. Partindo do pressuposto explanado no ponto anterior, de que as histórias não são produções individuais, mas antes têm uma forte dimensão social e cultural, estes momentos de inovação, para adquirirem força para o próprio sujeito e assim se expandirem, devem ser percebidos, validados e encorajados pela sua rede social, sendo igualmente importante que se identifiquem na cultura discursos que reforcem o valor destas formas alternativas de sentir, pensar e/ou agir. Assim, a consolidação da mudança ocorre também pela validação, do próprio, dos outros significativos e da cultura mais vasta, através de discursos ou comportamentos que reconhecem e integram o contra-argumento que está a ser produzido pelo sujeito. Este processo de validação social da nova história é um alicerce central da mudança, sendo designado por White (2004) de "autenticação", no sentido em que a nova forma de "ser" apenas é viabilizada e expandida se

for legitimada pelas audiências privilegiadas da vida do indivíduo (Gonçalves, & Henriques, 2001; White, 2004).

Em síntese, este processo de re-autoria pretende desafiar os pressupostos que aprisionam o indivíduo e que não lhe permitem aceder a formas de vida para si mesmo preferenciais, encorajando-o a assumir activamente a mobilização da mudança, através da desconstrução e reconstrução das suas narrativas pessoais. A conversação externalizadora, além de operacionalizar uma distinção entre o problema e a identidade, permite a compreensão das suas formas de actuação e dos pressupostos sociais e culturais envolvidos na construção da história-problema. Simultaneamente, a exploração dos momentos de inovação constitui-se como uma oportunidade de antecipar cenários libertos da sua influência e de ensaiar novas formas de sentir/pensar/agir, impulsionando a percepção de poder e de autoria do sujeito e um maior sentido de proactividade perante a sua própria vida (Freedman, & Combs, 1996; Gonçalves, & Henriques, 2000; Gonçalves, 2008; White, 2004).

No modelo narrativo da re-autoria, este processo de mudança, assim como as formas de o promover, têm sido sobretudo descritas no contexto terapêutico. Há, contudo, algumas propostas que tentam aplicar este modelo explicativo aos processos de mudança espontânea que ocorrem na vida das pessoas (e.g., Cruz, 2008; Meira, 2010), tendo a investigação empírica neste domínio verificado que tais processos são largamente semelhantes aos ocorridos no âmbito da mudança terapêutica. Este é também um dos pressupostos teóricos que procuraremos testar nos nossos estudos empíricos.

Antes disso, porém, iremos analisar os estudos empíricos sobre os momentos de inovação, verificando a forma como alguns destes têm validado o modelo narrativo da re-autoria e contribuído para a sua expansão conceptual, quer na compreensão dos efeitos dos acontecimentos adversos, quer na elaboração dos processos subjacentes à mudança.

### **3. Estudos empíricos sobre os momentos de inovação: da diferenciação dos MI a um modelo conceptual explicativo dos processos de mudança**

Esta leitura conceptual incitou o interesse empírico de alguns investigadores em torno dos “momentos de inovação” como elementos de mobilização da mudança e incentivou a concretização de uma diversidade de trabalhos científicos que procuraram investigar o seu potencial na mudança terapêutica (Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009; Gonçalves,

Cunha, Ribeiro, Mendes, Santos, Matos, & Salgado, 2010). Inicialmente, esta investigação analisou os momentos de inovação no contexto da abordagem terapêutica narrativa (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Matos, 2006; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009) e, posteriormente, esta análise estendeu-se a outros modelos psicoterapêuticos, nomeadamente à terapia focada nas emoções (Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg, Gonçalves, & 2010; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, *in press*) e à terapia construtivista (Ribeiro, Gonçalves, & Ribeiro, 2009). Mais recentemente ainda, foi iniciada a análise dos momentos de inovação nos processos de mudança espontânea, com amostras sem patologia constituídas por sujeitos com problemas de vida diversos, quer numa leitura retrospectiva (Cruz, 2008), quer numa abordagem prospectiva (Meira, 2010).

### **3.1. Heterogeneidade e complexidade dos momentos de inovação**

Os estudos iniciais realizados no âmbito de terapia narrativa com mulheres vítimas de violência conjugal (Matos, & Gonçalves, 2004; Matos, 2006) evidenciaram que os momentos de inovação se caracterizam pela sua diversidade. Os trabalhos efectuados por estes autores identificaram cinco categorias de momentos de inovação (doravante designados por MIs): a) acção, b) reflexão, c) protesto, d) reconceptualização e e) novas experiências.

Apesar de irmos mais adiante, na parte empírica desta dissertação, quando identificarmos os nossos instrumentos de análise dos dados, descrever em pormenor os MI e os critérios e processos para a sua identificação e validação, é relevante explicitar desde já as suas principais características. Assim, os MI de acção referem-se a acções e comportamentos específicos de desafio ao problema, que contradizem a história dominante. Por sua vez, Os MI de reflexão envolvem excepções de natureza cognitiva, que indiciam novas compreensões do problema e que não legitimam a narrativa problemática. O protesto envolve um reposicionamento do *self* face ao problema e às suas prescrições, implicando um conjunto de acções e/ou pensamentos que reflectem uma posição de assertividade, contestação e dissidência atitudinal relativamente ao problema e aos outros (pessoas concretas, discursos culturais) que o suportam. Quanto à reconceptualização, esta é uma dimensão de inovação mais complexa, na medida em que exige ao sujeito o assumir de uma meta-perspectiva sobre o problema e sobre os seus processos de mudança. O indivíduo não só identifica os sinais de mudança em si emergentes, como também compreende os mecanismos subjacentes a este

processo de transformação e as diferenças existentes entre o seu funcionamento actual e passado. Assim, os MI de reconceptualização envolvem três componentes essenciais: o *self* no passado, o *self* no presente e a descrição dos processos de mudança que ocorreram desde o passado ao presente. Por fim, os MI de novas experiências, posteriormente designadas por Gonçalves e colaboradores (2010) de MIs de “desempenho da mudança”<sup>17</sup>, referem-se a novas formas de agir e à antecipação ou planificação de novas experiências, projectos ou objectivos, como consequências da mudança ocorrida.

White e Epston (1990) hipotetizaram, como vimos, que estes momentos de inovação ocorriam na paisagem da acção ou na paisagem da consciência, diferenciando-os em termos destas duas dimensões. A taxonomia proposta por Matos e Gonçalves (2004) e por Matos (2006) integra mas complexifica esta diferenciação conceptual, na medida em que, embora determinados MIs (e.g., acção e reflexão) se situem no panorama da acção e da reflexão respectivamente, outros têm a potencialidade de serem elaborados em ambas as dimensões, como sejam os MIs de protesto, reconceptualização e desempenho da mudança (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009).

Esta sistematização e diferenciação dos MIs inspirou a construção de um sistema de codificação dos momentos de inovação que serviu de instrumento base da análise narrativa efectuada nos estudos empíricos realizados a partir desta grelha conceptual e que será, como dissemos, apresentado de forma mais minuciosa na componente metodológica da presente dissertação (SCMI; Gonçalves, Matos & Santos, 2007; Gonçalves, Ribeiro, Matos, Santos & Mendes, 2009).

### **3.2. Modelo conceptual explicativo dos processos de mudança**

Apesar de diversos autores (Freedman & Combs, 1996; White & Epston, 1990) associados ao modelo narrativo argumentarem que a elaboração narrativa dos momentos de inovação é suficiente para precipitar a mudança, os estudos empíricos conduzidos pela equipa coordenada por M. Gonçalves conduziram à elaboração de um modelo teórico que procura explicar, de forma mais complexa e detalhada como se desenvolve no tempo tal processo de mudança, qual o papel dos diferentes MIs neste processo e de que forma ocorre a solidificação

---

<sup>17</sup> Designação utilizada na presente dissertação.



desta mudança (incluindo a consolidação de uma nova narrativa do *self*) ou, pelo contrário, o que acontece quando as oportunidades de mudança representadas pelos MIs não conduzem à mudança (e.g., Gonçalves, Cunha, Ribeiro, Mendes, Santos, Matos & Salgado, 2010; Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Matos, Santos, Gonçalves & Martins; 2009).

Uma das asserções centrais deste modelo teórico é que é essencial uma *gestalt* de MIs para a construção de uma versão de vida alternativa. De acordo com esta hipótese explicativa, os diferentes MIs operam de forma distinta na mobilização da mudança, sendo que determinados MIs ou padrões de MIs assumem um papel mais determinante do que outros na consolidação da mudança.

Neste sentido, argumentam que a acção e a reflexão se constituem como formas de inovação mais elementares, que podem encetar e validar a mudança, na medida em que indicam ao sujeito que algo de "diferente e/ou novo" está a acontecer. Contudo, os estudos empíricos evidenciam que a sua frequência isolada não impulsiona por si só uma nova narrativa do *self* (ibidem). De igual modo, o protesto assume particular importância no processo de mudança porque, além de promover a separação entre o indivíduo e o problema, significa uma re-apreciação da sua posição face ao mesmo, mediante uma atitude assertiva e de resistência (como alguém que tem voz própria e que reclama as suas escolhas), por vezes imbuída de um re-posicionamento também crítico face às prescrições culturais que sustentam o problema. Contudo, quando esta separação entre o indivíduo e o problema não é bem conseguida ou não é sustentada no tempo, estes momentos de inovação podem acabar por resultar em formas de auto-depreciação e culpabilização. Assim, os MIs de acção, reflexão e protesto, pese embora a sua relevância, podem constituir "portas de abertura" para a mudança e traduzir a sua ocorrência, por contraposição aos significados emergentes do problema, mas, segundo os dados recolhidos nos estudos empíricos desta equipa, não são suficientes para produzir a expansão de significados alternativos, nem para consolidar estes numa versão do *self* e do mundo alternativa à narrativa problemática. Este poder de transformação é adquirido quando a elaboração narrativa destes MIs ocorre em interacção com o processo de reconceptualização (ibidem).

A reconceptualização, ao traduzir uma meta-posição sobre a mudança (compreensão do que mudou e dos processos envolvidos nessa mudança), constitui-se como uma oportunidade para o sujeito de desempenhar o papel de autor do seu próprio argumento narrativo. Desta perspectiva, torna-se possível reflectir sobre o processo de transformação, imaginar cenários preferidos, internalizar novas competências e recursos e criar formas de vida alternativas, mais

consonantes com os desejos e expectativas pessoais. Neste sentido, a reconceptualização é um ingrediente crucial no processo de re-autoria, que confere coerência organização e complexidade aos momentos de acção, reflexão e protesto, viabilizando a sua expansão e consolidação.

Finalmente, os MIs de desempenho da mudança representam a expansão da narrativa alternativa para o futuro, desenvolvendo uma plataforma de possibilidades alternativas às que existiam na história saturada pelo problema, e assim consolidando a mudança. Neste modelo, cada fase deste processo, é solidificada e ampliada mediante a validação de outros significativos e também quando os significados alternativos que os sujeitos vão desenvolvendo encontram eco nos discursos disponíveis no seu meio social e cultural.

Os estudos efectuados no contexto da mudança psicoterapêutica e espontânea têm permitido elaborar e corroborar estas asserções teóricas quanto ao desenvolvimento do processo de mudança e aos diferentes papéis que os vários MIs nela desempenham (Gonçalves, Cunha, Ribeiro, Mendes, Santos, Matos, & Salgado, 2010; Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2010). Assim, os dados obtidos confirmam, de forma consensual nos diferentes estudos, que os momentos de inovação são uma dimensão relevante no processo de mudança, observando-se uma sua maior frequência, diversidade e saliência nos casos de terapia bem sucedida ou de mudança espontânea no sentido da resolução de problemas de vida. De igual modo, os MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança parecem assumir um papel determinante na emergência de uma narrativa preferencial. De acordo com os dados obtidos, são tipos de momentos raros nos casos de insucesso na mudança e progressivamente mais salientes desde o início ao término da terapia nos casos de sucesso terapêutico (Gonçalves, Cunha, Ribeiro, Mendes, Santos, Matos, & Salgado, 2010; Matos, 2006; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2010).

Estudos mais recentes (Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, *in press*) apontaram ainda para a necessidade de uma diferenciação interna no âmbito dos MIs de reflexão e de protesto em dois subtipos cada um. Nesta proposta, as reflexões de tipo I referem-se a considerações centradas na compreensão da história problemática e nos seus efeitos, favorecendo um distanciamento do problema (e.g., novas formulações do problema, intenções de combater as suas prescrições), enquanto as reflexões de tipo II envolvem significados associados à mudança, facilitadores de novas posições face ao problema (e.g., considerações sobre o processo de mudança e estratégias implementadas para dominar o problema, discursos de auto-valorização). De forma similar, os protestos de tipo I reflectem uma posição de crítica e

de confronto orientada para a narrativa-problema (e.g., contestação do problema, das suas prescrições e/ou dos outros que o suportam), enquanto os protestos de tipo II reflectem a emergência de novas posições que evidenciam uma postura pessoal mais proactiva (e.g., manifestações de assertividade face aos outros e de *empowerment*).

Estes estudos empiricos conduziram ainda à formulação de outras hipóteses teóricas, nomeadamente a de que estes subtipos contribuíam de forma distinta para o processo de mudança. Nesta óptica, e tomando como referência os resultados obtidos no âmbito de seis processos de psicoterapia, Mendes e colaboradores (*in press*) argumentaram que a reflexão de tipo II e o protesto de tipo II se constituem como elementos precursores e facilitadores da reconceptualização, e por consequência, da mudança efectiva. A reflexão de tipo I favorece a construção de significado emocional e cognitivo em torno da experiência, mas são as inovações reflexivas de tipo II que permitem uma significação centrada na mudança e a emergência de elaborações narrativas acerca de como esta poderá ocorrer (e.g., estratégias a implementar e novas posições a adoptar na nova forma de ser). Concomitantemente, o protesto de tipo I, apesar de reflectir já uma nova posição de agência pessoal (de confronto com o problema), pode converter-se numa forma de evitamento das implicações emocionais das experiências adversas que deram origem ao problema, o que não permite a sua integração emocional e cognitiva. O protesto de tipo II, pelo contrário, evita este risco, possibilitando a emergência de uma resposta emocional mais adaptativa e centrada nas competências do sujeito que, de forma integrada com as reflexões de tipo II, favorecem a emergência da reconceptualização.

É de salientar que, como fomos referindo ao longo deste tópico, os estudos realizados no âmbito dos processos de mudança espontânea (Cruz, 2008; Meira, 2010) corroboram globalmente este modelo de mudança, evidenciando que os momentos de inovação são também elementos presentes nos contextos externos à terapia e se assumem como indicadores de mudança. De forma análoga, validam a conexão encontrada entre processos de mudança bem sucedidos e a maior frequência, duração e diversidade dos MIs, assim como a centralidade da reconceptualização como um indicador de mudança efectiva no sentido da emergência de uma narrativa alternativa à versão do *self* e do mundo sustentada pelo problema. Não obstante, cabe neste momento assinalar que o estudo de Cruz (2008), sobre processos de mudança relativamente a problemas de vida diversos, descritos retrospectivamente, evidencia alguns dados em certa medida discrepantes com este modelo teórico. Mais especificamente, neste estudo a maior saliência dos MIs de protesto estava associada a narrativas de manutenção do

problema. Os investigadores avançaram com diferentes hipóteses explicativas para este resultado, nomeadamente, formulando a hipótese anteriormente avançada relativamente ao risco de os protestos de tipo I virem a constituir uma forma de manutenção do problema e não um resultado de mudança efectiva (Mendes, Ribeiro, Angus, Greensberg, & Gonçalves, *in press*).

Por seu lado, o estudo levado a cabo por Meira (2010), sobre resolução de problemas de vida diversos, analisados através de um *design* prospectivo, revelou uma saliência inferior de MIs de desempenho da mudança, comparativamente com os encontrados noutros estudos (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2010). Este dado poderá ser explicado pelo papel mais passivo da investigadora nas entrevistas que foram sendo realizadas ao longo do seguimento dos casos que integravam a amostra, a qual contrasta com a postura do terapeuta (sendo a maioria dos estudos que sustentaram a elaboração do modelo centrados na mudança terapêutica), mais activa ao longo do processo e intencionalmente promotora de alternativas e de uma projecção do sujeito no futuro (Meira, 2010; White, 1990).

### **3.3. Fracasso dos processos de mudança: mutual-in-feeding e retorno ao problema**

Na sua generalidade, os estudos realizados no âmbito deste modelo teórico têm demonstrado, como acabámos de perceber, que a presença de momentos de inovação na elaboração narrativa da experiência é necessária mas não produz, por si só, a mudança. Na decorrência desta constatação, cabe analisar um segundo pressuposto central do modelo teórico desenvolvido por Gonçalves e colaboradores, referente à forma como a mudança é alcançada e consolidada ou, pelo contrário, ao fracasso dos processos de mudança: a noção de que, enquanto alguns padrões de MIs, identificados no ponto anterior, parecem facilitar a construção e enraizamento de novas narrativas do *self*, outros padrões de elaboração narrativa contribuem, pelo contrário, para a manutenção do problema e anulam o potencial transformativo dos MIs (Gonçalves, Matos e Santos, 2009; Gonçalves, Ribeiro, Conde, Matos, Santos, Martins, & Stiles, *in press*). Estes padrões de anulação do potencial de mudança têm sido analisados por esta equipa de investigação por recurso ao conceito de *mutual-in-feeding* (Valsiner, 2002).

Valsiner (2002) define o *mutual-in-feeding* como um movimento cíclico entre duas componentes do *self*, a narrativa dominante acerca do *self* (i.e., a sua forma usual de compreender o mundo que, nos casos terapêuticos, seria uma narrativa dominada pelo

problema) e uma voz alternativa (que representaria uma potencial narrativa preferencial, correspondendo no modelo teórico que temos vindo a analisar, aos momentos de inovação). Na sua perspectiva, nos casos em que a mudança fracassa, tal decorreria de uma oscilação contínua entre estas vozes, num processo em que cada vez que a voz da mudança emerge ela é contraditada por uma contra-voz (a voz do problema), que oculta a inovação anterior e impossibilita o desenvolvimento de um sistema coerente e integrador de significados alternativos acerca da experiência.

De forma global, os dados empíricos obtidos pelos investigadores que se integram no modelo teórico que temos vindo a apresentar corroboram esta hipótese teórica defendida por Valsiner (2002), verificando-se que os casos de insucesso terapêutico apresentam percentagens significativamente mais elevadas de MIs imediatamente seguidos de momentos discursivos de retorno ao problema (Gonçalves, Ribeiro, Conde, Matos, Santos, Martins, & Stiles, *in press*). Concomitantemente, os dados empíricos evidenciam que este é um processo que interfere com a mudança e que ocorre essencialmente em resposta às formas de inovação mais primárias e que já tínhamos verificado terem uma menor força transformativa (MIs de ação, reflexão e protesto). Estes momentos de inovação, quando não se interligam entre si através de uma metaposição (traduzida pela reconceptualização), são por vezes seguidos de momentos discursivos em que o sujeito anula o seu potencial e retorna às significações impostas pelo problema, assim anulando o seu papel potencialmente transformativo e promovendo uma retro-alimentação entre os momentos de inovação e a auto-narrativa dominante (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009).

#### **4. A experiência de abuso sexual: Um argumento narrativo para a compreensão do impacto e dos processos de resiliência**

Na generalidade, os modelos conceptuais tradicionais assumem o abuso sexual como uma experiência essencialmente individual (ou, no limite, familiar) e consideram que as suas vítimas, predominantemente, experienciam perturbações ao nível emocional, cognitivo e comportamental (Adams-Westcott & Dobbins, 1997; Machado, & Gonçalves, 1999). Esta assumpção, designada por alguns autores de “pressuposto de défice” (Gergen, 1996 cit. Machado, & Gonçalves, 1999) salienta os “defeitos internos” da vítima e contribui para a construção de uma identidade “danificada” daquela, reforçada pelos outros significativos e pelas leituras sociais e culturais da sujeição a experiências de adversidade. A este propósito, Machado

e Gonçalves (1999) alertaram para o potencial desta forma de compreensão do abuso sexual e dos seus efeitos na criação de profecias auto-confirmatórias, em que os intervenientes significativos assumem comportamentos para com a criança e/ou jovem vítima como se esta fosse um “bem danificado” (e.g., hiper-protecção da criança, hipervigilância relativamente aos seus comportamentos, sobrevalorização do seu eventual mal-estar), que podem resultar em subsequentes alterações no seu comportamento e vivência emocional. Por sua vez, estas alterações confirmam as expectativas iniciais, perpetuando inadvertidamente um ciclo vicioso que reforça e potencia os efeitos negativos de uma experiência que é, como vimos no capítulo três da presente dissertação, obviamente adversa e potencialmente traumática, mas que à qual muitas crianças (como constatámos no capítulo quatro) têm também capacidade para resistir de forma resiliente.

As abordagens construcionistas, pelo contrário, e em particular as abordagens narrativas, pressupõem que uma determinada trajectória desenvolvimental resulta das relações em que os seres humanos se envolvem (Gergen, 1996 cit. Matos, 2006) e, neste sentido, entende que as narrativas não são produções individuais mas antes imbuídas de influências socioculturais que as potenciam, enquadram e validam (White, 2004). Esta perspectiva contraria a percepção do abuso como um problema meramente individual e reanalisa a forma como este é compreendido e os seus efeitos à luz dos discursos sociais e culturais disponíveis no meio do sujeito para dar sentido a esta experiência. Estes discursos tornam-se fundamentais, na medida em que podem alimentar significações para o abuso que invalidam a experiência do sujeito, potenciam leituras negativas (e.g., auto-depreciatórias, culpabilizantes) da vítima e promovem práticas opressivas (e.g., silenciamento, inibição social, restrições comportamentais) (Adams-Wescott, & Dobbins, 1997; Machado, & Gonçalves, 1999).

Desde logo, as especificidades e dinâmicas inerentes à vivência desta experiência (e.g., assimetrias de poder, falta de consentimento e conhecimento, estratégias de coerção e manipulação emocional, síndrome de segredo) favorecem o desenvolvimento de narrativas de auto-depreciação, culpabilização e impotência, reflectindo habitualmente a internalização da voz do abusador (Adams-Wescott, & Dobbins, 1997; Machado, & Gonçalves, 1999; Kamsler, 1998). Concomitantemente, após a revelação, os significados construídos em torno do abuso são também influenciados pelas reacções dos outros significativos face a tal ocorrência e aos seus efeitos. As significações propostas pelos discursos do meio social e cultural das crianças vão também condicionar de forma relevante a forma como estas constroem sentido para aquilo que

lhes aconteceu e para as consequências que podem experienciar. Desta forma, mesmo que ocorra a ruptura do segredo, alguns padrões de interacção (e.g., descridibilização, ambivalência emocional, culpabilização) e de significação, quer dos progenitores não abusivos, quer do meio social e cultural mais vasto da criança/jovem, validam a versão do *self* e do mundo veiculada à criança pelo abusador e reforçam a construção de uma narrativa problemática em torno desta experiência adversa (Kamsler, 1998).

É de salientar, especificamente, o papel de algumas crenças (Machado, & Almeida, 2004) que implicitamente fomentam o silêncio em torno destas experiências e o desenvolvimento de uma identidade constituída por narrativas de vulnerabilidade, de auto-depreciação, de culpabilização e de estigmatização (Adams-Wescott, & Dobbins, 1997; O'Leary, 1999). Estas crenças centram-se fundamentalmente na forma como o próprio fenómeno do abuso é percebido (e.g., o abuso como um fenómeno raro, que só ocorre em famílias carenciadas e promíscuas, a crença de que a maioria das alegações de abuso são fruto da fantasia infantil ou da mentira), no seu impacto (e.g., crença na inevitabilidade do trauma e conseqüente tratamento das vítimas como "bens danificados") e nas crenças de género associadas ao abuso (e.g., invulnerabilidade masculina, sedução feminina).

Concomitantemente, a intervenção do sistema de protecção constitui-se como um outro constrangimento externo que influencia o processo de atribuição de significado ao abuso por parte das vítimas. Os procedimentos do sistema judicial, tal como estão delineados e são implementados no nosso país, não promovem, como alguns estudos demonstram (e.g., Ribeiro, 2006), significados de suporte e mestria pessoal para as vítimas. A vítima, é neste contexto, tratada como uma personagem passiva da sua própria história, submetida a diligências de avaliação e/ou intervenção repetidas, desarticuladas e intrusivas, que minimizam o seu sentido de controlo e autoria sobre a própria vida (e.g., Furniss, 1993, Finkelhor, 2005; Calam, Horne, Glasgow, & Cox, 1998; Ribeiro, 2006).

Se esta influência dos discursos interpessoais e culturais na forma como construímos significado para as nossas experiências é um pressuposto central do modelo narrativo, cabe salientar que nos casos em que a experiência a significar é o abuso, esta influência é exponenciada, uma vez que a criança/jovem usualmente não dispõe de outros referenciais interpretativos para esta experiência (sexual, secreta, coerciva) senão que não os que lhe são disponibilizados pelos adultos que os rodeiam (Adams-Wescott & Dobbins, 1997; Machado & Gonçalves, 1999). Deste modo, o abuso sexual é um acontecimento que afecta de forma

significativa o sentido de autoria das crianças e/ou jovens (Price, 1993) e as narrativas construídas por estas em torno da experiência, do seu impacto e das possibilidades e processos de mudança são particularmente influenciadas pelos discursos da sua rede familiar, social, judicial e cultural. De um modo geral, como vimos, estes discursos são demasiado centrados nas consequências negativas do abuso e enfatizam constantemente o seu aspecto traumático, assim como o dano e o sofrimento causados, elaborando estes efeitos adversos como algo permanente e inevitável, ao invés de salientarem a possibilidade de recuperação e de resiliência das vítimas.

Para que a mudança se torne possível, é pois necessário desconstruir estes discursos e desenvolver outros alternativos, que promovam o sentido de agência pessoal da vítima e viabilizem histórias menos estigmatizantes, desvalorizantes e culpabilizantes, antes enfatizando as competências das vítimas e as suas possibilidades de resistência aos efeitos do problema, traçando percursos em direcção à resiliência (Adams-Wescott, & Dobbins, 1997; Harker, 1997; Machado, & Gonçalves, 1999).

## 5. Conclusão

Neste capítulo procurámos sustentar que o modelo narrativo constitui uma abordagem compreensiva, alternativa, teoricamente integrada e empiricamente sustentada, dos processos de impacto e de mudança na sequência de uma experiência de abuso sexual. Esta perspectiva não ignora o carácter adverso desta experiência nem a sua dimensão potencialmente traumática, nem nega que esta possa causar perturbações no desenvolvimento da vítima. No entanto, recusa quaisquer conceptualizações de natureza determinista que estabeleçam uma conexão linear entre abuso e psicopatologia (Gonçalves, 2008; Hermans, 1985, cit. Kamsler, 1998), salientando a multipotencialidade das experiências de vida (mesmo as adversas).

Segundo esta leitura, as histórias dominantes (i.e., saturadas pelo problema) perdem a capacidade de adaptação e flexibilidade e apresentam-se hipertrofiadas por discursos internos e externos de invalidação pessoal, que contaminam a identidade da vítima e conduzem a padrões de disfuncionalidade (Adams-Wescott, & Dobbins, 1997; Kamsler, 1998; Machado, & Gonçalves, 1999). No entanto, a compreensão da diferença entre o *self* e o problema abre um espaço para que a criança/jovem vítima possa reposicionar-se perante a história-problema, explorando, através da elaboração narrativa dos momentos em que emergem significados alternativos



àqueles, formas preferenciais de se relacionar com a sua experiência e com o seu futuro (Adams-Westcott, & Dobbins, 1997; Harker, 1997; Machado, & Gonçalves, 1999).

Uma das implicações centrais desta conceptualização é que, ao contrário das tradicionais abordagens cognitivo-comportamentais, que prescrevem como ingrediente essencial do processo de recuperação a exposição da vítima às e elaboração das memórias traumáticas, na óptica narrativa esta não é uma etapa absolutamente necessária à mudança. Mais, sugerem que esta exposição pode apenas reactivar as significações associadas à experiência vivida, provocando uma intensificação dos sentimentos de impotência então experienciados e dos significados para ela desenvolvidos (Adams-Westcott, & Dobbins, 1997). Neste paradigma, torna-se antes relevante explorar os detalhes, os momentos e as experiências que contrariam as significações e prescrições determinadas pela história problemática e que permitem que a criança aceda às suas competências e qualidades pessoais, bem como adquira poder generativo sobre a sua própria vida. Neste sentido, os momentos de inovação representam uma oportunidade de re-apropriação da experiência pessoal e do sentido de controlo, no desenvolvimento de narrativas alternativas, não dominadas pelas prescrições do abuso.

Em suma, numa leitura narrativa dos processos de resiliência, nem todas as vítimas desenvolvem narrativas colonizadas pelo abuso e a história problemática é apenas uma das múltiplas versões possíveis para dar sentido às suas vidas e experiências (Harker, 1997). Estas crianças possuem, como quaisquer outras, competências e recursos para desafiar os significados e prescrições comportamentais ditados pela narrativa problemática e para construir narrativas alternativas, mais libertadoras e preferenciais (Adams-Westcott, & Dobbins, 1997).

Com base nestes pressupostos narrativos, na parte empírica deste trabalho pretendemos explorar a experiência do abuso sexual na infância e/ou adolescência a dois níveis: a) a forma como as vítimas elaboram narrativamente a experiência de abuso, quer relativamente ao seu impacto adverso, quer relativamente aos momentos de inovação, em que conseguem elaborar significados alternativos para esta experiência; b) a forma como a elaboração do impacto negativo da experiência, assim como dos momentos de inovação, eventualmente distinguem as crianças resilientes das não resilientes. Estes dois objectivos serão, respectivamente, traduzidos nos nossos estudos empíricos I e II, que passamos agora a apresentar.

PARTE B  
ESTUDOS EMPÍRICOS



CAPITULO I:  
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO



## **1. Objectivos gerais dos estudos empíricos**

O tema central dos dois estudos empíricos desenvolvidos no âmbito desta dissertação é o impacto do abuso e os processos conducentes à resiliência, ambos concebidos (tal como foi proposto no último capítulo) à luz de uma conceptualização narrativa.

Podemos distinguir nesta tese dois objectivos empíricos, um abordado em cada estudo, assim como um objectivo teórico mais lato. Assim, de um ponto de vista empírico, pretendemos: com o primeiro estudo, caracterizar o impacto do abuso de uma perspectiva narrativa, identificando quer os efeitos negativos desta experiência problemática, quer os recursos narrativos das crianças e/ou jovens para resistirem ao impacto adverso da mesma e construir acções e significações preferenciais; assim como, com o segundo estudo, identificar se há diferenças entre crianças e/ou jovens resilientes e não resilientes na forma como elaboram o impacto negativo do abuso, assim como no modo como conseguem mobilizar significações alternativas e preferenciais em torno desta experiência.

Finalmente, assumimos um terceiro objectivo, este geral e de natureza teórica, que é analisar a adequação e contribuições do modelo narrativo para explicar o impacto do abuso e os processos de resiliência nas crianças abusadas.

## **2. Metodologia global utilizada nos estudos empíricos**

### **2.1 Amostra**

#### **2.1.1. Critérios de amostragem**

O processo de recolha da amostra para estes dois estudos pautou-se pelas orientações da amostragem teórica intencional (Flick, 2002), visando essencialmente atingir a representatividade do fenómeno do abuso sexual, ampliando o conhecimento sobre o mesmo através da exploração da experiência idiossincrática de cada um dos participantes, considerados por nós como peritos experienciais (Morse, 1994) por terem vivido em primeira mão a experiência de abuso.

De forma a garantir o rigor e a objectividade metodológica na prossecução destes estudos, foram definidos um conjunto de critérios para a selecção da amostra:

a) a criança/jovem ter sido sinalizada pelo Tribunal após uma denúncia de vitimação por abuso sexual;

b) existir um parecer positivo da avaliação forense quanto à credibilidade das alegações de abuso realizadas (uma vez que em parte dos casos de abuso acessíveis não havia ainda decisão judicial final, embora em todos houvesse acusação, assim garantindo, também no plano legal, a elevada probabilidade de ocorrência dos factos);

c) a criança/jovem ter capacidades comunicativas e intelectuais suficientes para a produção de um relato adequado dos factos abusivos e para ser capaz de responder às questões integrantes do guião de entrevista (estas capacidades intelectuais e narrativas são alvo de avaliação desenvolvimental no âmbito do protocolo de avaliação do abuso usado na Unidade de Psicologia da Justiça na Universidade do Minho);

d) no momento da recolha de dados, ter decorrido um mínimo de seis meses e um máximo de dois anos desde o momento da revelação, procurando minimizar a possibilidade de ocorrência do *sleeper effect*. Efectivamente, a literatura adverte, como vimos no capítulo três, para a possibilidade de existência de um período de inexistência de sintomas, seguido da sua ocorrência, situando essa emergência sintomática por volta de um ano após o abuso mas, por vezes, estendendo-se durante mais tempo. O período temporal por nós definido visou estabelecer margens alargadas mas claras para garantir, na medida do possível, que a possibilidade de ocorrência deste efeito de adormecimento e consequente minimização da sintomatologia.

### **2.1.2. Procedimentos de amostragem**

Entre 2005 e 2008 as autoridades judiciais encaminharam diversas crianças e jovens alegadamente vítimas de abuso sexual para a Unidade de Psicologia da Justiça do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho, com o pedido de se proceder à sua avaliação forense. No final deste processo de avaliação e emissão do parecer solicitado, caso os menores preenchessem os critérios de amostragem acima definidos, os psicólogos responsáveis pelos processos explicitavam aos representantes legais dos menores e aos próprios os objectivos e procedimentos do presente estudo, bem como a salvaguarda da confidencialidade e do anonimato na apresentação pública dos resultados, questionando-os sobre a sua disponibilidade para participar no estudo.

Cabe, contudo, clarificar que, apesar de ter sido encaminhado um número elevado de casos de abuso sexual para avaliação forense na Unidade durante o período da recolha de

dados, uma percentagem substancial destes foi excluída do presente estudo. Esta eliminação teve por base diferentes motivos: a) não foi obtido um parecer conclusivo quanto à credibilidade das alegações de abuso na avaliação forense; b) presença de características específicas dos menores que impediram a realização da entrevista de investigação (e.g., deficiência mental, dificuldades linguísticas significativas); c) alguns dos casos foram orientados pelo Tribunal para o processo de avaliação num momento temporal que ultrapassava os dois anos após a revelação, devido à morosidade dos processos judiciais; d) a autorização dos pais e do menor para a realização da entrevista não foi dada ou foi obtida no início do processo de avaliação mas foi retirada no momento efectivo da recolha de dados.

Perante estas dificuldades na constituição da amostra, em 2007 procedemos à recolha de dados na Associação de Amigos da Criança e da Família "Chão dos Meninos", em Évora, seguindo os mesmos procedimentos. No entanto, nestes últimos participantes, considerou-se pertinente a recolha prévia de informação sobre o funcionamento individual e familiar dos menores, uma vez que os respectivos processos de avaliação forense não apresentavam informação considerada suficiente para o presente estudo.

### **2.1.3. Participantes**

Com base nestes pressupostos, a amostra destes dois estudos é constituída por dezasseis vítimas de abuso sexual (dez do sexo feminino e seis do sexo masculino), com idades compreendidas entre os doze e os dezasseis anos de idade ( $M=13.75$ ;  $S.D.=1.19$ ).

No que se refere às características socio-demográficas dos cuidadores, as idades dos pais e/ou substitutos variam entre trinta e sete e sessenta e oito anos de idade ( $M=45$ ;  $S.D.=7.65$ ) e as das mães e/ou substitutas entre trinta e um e cinquenta e dois anos ( $M=40$ ;  $S.D.=5.57$ ), sendo na sua maioria casados. A análise dos indicadores socio-demográficos dos agregados familiares que acolhem os participantes levam-nos a considerar que estes provêm de um meio desfavorecido, verificando-se a predominância de reduzidas qualificações académicas e presença significativa de situações de precariedade económica (e.g., desemprego e dependência de subsídios sociais) (cf. Quadro XLIV).



Quadro XLIV: Características socio-demográficas da amostra (no momento da ocorrência do abuso)

	Frequências (%)	
<hr/>		
Agregado Familiar		
Família Nuclear (Pai e Mãe biológicos)	10 (63)	
Família Monoparental Feminina	1 (6)	
Família Monoparental Masculina	1 (6)	
Família Alargada	1 (6)	
Família Reconstituída	3 (19)	
	Pai	Mãe
Estado civil		
Casado	11 (79)	11 (73)
União de Facto	0 (0)	0 (0)
Solteiro	0 (0)	0 (0)
Divorciado/Separado	3 (21)	3 (20)
Viúvo	0 (0)	1 (7)
Habilitações literárias		
Primeiro Ciclo (concluído/por concluir)	9 (64)	10 (67)
Segundo Ciclo	3 (22)	5 (33)
Terceiro Ciclo	0 (0)	0 (0)
Secundário	2 (14)	0 (0)
Curso Técnico	0 (0)	0 (0)
Bacharelato	0 (0)	0 (0)
Licenciatura	0 (0)	0 (0)
Pós-Licenciatura	0 (0)	0 (0)
Situação Profissional		
Empregado	9 (64)	7 (47)
Desempregado	4 (29)	8 (53)
Reformado	1 (7)	0 (0)
Rendimento Familiar		
Vencimento mensal fixo	8 (57)	6 (40)
Salário por semana/hora/tarefa	3 (22)	3 (20)
Rendimento social de inserção	1 (7)	4 (27)
Subsídio de desemprego/Pensão de invalidez/Reforma	2 (14)	2 (13)

Relativamente às características do abuso, dez são casos de abuso extrafamiliar e seis casos de abuso intrafamiliar. A diferença de idades entre ofensor e vítima variou entre 15 e 44 anos ( $M= 28,1$ ;  $S.D.=9.78$ ). Para a categorização da severidade (cf quadro XLV), foram utilizados os critérios de Russel (1983, cit. Wolfe, & Birt, 1997): *muito severo* (envolveu cópula vaginal e/ou anal e/ou oral), *severo* (incluiu actos masturbatórios ou penetração digital) e *menos severo* (envolveu toques sexualizados nos seios e genitais). Dos dezasseis casos, três envolveram o uso da força e ameaças e duas das vítimas masculinas relataram o recurso a armas.

Tal como podemos observar no quadro, as características da presente amostra são congruentes com as tipicamente observadas nos casos reportados às instâncias formais (e.g., Tribunais, Polícia). É possível assim concluir que esta é uma amostra caracterizada pela

predominância da vitimação feminina, por uma maior percentagem de abuso cometido ao nível extrafamiliar, de tipo severo e continuado, ocorrendo num meio familiar tipicamente desfavorecido.

Quadro XLV:: Características do abuso dos participantes em estudo

	Frequências (%)	
	Continuado	Episódico
Tipo		
Intrafamiliar	4 (24)	2 (13)
Extrafamiliar	8 (50)	2 (13)
Severidade		
Muito severo		12 (75)
Severo		3 (19)
Menos Severo		1 (6)
Situação Judicial		
Transitado em julgado		6 (38)
A decorrer		10 (62)
Padrão de vitimação		
Vitimação		14 (88)
Revitimação		2 (12)

Os participantes fizeram ainda referência a outras problemáticas familiares, destacando-se a presença de problemas de saúde mental dos progenitores e/ou seus substitutos (e.g., alcoolismo e/ou consumo de drogas; depressão) e a experenciação de outras formas de vitimação concomitantes (e.g., exposição a violência interparental, maus tratos físicos e/ou psicológicos).

Quadro XLVI: Outras problemáticas presentes no agregado familiar da amostra

	Frequências (%)	
	Reportado	Não Reportado
Alcoolismo e/ou consumo de outras drogas (progenitores)	8(50)	8(50)
Outros problemas de saúde mental	7(44)	9(56)
Outras formas de vitimação		
Maus tratos físicos e/ou psicológicos	7(44)	9(56)
Exposição a violência interparental	6(38)	9(62)

## 2.2. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

### 2.2.1. Questionário socio-demográfico

Para a recolha dos dados sócio-demográficos, foi elaborada uma grelha de avaliação de modo a obter indicadores sociais e económicos acerca dos agregados familiares que acolhem as crianças e jovens vítimas, nomeadamente características dos cuidadores como o estado civil, habilitações literárias, situação profissional, fontes de rendimento familiar e condições habitacionais (cf. Anexo 1).

### 2.2.2. Entrevista qualitativa

Para a recolha das significações atribuídas pelas crianças à experiência de abuso, foi utilizada uma entrevista qualitativa em profundidade (cf. anexo 2). Esta entrevista foi elaborada intencionalmente para este estudo, com base no modelo narrativo de re-autoria de White e Epston (1990), sendo constituída por questões em torno de três áreas fundamentais:

a. Numa primeira etapa, questões em torno da desconstrução do problema, identificando a sua área de influência, as suas estratégias, prescrições e figuras que o alimentam (e.g., *“O problema ainda te aborrece? O que é que o medo te leva a fazer? O que é que a culpa diz sobre ti? Há alguma coisa na maneira de ser das pessoas à tua volta que ajuda o problema?”*);

b. Num segundo momento, o questionamento minucioso sobre eventuais momentos e/ou áreas que escapam à influência do problema, no âmbito da paisagem da acção (e.g., *“Há alturas em que consigas desobedecer ao problema? Como é que conseguiste fazer isso? Que pensamentos é que te ajudaram?”*);

c. Finalmente, questões dirigidas ao significado pessoal dos momentos de inovação, no plano da consciência (e.g., *“O que é que o facto de teres sido capaz de contar diz sobre ti? O que é que há em ti que te levou a seres capaz de fazer isto? O que é que diz sobre o teu futuro?”*).

Estas entrevistas foram realizadas individualmente e a sós com os menores, com o devido consentimento por parte de todos os participantes e dos seus responsáveis (pais ou representantes legais). Tiveram uma duração que oscilou entre trinta e cento e trinta minutos, (M=72.12, S.D.= 25.59) e foram gravadas em suporte audiovisual.

Foram efectuadas, em onze dos processos, entre os doze e os dezoito meses após a revelação do abuso sexual e em seis casos, com um intervalo temporal entre vinte e um e vinte e quatro meses (M= 17; S.D.=4.71).

### **2.2.3. Consulta dos processos**

No âmbito do processo de recolha da amostra, foram consultados os processos de avaliação forense que decorriam quer na Unidade de Consulta de Psicologia da Justiça na Universidade do Minho quer na Associação “Chão dos Meninos” no sentido de aferir se os avaliados correspondiam aos critérios de amostragem já explicitados acima.

Neste sentido, as perícias realizadas foram alvo de análise de forma obter informação acerca das experiências de abuso sexual, designadamente o seu contexto de ocorrência e o parecer formulado pelo perito relativamente à credibilidade dos relatos produzidos pelas vítimas. Neste contexto, foram ainda analisadas as entrevistas com a criança e/ou jovem e com os seus responsáveis de modo a avaliar dados mais qualitativos acerca do seu ajustamento global e contexto familiar (e.g., funcionamento, ajustamento parental, suporte).

## **3. Análise dos dados**

Todas as entrevistas foram integralmente transcritas e posteriormente submetidas a análise qualitativa (cujas especificidades explicitaremos no âmbito de cada estudo empírico), com apoio do programa informático de tratamento de dados qualitativos *Non-numerical Unstructured Data - Indexing, Searching and Theorizing* - NUD\*IST (Qualitative Solutions and Research, 1997). Ao nível das análises quantitativas foi utilizado o software *PASW Statistics 18* para analisar diferenças estatísticas quer ao nível dos efeitos do abuso quer dos momentos de inovação.



CAPITULO II:

ESTUDO 1: EFEITOS DO PROBLEMA E RECURSOS PARA A MUDANÇA  
EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL



## **1. Objectivos**

Neste primeiro estudo, procura-se analisar o impacto e as vivências associadas à experiência abusiva, assim como identificar os recursos para a mudança (momentos de inovação, mais adiante explanados), presentes num grupo de crianças vítimas de abuso sexual. Mais especificamente, pretende-se compreender como é que as crianças vítimas elaboram a sua narrativa sobre esta experiência problemática e de que forma tal narrativa traduz recursos para a construção da mudança numa direcção mais adaptativa.

## **2. Metodologia de análise de dados**

Após a explicitação global do processo de amostragem e recolha de dados, efectuado no ponto prévio, descreveremos aqui o processo de análise de dados conduzido especificamente para este primeiro estudo.

### **2.1. Codificação dos dados**

Após a recolha e posterior transcrição das entrevistas, foi iniciado o processo de codificação e análise dos dados obtidos, utilizando para tal o programa *Non-numerical Unstructured Data - Indexing, Searching and Theorizing* - NUD\*IST (Qualitative Solutions and Research, 1997). Através do recurso a este suporte informático, desenvolvemos uma categorização indutiva e exaustiva de todo o texto, tomando a frase como unidade de análise.

Este processo iniciou-se com uma primeira análise preliminar de quatro casos, que permitiu identificar os principais temas gerais presentes nas narrativas dos participantes. De acordo com o modelo narrativo de re-autoria proposto por White e Epston (1990), assumido como principal linha conceptual orientadora deste estudo (cf. capítulo V), estes conteúdos organizavam-se em torno de duas áreas fundamentais: a) influência do problema (evolução, efeitos, prescrições, normativas sociais e/ou culturais); e b) momentos de inovação (Gonçalves, Matos & Santos, 2009), que traduziam momentos de excepção à narrativa problemática. Deste modo, numa etapa posterior, a codificação dos dados empíricos foi orientada segundo procedimentos distintos no que se refere ao impacto do abuso e aos momentos de inovação.



### **2.1.1. Procedimento de codificação do impacto do problema**

Relativamente aos dados referentes ao impacto do abuso, o processo de codificação adoptou os princípios propostos pela *Grounded Analysis* (Glaser & Strauss, 1967). Mais especificamente: a) *Princípio indutivo* (i.e., todas as categorias são criadas através de um processo indutivo a partir dos dados e vão sendo redefinidas de forma sistemática ao longo do processo de categorização); b) *Princípio da hierarquização* (i.e., as categorias iniciais são de natureza essencialmente descritiva e aproximadas da linguagem dos participantes e evoluem para categorias mais integradas conceptualmente/teoricamente ao longo do processo); c) *Princípio da teorização* (i.e., a categorização é um processo multietápico, incluindo um primeiro nível de análise das categorias que é mais descritivo e um segundo nível que permita uma leitura conceptual dos dados); e d) *Princípio da codificação inclusiva* (i.e., é possível atribuir cada unidade de análise a diferentes categorias) (cf. Machado, 2004).

Nesta análise foram tidas em consideração as categorias correspondentes a todos os participantes, exceptuando apenas aquelas que tinham uma natureza idiossincrásica, como realizado em estudos análogos (ibidem).

### **2.1.2. Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação**

Tal como o referido anteriormente, um objectivo central do presente estudo prendeu-se com a análise minuciosa da presença de momentos de inovação nas narrativas dos participantes. Assim, baseando-nos em investigações realizadas anteriormente (e.g., Matos, 2006), utilizámos um sistema de codificação desenvolvido pelo grupo de investigação que, na Universidade do Minho, se tem dedicado ao estudo do papel dos momentos de inovação nos processos de mudança, terapêutica e espontânea - Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves, Matos & Santos, 2008, 2010).

Dos estudos subjacentes à construção do sistema de codificação (Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009; Gonçalves, Cunha, Ribeiro, Mendes, Santos, Matos, & Salgado, 2010), emergiram cinco categorias de momentos de inovação, conforme se encontra sistematizado no Quadro XLVII: (1) acção, (2) reflexão, (3) protesto, (4) reconceptualização e (5) desempenho da mudança.

Quadro XLVII: Tipologia e exemplos de Momentos de Inovação<sup>18</sup>

Tipos de MI	Subtipos	Exemplos
<p><b>MI Acção (MIA):</b> Acções ou comportamentos específicos de desafio ao problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Novos desempenhos face à antecipada ou efectiva reinstalação de um obstáculo</li> <li>• Resolução de problemas não resolvidos</li> <li>• Exploração activa de soluções específicas</li> <li>• Restauração da autonomia e auto-controlo</li> <li>• Procura de informação sobre o problema</li> </ul>	
<p><b>MI Reflexão (MIR):</b> Excepções de carácter cognitivo ou produtos cognitivos que indiciam a compreensão de algo novo e que não legitimam o problema</p>	<p>(I) Distanciamento do problema</p> <p>(II) Centrados na Mudança</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreensão: reconsiderações sobre o problema e consciência das suas causas e dos seus efeitos</li> <li>• Novas formulações do problema</li> <li>• Auto-instruções funcionais ou pensamentos adaptativos</li> <li>• Intenções de combater as prescrições do problema</li> <li>• Articulação de dilemas cognitivos e afectivos</li> <li>• Processo terapêutico: reflexões sobre o processo terapêutico</li> <li>• Processo de mudança: considerações sobre qual o processo e estratégias implementadas para dominar o problema; referência a crenças de auto-valorização e sentimentos de bem-estar</li> <li>• Emergência de novas posições/versões da identidade face às prescrições do problema</li> </ul>
<p><b>MI Protesto</b> Momentos de dissidência atitudinal, envolvendo de algum modo confronto (endereçoado a outrem ou a facetas de si próprio). Podem envolver comportamentos, pensamentos e sentimentos projectados ou concretizados</p>	<p>(I) Posição orientada para o problema</p> <p>(II) Emergência de novas posições</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posição de crítica ou confronto face ao problema e a outros (abusador, outros) que o suportam ou mantêm</li> <li>• Manifestações de assertividade face aos outros e <i>empowerment</i></li> <li>• Reposicionamento face às prescrições culturais, sociais, religiosas e educacionais</li> </ul>
<p><b>MI de Reconceptualização</b> Descrição processual a nível metacognitivo (i.e., não só surgem pensamentos e/ou desempenhos fora da lógica do problema como emerge também o processo subjacente a essa transformação)</p>	<p>(I) Posição orientada para o problema</p> <p>(II) Emergência de novas posições</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redefinição das versões de si</li> <li>• Releitura da sua relação com os outros</li> <li>• Atribuição de novos significados (reenquadramento) de problemas prévios</li> <li>• Redefinição da versão elaborada acerca dos outros</li> </ul>
<p><b>MI Desempenho da mudança</b> Referências a novos projectos, actividades, investimentos, em curso ou antecipados</p>	<p>(I) Posição orientada para o problema</p> <p>(II) Emergência de novas posições</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalização no futuro de ganhos para outras dimensões da vida</li> <li>• Reutilização da experiência problemática para novas dimensões</li> <li>• Reinvestimentos em novos projectos resultantes do processo de mudança</li> <li>• Reinvestimentos relacionais resultantes do processo de mudança</li> <li>• Desempenho da mudança: novas competências</li> <li>• Re-emergência de versões de si esquecidas ou negligenciadas</li> </ul>

<sup>18</sup> Fonte: Manual de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI 7.2, Gonçalves, Matos, & Santos, 2008, 2010)

### **2.1.2.1. Procedimentos de codificação dos Momentos de Inovação e acordo inter-codificadores no presente estudo**

De acordo com o protocolo estabelecido no âmbito do Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI 7.2, Gonçalves, Matos, & Santos, 2008, 2010), os investigadores que pretendam recorrer a este instrumento devem realizar um processo de treino prévio. Deste modo, a investigadora submeteu-se a um processo de treino de codificação, constituído por diferentes etapas: 1) Leitura do sistema de codificação e de literatura científica relevante (e.g., Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009; Gonçalves, Cunha, Ribeiro, Mendes, Santos, Matos, & Salgado, 2010); 2) Codificação do caderno de treino I (Gonçalves et al., 2007); 3) Codificação de duas sessões de terapia transcritas, em que estão identificados os Momentos de Inovação mas não o seu tipo; 4) Codificação de duas sessões sem localização dos MIs; e 5) Codificação do caderno de treino II para efeito de cálculo do acordo (ibidem). Para estarem habilitados para a realização da codificação, de acordo com este modelo, os autores estabelecem a necessidade de obter um *Kappa de Cohen* relativamente ao cálculo do acordo com um investigador treinado mais elevado do que 0.75.

Tal como recomendado pelos autores, a codificação dos dados foi efectuada com recurso a dois codificadores (nós e uma investigadora sénior na utilização do SCMI, co-autora do Manual de codificação utilizado). Após uma primeira análise das entrevistas, ambas as codificadoras procederam a uma discussão preliminar sobre a percepção de cada uma sobre os problemas identificados pelas crianças e jovens vítimas. Posteriormente, o juiz principal (autora da presente dissertação) codificou 100% das entrevistas e juiz co-codificador codificou 50%, tomando em consideração a análise de dois parâmetros: a) o tipo de momento de inovação (e.g., acção, reflexão, protesto, reconceptualização, desempenho da mudança), e b) a saliência temporal de cada momento de inovação ao longo da entrevista (i.e., tempo ocupado por cada MI), sendo posteriormente também ponderado o índice de saliência temporal de cada tipo de MI (i.e., através do somatório do tempo ocupado por cada um dos tipos de MIs é calculada a sua proporção em função do tempo total da entrevista).

Após a conclusão do procedimento de codificação foi calculada a percentagem de acordo inter-juizes no que se refere à saliência dos MIs identificados (96%) e o *Kappa de Cohen* relativamente aos diferentes tipos de MIs (0.92). Atendendo ao nível elevado de fidelidade, a análise que apresentaremos neste estudo baseou-se na codificação realizada pela juíza principal.

### 2.1.3. Sistema de Codificação dos Marcadores de Retorno ao Problema (MRP)

Tal como já referido no capítulo V, os estudos realizados neste âmbito têm evidenciado que a presença de momentos de inovação na elaboração narrativa da experiência não produz, por si só, a mudança. Os investigadores hipotetizam que o insucesso terapêutico e a manutenção da narrativa problemática podem dever-se a um processo, designado por Valsiner (2002), de *mutual in-feeding* (Gonçalves, Matos e Santos, 2009; Gonçalves, Ribeiro, Conde, Matos, Santos, Martins, & Stiles, *in press*). Este processo consiste num movimento cíclico entre uma voz (expressa pela narrativa dominante) e uma contra-voz (expressa por um momento de inovação), numa dicotomia constante que inviabiliza a mudança (Gonçalves, Ribeiro, Conde, Matos, Santos, Martins, & Stiles, *in press*).

Assim, de forma análoga à codificação dos momentos de inovação, a investigadora codificou todas as entrevistas seguindo os procedimentos definidos no protocolo estabelecido pela equipa de investigação (*Manual for the Return to the Problem Coding System*; Gonçalves, Ribeiro, Santos, Cruz, Mendes, Gonçalves, Conde, & Pinheiro, 2009). Ao longo de cada entrevista, a codificadora analisava cada um dos momentos de inovação (já previamente codificados de acordo com o Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação), avaliando se, imediatamente após um momento de inovação, surgia um retorno à posição problemática através de uma oposição ou negação da excepção antes proferida (MRP).

Tal como o proposto pelos autores, a codificação seguiu as directrizes da grelha de codificação constante no manual. Deste modo, relativamente a cada uma das entrevistas realizadas, foram assinaladas a frequência e a saliência temporal dos momentos de inovação e a presença de momentos de retorno ao problema (MRP).

Relativamente a estes dados, optámos por recorrer a uma auditora externa (uma investigadora sénior na utilização do SCMI, co-autora do Manual de codificação utilizado) como estratégia de validação da codificação e de garantia de fidelidade.

### **3. Apresentação e discussão dos resultados**

#### **3.1. Impacto do problema**

##### **3.1.1. Evolução do problema pós-revelação**

Em relação à evolução do problema, 50% (N=8) dos participantes reportaram um aumento do mesmo após a revelação, descrevendo que a estigmatização, alimentada pelos discursos sociais em relação ao abuso, foi o principal factor de agudização do quadro sintomático na fase pós-revelação (e.g., *“Porque eu antes não pensava que íamos ter tantos problemas. Antes o problema dizia-me: eles nunca vão saber e o assunto fica arrumado - mas depois o problema ficou maior, a reacção das pessoas, a vergonha, não acreditarem”*; *“O mais difícil foi o que as pessoas disseram e como olharam”*). Este agravamento foi ainda precipitado pela exposição e pelos repetidos procedimentos avaliativos no âmbito do processo-crime (*“Por ter ido a montes de sítios, ter contado a muitas pessoas, contar a toda a gente”*) e pelas consequências da revelação (e.g., separação da família, divórcio dos pais).

Por sua vez, 31,3% (N=5) experienciaram uma diminuição do problema no período pós-revelação, associada a um sentimento de “libertação” (e.g., *“Porque eu partilhei essa situação com as pessoas e elas me ajudaram”*; *“Contei e fiquei melhor, senti-me mais descontraída, aliviada”*). Por outro lado, 12,5% das vítimas (N=2) salientaram uma recorrente oscilação entre períodos de impacto significativo e períodos de alguma melhoria. Uma análise mais minuciosa destas entrevistas sugere que esta oscilação parece estar associada à morosidade do processo judicial e aos procedimentos que se repetem no tempo (*“Pensei que já tinha acabado mas depois era chamada novamente, polícia, tribunal, psicóloga”*). É de salientar que, nestes casos, o processo judicial ainda não se encontrava concluído à data da realização da entrevista, apesar do tempo decorrido após a revelação (24 e 16 meses respectivamente).

##### **3.1.2. Efeitos do problema**

Da análise de conteúdo dos discursos dos participantes, emergem a vergonha/estigma, a culpa e o medo, como efeitos predominantes. Ainda que menos proeminentes, salientam-se

ainda o sentimento de traição, a impotência, a raiva, efeitos relacionados com a identidade/orientação sexual, o dano físico e a confusão.

#### **a. Vergonha/Estigma**

A vergonha surge como consequência emocional chave nas narrativas suscitadas (emergindo nas dezasseis entrevistas) e é referenciada pela maioria (N=9; 56%) das vítimas como o efeito mais proeminente. Foi ainda possível constatar que a vergonha desempenha um papel determinante na manutenção do segredo. A vergonha surge associada essencialmente a sentimentos de “diferença” (e.g., *“Que eu era diferente”; “Que eu ia andar com homens”*) e de auto-depreciação (e.g., *“E que, quando eu descobri o que se passou, que eu era uma prostituta”; “Vergonha (...) nojo de mim mesma”; “Como fui fraca, tenho vergonha de ser fraca”*), que precipitaram, em algumas das situações, o evitamento social. Além disso, a mesma percentagem de participantes relatou sentirem-se “marcados” pela experiência e antecipam que o sentimento de “diferença” os irá acompanhar ao longo da vida. Este sentimento é alimentado pela incapacidade de esquecer o ocorrido, pela revivência da experiência (e.g., *“Aquilo que se passou fica sempre ali e depois uma pessoa outra vez, puxa para trás”*) e pelas expectativas de rejeição por parte dos outros (e.g., *“Sinto-me um bocado diferente porque há uma experiência pela qual passei e há pessoas que compreendem e outras que não compreendem e há sempre aquela insegurança de que as pessoas possam não aceitar como eu sou”*).

No abuso intrafamiliar, a estigmatização assume particular importância pelo facto de afectar também a própria representação da família (e.g., *“vergonha por ter um pai assim”; “... e isso vai andar sempre comigo. Afinal, era um pai”*).

#### **b. Medo**

O medo surge também como um efeito preponderante nas narrativas proferidas (N=16; 100%), sendo referenciado como um efeito que principia com uma forte intensidade após o início do abuso e enfraquece progressivamente ao longo do processo de recuperação.

Surge essencialmente como factor inibidor da revelação, estando relacionado com as suas potenciais consequências antecipadas pelo menor (e.g., receio de não ser acreditado, de ser castigado pelos cuidadores, de ser o responsável pela separação da família, de retaliações do ofensor, de rejeição dos outros, de intensificação da violência na família). O medo aparece

também associado ao processo judicial, como precipitante de níveis elevados de ansiedade relativamente à eventual confrontação com o abusador e ao desfecho do processo.

Nos casos de abuso intrafamiliar, o medo parece ser reforçado pelas vivências de violência na família, sendo percebido como uma dimensão continuamente presente na vida familiar (e.g., *"Desde o princípio, sempre foi o medo. Desde que eu nasci, praticamente"*) e transpõe-se para o futuro, pelo receio de futura reunificação familiar.

### **c. Culpa**

A culpa aparece também como um tema recorrente nas histórias analisadas. Surgem referências discursivas à auto-culpabilização em nove dos casos (56%), pelo abuso ou pela incapacidade de o evitarem/pararem; pela manutenção do segredo; pela incapacidade de compreender o processo de vitimação; e pelas consequências da revelação (e.g., agressões, exposição da família, envolvimento de outras pessoas no processo judicial).

No abuso intrafamiliar, observa-se maior predominância da culpa pelas consequências e alterações familiares (e.g., divórcio dos pais, sobrecarga da mãe, condenação a pena de prisão do pai) decorrentes da revelação (e.g., *"se não tivesse contado o meu pai não tinha ido embora"*; *"culpa por a minha mãe trabalhar muito"*).

Torna-se, no entanto, importante notar que em seis dos casos (37,5%), as vítimas atribuem claramente a culpa ao ofensor.

### **d. Traição/Desconfiança**

O sentimento de traição, produzido pela ruptura de uma relação de confiança por uma figura próxima, é outro tema que caracteriza a experiência de vitimização dos participantes (N=11, 69%). Tal como seria de esperar, este tema parece assumir maior significado no caso de abuso intrafamiliar, constituindo-se como um efeito reforçador da dimensão de perda resultante da experiência abusiva.

Esta percepção do abuso como um engano e/ou uma armadilha parece influenciar as representações que as vítimas têm do mundo e/ou dos outros, evidenciando-se sentimentos de desconfiança e insegurança nas relações interpessoais (e.g., *"Acho que me roubou a confiança (...) porque não devemos confiar em algumas pessoas, é um risco muito grande"*).

#### **e. Identidade/Orientação sexual**

De igual modo, emergem alguns efeitos relacionados com a identidade e orientação sexual. Nove dos participantes (oito de sexo feminino e um de sexo masculino) evidenciam ansiedade em relação a relacionamentos futuros, mais especificamente, medo de não encontrarem um(a) parceiro(a) que aceite a história de abuso ou de ser rejeitado(a) pelo mesmo(a) (e.g., *“acho que nunca vou poder ter um namorado que não vá saber aquilo que se passou”*; *“(…) um namorado que soubesse disso, não iria namorar mais... por vergonha”*).

Dois dos participantes masculinos expressam receios quanto à homossexualidade, traduzidos por uma preocupação acerca de poderem vir a tornar-se homossexuais, como resultado do abuso (e.g., *“que eu podia andar com homens”*) ou de poderem ser etiquetados pelos outros como tal.

#### **f. Impotência**

O sentimento de impotência surge em 50% (N=8) da amostra, estando associado à incapacidade de a criança se defender ou cessar o abuso (e.g., *“Devia fazer alguma coisa mas não fiz”*; *“Devia ter arranjado uma maneira de me defender. Mas não consegui”*) e à dificuldade em lidar com o problema e com os seus efeitos (e.g., *“Que não era capaz de enfrentar o problema”*; *“Sentia que não ia conseguir resolver, sentia-me impotente, sentia que não ia conseguia fazer com que o problema se resolvesse”*).

#### **g. Raiva**

A raiva surge como uma resposta independente mas também como um efeito secundário a outros (e.g., vergonha, culpa), nas narrativas de cinco (31%) dos participantes. Surge essencialmente associada à figura do agressor (e.g., *“E tenho raiva porque ela me fez mal (...) e, se calhar, a raiva é a minha forma de dizer que não gosto dela, que não a posso ver à minha frente”*) e ao processo judicial (e.g., *“Quando fui ao julgamento e eles não disseram o castigo que lhe iam dar [a raiva aumentou]”*).



## **h. Dano físico**

Ainda que por um número reduzido de participantes (N=5; 31%), outro aspecto referenciado prende-se com o medo de dano físico ou de doenças, decorrentes da experiência de abuso (e.g., *“porque me veio à cabeça... como ele era drogado”*), no entanto, este parece ser um efeito pouco significativo em termos de impacto, sendo que os exames médicos funcionam como despiste e elemento tranquilizador.

## **i. Confusão**

A confusão surge referenciada como um efeito no discurso de três (19%) participantes e assume maior proeminência num caso de abuso perpetrado por uma ofensora feminina (sendo a criança também do sexo feminino). A confusão está associada à incompreensão da natureza abusiva dos actos praticados (e.g., *“Naquela altura, não tinha muita noção do que se estava a passar comigo. Não sabia se o que ela me tinha feito era mau, se não era mau”*) e à constante procura de explicações para o ocorrido (e.g., *“Mas eu, a isto, não consigo dar uma explicação. Acho mesmo que é estúpida, não tem razão de existir, não sei como é que nasce (...) o porquê de ser comigo, o porquê disto acontecer, o que é que estas pessoas no fundo querem. Porque é que é que elas fazem isso?”*).

### **3.1.3. Discursos sociais e culturais**

Os discursos sociais produzidos pelo meio familiar e comunitário das vítimas pautaram-se, segundo as suas narrativas, essencialmente pela culpabilização da vítima pelo abuso e pelas implicações da revelação (56.2%), bem como pela negação do abuso (31.2%) (e.g., *“Não acreditarem em mim, faz-me sentir revoltado, também sinto culpa por estarem a olhar para mim de canto e a dizer: foste tu, prendeste aquele senhor sem provas, fizeram uma injustiça com o senhor”*; *“Porque algumas pessoas não acreditavam em nós, chamavam-nos mentirosos”*; *“Se a A. estivesse calada era melhor (...) escusava de ser assim”*).

Outra dimensão destacada pelos participantes (31,2%) é o discurso generalizado do *“coitadinho”*, que se traduz por manifestações de pena e comiseração em relação às vítimas

(e.g., *"Coitada... aconteceu-lhe isto..."*; *"Por vezes, o problema diz-me que as pessoas têm é pena de mim"*) e que reforçam o sentimento de "diferença" e "dano" destas.

Estes discursos veiculavam também os estereótipos sociais associados (31,2%) às vítimas femininas (e.g., sedução, promiscuidade sexual) e masculinas (e.g., homossexualidade, "fraqueza"), a desculpabilização do ofensor (25%) (e.g., *"Tu, um dia, ainda vais ver que o que ele fez, era por doença (...) só podia ser por doença porque ele não era capaz disso"*), a minimização do abuso e a pressão para esquecer (25%) (e.g., *"Não leves isso a sério"*, *"Não vás com isso para a frente"*; *"Esquece"*).

#### **3.1.4. Percepções e expectativas face ao sistema de justiça**

As expectativas de justiça em relação ao desfecho do processo judicial são descritas pelos participantes como algo constante ao longo do percurso de recuperação. Neste processo, a condenação do ofensor é encarada pelas vítimas como uma forma efectiva de validação da sua experiência (e.g., *"Se isto não chegar a ser provado, acho que vai ser mais difícil para mim porque acho que as outras pessoas vão pensar que eu estou a mentir"*). Quando esta não ocorre (e.g., morosidade, arquivamento do processo, há condenação mas esta não é percebida pelas vítimas), o efeito nas vítimas é frequentemente muito desestruturador.

Assim, na análise das narrativas proferidas, observou-se uma grande ambivalência relativamente ao processo judicial. Muito embora sejam notórias expectativas de que o sistema judicial se torne um aliado na luta contra o problema (25%), é frequentemente referenciada a "vontade de desistir" e de finalizar abruptamente este processo (56.2%). Esta ambivalência está claramente associada à morosidade do processo (e.g., *"Que acabe o mais rapidamente possível"*, *"Que houvesse uma forma rápida, uma maneira"*) e à percepção do contexto judicial como não conferindo protecção e segurança. Esta percepção é alimentada pelos procedimentos no âmbito da investigação judicial, que se revelam altamente desorganizadores em termos do impacto (e.g., repetição de procedimentos, envolvimento de múltiplas instituições, desarticulação dos serviços, confronto com o ofensor).

Por outro lado, mesmo nos casos que transitaram em julgado, verifica-se grande incompreensão por parte das vítimas relativamente às decisões judiciais. Foi possível constatar nestes casos que, após o desfecho do processo, a comunicação das decisões judiciais pelo sistema não foi inteligível para a criança e para família (e.g., não entendem de que forma é estão

salvaguardadas a partir desse momento; confundem condenação com pena de prisão; entendem o arquivamento como uma descredibilização do seu relato), tendo obviamente efeitos ao nível psicológico. A este propósito, quatro dos participantes (25%), após o desfecho, referenciaram uma percepção de injustiça, apesar da condenação do ofensor, por não se concretizar em pena de prisão efectiva (e.g., *“Eu acho que ele devia estar... se foi mandado quatro anos já devia estar lá dentro. Não sei porque é que ele ainda anda aí fora”*; *“Ao fim e ao cabo, aquilo não é tratamento nenhum... É assim, ao princípio deu a entender que ia ser feita [justiça]. Mas agora que ele está a começar a sair, até sozinho, acho que não se está a fazer justiça como foi no início (...) porque se ele tem três anos de tratamento, ainda não fez um e já está a sair, ao fim de três anos já está cá fora ao tempo”*).

### **3.1.5. Discussão dos resultados**

No que se refere ao impacto do problema no ajustamento psicológico e social dos menores, os resultados revelam uma tendência para o aumento do impacto negativo do problema após a revelação na maioria dos participantes em estudo. De facto, a revelação constitui-se como uma circunstância de crise para a criança e/ou jovem e a sua família, precipitando frequentemente um agravamento da sintomatologia (Dufour, Nadeau & Bertrand, 2000; Himelein & McElrath, 1996; Putnam, 2003; Wolfe, Wolfe, & Best, 1988). Apesar de se constituir como uma oportunidade de desafio ao risco na medida em que contraria as dinâmicas de culpabilização, responsabilização, estigmatização e isolamento associadas ao abuso, poderá potenciar instabilidade ao nível emocional e comportamental (Hanson, Resnick, Saunders, Kilpatrick, & Best, 1999; Schatzow, & Herman, 1989, citados por Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000). Este impacto depende, obviamente, do modo como a revelação é gerida pela rede familiar e social da criança, sendo que a recuperação é facilitada por respostas de credibilização e protecção e a agudização sintomática precipitada por respostas de incredulidade, minimização, estigmatização culpabilização ou hostilidade perante a criança/jovem vítima (Browne & Finkelhor, 1986; Furniss, 1993).

Especificamente, os efeitos negativos predominantes que emergem dos discursos dos participantes são a vergonha/estigma, a culpa e o medo, dados corroborados pela literatura da área (Fávero, 2003; Furniss, 1993; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; López, Carpintero, Hernández, Martín, & Fuertes, 1995). Assim, sentir-se envergonhado, ser humilhado

pelos outros, bem como sentir-se diferente são apontados na literatura como preditores dos efeitos negativos do abuso sexual (Coffey et al., 1996). Além disso, a própria representação dos menores acerca da sua família é influenciada pela experiência abusiva, havendo uma ruptura relativamente à percepção da criança acerca dos papéis desempenhados pelos elementos da família, reforçada muitas vezes pelas próprias dinâmicas abusivas (Furniss, 1993). O sentimento de vergonha experienciado pela vítima constitui-se ainda como importante aliado do segredo nos participantes em estudo e, efectivamente o tabu social implícito às práticas abusivas reforça a estigmatização percebida pela criança (Jardim & Magalhães, 2010).

Não obstante a vergonha surgir após a revelação como factor preponderante dos efeitos negativos do abuso, o “medo” surge essencialmente como factor inibidor desta revelação. O medo aparece associado às suas potenciais consequências, antecipadas pelo menor (e.g., receio de não ser acreditado, de ser castigado pelos cuidadores) bem como à eventual confrontação com o abusador e à finalização do processo. Nos casos de abuso intrafamiliar, o medo parece ser reforçado pelas vivências de violência na família. De facto, este impacto negativo na criança poderá ser compreendido pelas características e dinâmicas do seu ambiente familiar. De acordo com a conceptualização proposta pela psicopatologia do desenvolvimento, a inadaptação decorrente do abuso resulta não somente da experiência abusiva mas da interacção da mesma com o nível de desenvolvimento da criança, as suas competências, experiências de vida anteriores e contextos ecológicos em que a criança se desenvolve (Cicchetti, & Lynch, 1995; Elkovitch, Latzman, Hansen, & Flood, 2009; Soares, 2000). De forma análoga, o modelo ecológico (Broffebrenner, 1994) salienta o sistema familiar (microsistema) como uma variável que influencia quer a ocorrência, quer o impacto no curso de desenvolvimento da vítima. Concomitantemente, segundo dados de investigação, o contexto familiar parece assumir uma função mais importante no ajustamento global do indivíduo – nomeadamente na idade adulta - do que a experiência de abuso em si mesma. Trata-se de uma variável que influencia a capacidade da criança e/ou jovem lidar com a situação abusiva, nomeadamente, em termos da aquisição de recursos para resistir ao problema, influenciando por conseguinte, o processo de recuperação (Fleming, Mullen, Sibthorpe, Attewell, & Bammer, 1999). A literatura sugere que os contextos familiares de crianças abusadas sexualmente tendem a ser caracterizados por uma excessiva preocupação com o controlo, pela moralidade e pelo isolamento social, sendo estes factores que poderão reforçar a manutenção do segredo e da culpa por parte da criança/jovem (Draucker, 1996; Dadds, Webber, & Robinson, 1991; Harter, Alexander, & Neymeier, 1988).

A culpa aparece, na verdade, como um tema recorrente nas narrativas analisadas, estando particularmente associada à manutenção do segredo por parte do menor e à sua dificuldade em compreender o processo de vitimação, gerando sentimentos de “*confusão*” na criança. De facto, as dinâmicas abusivas (que podem não envolver necessariamente recurso à violência mas antes sedução e manipulação emocional) tendem a gerar nas crianças e jovens vítimas sentimentos de ambiguidade e confusão (Furniss, 1993; Peixoto & Ribeiro, 2010). Do mesmo modo, “*a síndrome de segredo*” (Furniss, 1993, p. 29) parece estar presente em grande parte dos participantes deste estudo, o que é congruente com o que surge postulado na literatura (ibidem). Além disso, o sentimento de auto-culpabilização da criança aparece associado à impotência face à situação abusiva, designadamente, a incapacidade de se defender ou cessar o abuso e de lidar com o problema e com os seus efeitos. Quando analisamos o abuso intrafamiliar, observa-se maior predominância da culpa pelas consequências e alterações familiares decorrentes da revelação. De referir que, nos casos desta tipologia de abuso, o sentimento de traição é também um efeito preponderante nas vítimas. Similarmente, a investigação tem demonstrado que o abuso sexual perpetrado no seio familiar tende a estar associado a uma agudização do impacto (intensificação dos sentimentos de traição e auto-culpabilização), pela proximidade afectiva e pela necessária adaptação às alterações familiares subsequentes (Briere, 1992; Finkelhor & Browne, 1986; Fischer & McDonald, 1998). Ainda a este nível, na sua generalidade, a investigação acerca da relação entre estilos atribucionais e impacto evidenciam que a atribuição interna da culpa é uma resposta desadaptativa, provocando maior sintomatologia (Barker-Collo, 2001; Chaffin et al., 1997; Steel, Sanna, Hammond, Whipple, & Cross, 2004). Contudo, tal como já referido, este é um resultado que evidencia alguma controvérsia no âmbito dos estudos neste domínio, sendo que atribuir toda a responsabilidade ao agressor poderá enfraquecer a percepção de controlo e eficácia na vítima, aumentando a percepção de ameaça e imprevisibilidade (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000).

A percepção do abuso como um engano e/ou uma armadilha parece também influenciar as representações que as vítimas têm do mundo e/ou dos outros, evidenciando-se sentimentos de desconfiança e insegurança nas relações interpessoais. A ruptura de uma relação de confiança, que habitualmente caracteriza a experiência de abuso, pode originar sentimentos de desconfiança generalizada, dificuldades posteriores em estabelecer vínculos interpessoais, sobredependência emocional, emoções de raiva e comportamento hostil, efeitos que podem traduzir um comprometimento ao nível das relações futuras (Alpert, Brown, & Courtois, 1998; Davis &

Petretic-Jackson, 2000; Fergusson, & Mullen, 1999; Finkelhor e Browne 1986; Machado, 2002). Esta ansiedade face a relacionamentos vindouros, reportada pelas vítimas no presente estudo, parece ser explicada pelo medo de rejeição e incompreensão por parte de futuros companheiros.

As narrativas dos participantes em estudo salientam ainda a relevância dos discursos acerca do abuso do contexto social e familiar onde se estes estão inseridos. Efectivamente, este resultado contraria a conceptualização do abuso como um problema individual, reposicionando-o como uma produção imbuída de influências sócio-culturais. Destacam-se nos resultados obtidos, o discurso de culpabilização, de negação e a construção de estereótipos sociais acerca da vitimação feminina e masculina como discursos que parecem favorecer o desenvolvimento de uma história problemática (e.g., auto-depreciação, culpabilização) (Adams-Wescott, & Dobbins, 1997; Machado, & Gonçalves, 1999). De igual modo, o discurso do “coitadinho” é outro resultado referenciado por uma proporção significativa dos participantes e trata-se de uma crença que reforça a percepção da vítima como um “bem danificado” que invalida o sentido de agência pessoal da mesma no processo de recuperação (Machado & Gonçalves, 1999). A este respeito, Machado e Almeida (2004) afirmam que estes discursos fomentam de forma implícita o silêncio em torno destas experiências e a construção de uma identidade constituída por narrativas de vulnerabilidade, de auto-depreciação, de culpabilização e de estigmatização (Adams-Wescott, & Dobbins, 1997; O’Leary, 1999).

Para além disso, as expectativas e percepções acerca da justiça são também um elemento relevante do ponto de vista do impacto do abuso. Efectivamente, a condenação do ofensor é encarada pelas vítimas em estudo como uma forma efectiva de validação da sua experiência, sendo que quando esta não ocorre (e.g., morosidade, arquivamento do processo, há condenação mas esta não é percebida pelas vítimas), poderá precipitar desorganização psicológica. Este facto assume particular importância no nosso país, se atendermos a alguns dados disponíveis (Carvalho, 2002) que sugerem que a maioria dos processos judiciais (59%) iniciados no Ministério Público são arquivados, 19% são julgados e destes, 72% resultam em pena suspensa, resultados que reflectem alguma dificuldade na resposta judicial ao abuso sexual de menores.

Dos discursos veiculados pelos participantes, sobressaem ainda percepções de ineficácia do sistema de justiça, motivadas em grande parte, pelos procedimentos da investigação judicial (e.g., morosidade, repetição de procedimentos, confronto com o ofensor) e que precipitam sentimentos de ambivalência emocional nas vítimas. O impacto da denúncia e

participação da criança no processo judicial é, de facto, algo sobre o qual não há consenso. Globalmente, sugere-se que o envolvimento judicial se pode constituir um contexto potencial para promover o sentido de competência da vítima no sentido de lhe dar “voz” e de reforçar o sentido de controlo. No entanto, é unânime que este pode condicionar o processo de recuperação das crianças e jovens vítimas, gerando frequentemente desorganização psicológica e ambivalência (Calam, Horne, Glasgow, & Cox, 1998; Finkelhor, 2005; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Lurigio & Resick, 1990; Ribeiro, 2006). Este papel adverso poderá estar ligado com a frustração das expectativas da criança, de que falámos acima, assim como pela percepção do contexto judicial como não conferindo protecção e segurança. Mais especificamente, a repetição de procedimentos avaliativos em múltiplos contextos é apontada pelas crianças e jovens como o factor de maior desestabilização psicológica (pela exposição e revivência que precipita), dado também referenciado de forma consistente na investigação realizada até ao momento (e.g., Furniss, 1993, Finkelhor, 2005; Calam, Horne, Glasgow, & Cox, 1998; Ribeiro, 2006). Ainda que a nossa legislação assuma como princípio norteador da promoção e protecção das crianças e dos jovens o seu “superior interesse”, o sistema de intervenção social e judicial, nestes casos, não tem respondido de forma congruente, designadamente no que diz respeito aos procedimentos de investigação judicial. De acordo com um estudo qualitativo efectuado no nosso país, as crianças e jovens vítimas tiveram que descrever os factos em investigação, em média, oito vezes (Ribeiro, 2006).

Finalmente, o facto de a comunicação das decisões judiciais pelo sistema de justiça nem sempre ser inteligível para os intervenientes, surge como um factor relevante na significação que a criança e a sua família constroem relativamente à validação da experiência abusiva. Frequentemente, as decisões são deixadas à “interpretação” da criança e da família, muitas vezes, favorecendo sentimentos de insegurança e dúvida, pelo desconhecimento e pela imprevisibilidade do seu futuro a curto e a longo prazo (Ribeiro, 2006). O não envolvimento da criança e do jovem nestes processos de decisão e os procedimentos do sistema judicial, tal como estão implementados no nosso país, não promovem o desenvolvimento de significados de suporte e mestria pessoal destes, reforçam os sentimentos de impotência e, perversamente, não legitimam a sua experiência de vitimação (e.g., Furniss, 1993, Finkelhor, 2005; Calam, Horne, Glasgow, & Cox, 1998; Ribeiro, 2006).

Apesar da identificação destes efeitos negativos associados à experiência abusiva, importa salientar que o impacto do abuso no ajustamento dos menores deve ser compreendido

à luz de um conjunto de factores moderadores, designadamente, as características do abuso (e.g. Alpert, Brown, & Courtois, 1998; Kendall-Tackett, Williams, Wolfe, & Birt, 1997; Steel, Sanna, Hammond, Whipple, & Cross, 2004), a qualidade do suporte social recebido (Deblinger, & Heflin, 1996; Fergusson, & Mullen, 1999; Saywitz et. al, 2000; Litrownik, Lau, English, Briggs, Newton, Romney, & Dubowitz, 2005) e características da própria criança (Heflin, & Deblinger, 1996; Drauker, 2000; Tremblay, Hébert, & Piché, 1999). Outras abordagens, nomeadamente no âmbito do estudo da resiliência, têm salientado o papel da vítima como agente primordial no seu processo de adaptação à situação de abuso, identificando qualidades individuais, estratégias de *coping*, bem como recursos familiares e sociais das mesmas que contrariam o risco e promovem trajectórias adaptativas (e.g., Barros, & Sani, 2010; Collishaw, Pickles, Messer, Shearer, & Maugham, 2007; Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Heller, Larrieu, D'Imperio, & Boris, 1999). Walsh et al., 2010). Assim, é fundamental notar e valorizar os momentos de desafio, confrontação e superação do problema que estão presentes no discurso das crianças vítimas de abuso sexual. Estes momentos (Gonçalves, Matos & Santos, 2009) resultam do seu esforço em dar um sentido alternativo aos episódios abusivos experienciados, que se traduz na presença de momentos de inovação.

### **3.2. Momentos de inovação e Marcadores de Retorno ao Problema (MRP)**

Apesar da variedade dos sintomas descritos e do manifesto impacto do problema na vida destes menores, todos eles foram capazes de evidenciar momentos de resistência ao problema, em que pensam, agem ou sentem fora do repertório prescrito pelo problema e de forma a contrariar os efeitos do abuso. Vamos analisar de seguida os momentos de inovação encontrados junto deste grupo.

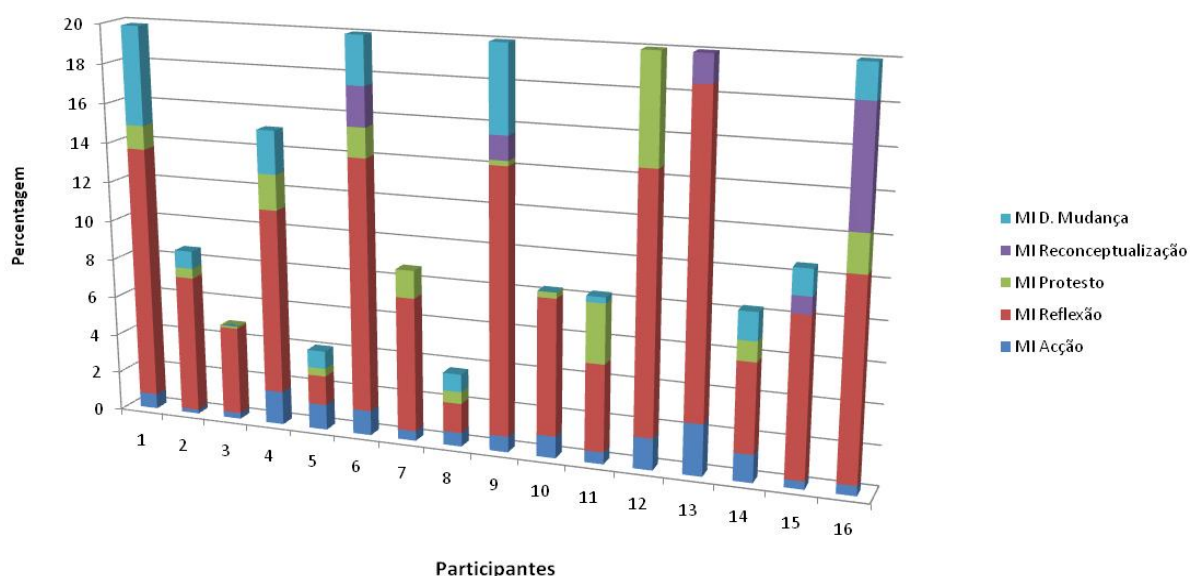
#### **3.2.1. Duração e diversidade dos momentos de inovação**

Numa análise global, constatou-se que o tipo de MI mais expressivo nas narrativas dos participantes foi a reflexão, surgindo em todas as entrevistas e destacando-se pela sua duração. Os MIs de acção emergem dos discursos dos dezasseis participantes mas observa-se uma duração mais reduzida relativamente aos restantes. Os MIs de protesto emergem em catorze entrevistas, seguidos dos MIs de desempenho da mudança (12 entrevistas). Os MIs de



reconceptualização tiveram uma representação bastante reduzida, surgindo apenas nos discursos de cinco dos participantes.

Gráfico I: Duração dos MIs por participante



### 3.2.2. Análise dos diferentes tipos de MI

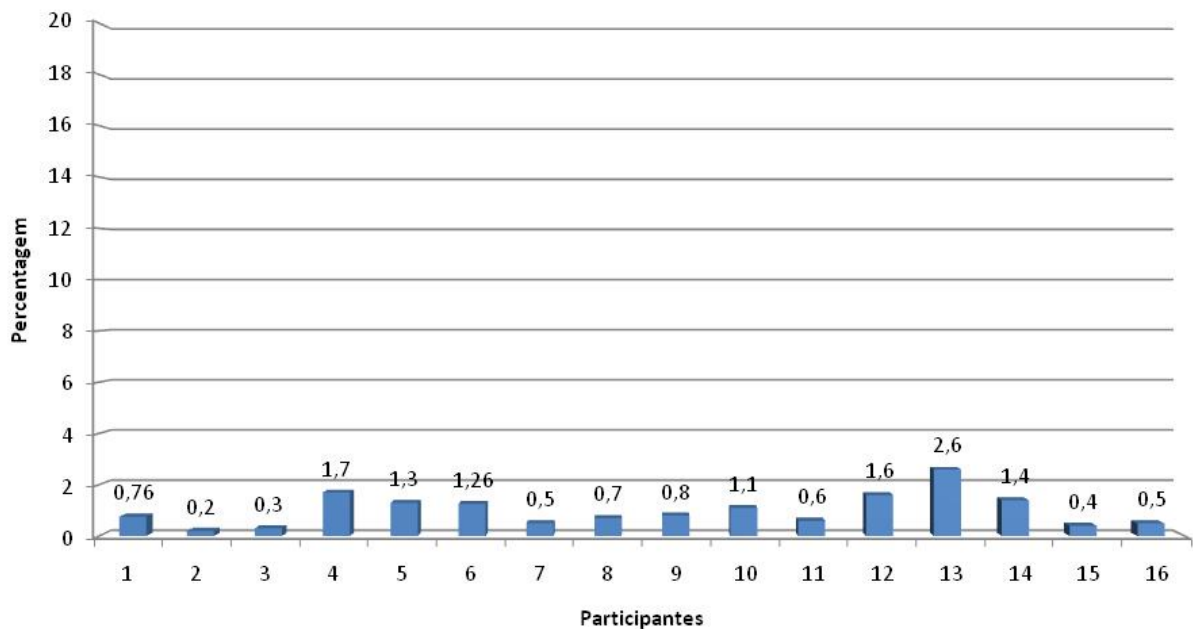
#### a. Acção

Este tipo de MI, ainda que de forma pouco saliente (varia entre 0.2% e 2.6%; duração média: 1%), emerge dos discursos dos dezasseis participantes (cf. gráfico II). O conteúdo dos MIs de acção surge relacionado com a implementação de estratégias de combate contra o problema e seus efeitos (cf. exemplos descritos abaixo), nomeadamente estratégias de distração, relatadas por catorze (87,5%) dos participantes.

A revelação do abuso a outros significativos ou às instâncias formais é igualmente referida como acção de desafio ao problema por nove (56%) dos participantes. Entre os MI de acção, surge ainda referência a procura de suporte (6; 37,5%), a falar/escrever sobre o problema (5; 31%), e a comportamentos de *coping* (e.g., assertividades face ao grupo de pares,

ignorar activo) perante algumas dificuldades, designadamente medos e/ou reacções dos outros (3; 18.7%).

Gráfico II: Duração dos MI de Acção



#### i. Exemplos de MIs de Acção

##### Estratégias de distracção

*"Tento ir brincar, andar de bicicleta, jogar à bola, jogar computador para me esquecer".*

*"Tento coisas que tenham movimento e que tenho muito interesse em fazê-las".*

*"Mas, vou ler um livro que eu mais gosto, oiço música até às tantas".*

*"Foi inscrever-me no desporto, conviver mais com os meus amigos, estudar".*

##### Revelação

*"Eu comecei a falar, a falar, a falar, e quando dei por ela, já tinha contado tudo".*

*"Eu cheguei a um certo ponto que tive mesmo de contar".*

*"Depois, lá dentro [Tribunal], só fiz o meu dever, contei, e contei o que estavam a fazer cá fora".*

### Procura de suporte

*"Às vezes, desabafava com algumas pessoas e tipo... contava o que aconteceu".*

*"Então, eu vou falar com os meus amigos".*

*"Quando estou com o L., a gente começa a falar e ele começa-me a ajudar".*

*"la falar com a directora de turma e pedia-lhe para explicar aos outros professores"*

### Falar/escrever sobre o problema

*"Foi falar sobre ele (...) isso foi o mais importante. Falar sobre ele para me sentir mais aliviada".*

*"Foi então que decidi pegar num caderno e comecei a escrever".*

### Comportamentos de coping

*"De vez em quando, eu ainda consigo ir [à casa de banho durante a noite]".*

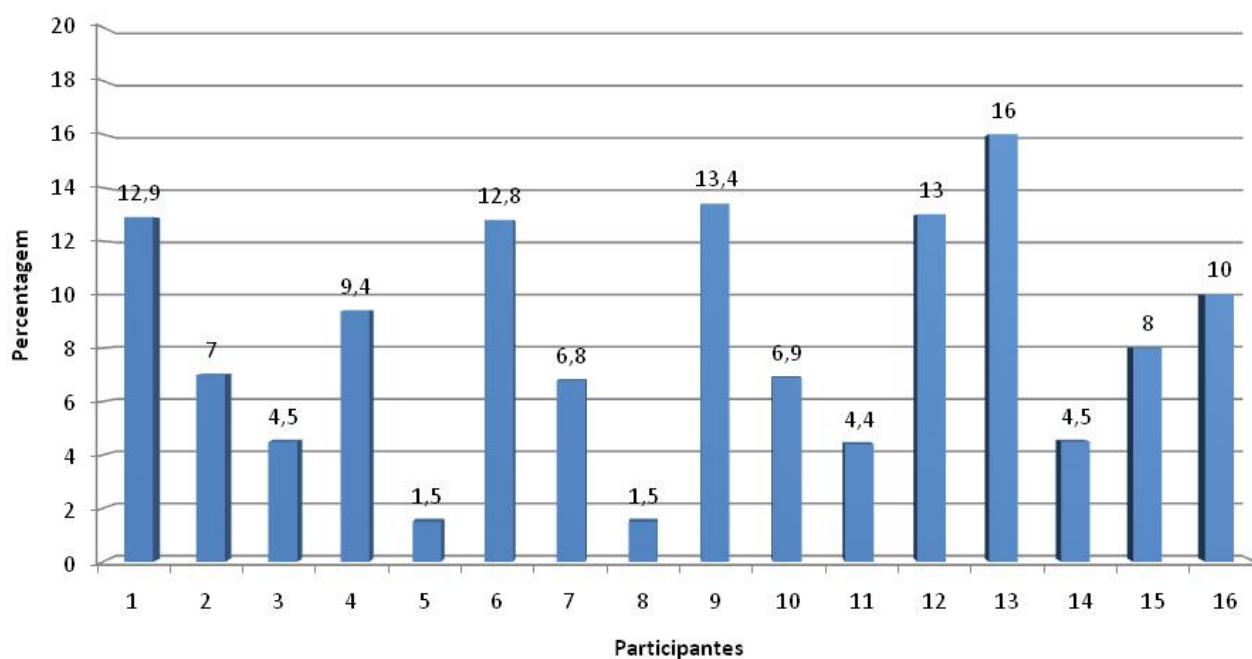
*"É assim: eu arrumei-a [agenda]. Há um ano que não toco nela. Só que hoje fui buscar um livro que queria ver e encontrei-a porque estava lá à beira desse livro.*

*Então, lembrei-me de a trazer".*

## b. Reflexão

Os MIs de reflexão surgem nas narrativas de todos os participantes (cf. gráfico III), com uma duração que varia entre 1,5% a 16% (M=9,1%).

Gráfico III: Duração dos MI de Reflexão



A elevada duração dos momentos de reflexão suscitou a necessidade de uma análise mais circunstanciada ao nível dos conteúdos dos MIs desta tipologia, o que permitiu agrupar as reflexões em dois subtipos, de acordo com o manual de codificação adoptado (Gonçalves, Ribeiro, Matos, Santos & Mendes, 2010): 1) reflexões centradas no problema (subtipo I); e 2) reflexões centradas no processo de mudança/recuperação experienciado pelas vítimas de forma espontânea, desde tal ocorrência até ao momento actual (subtipo II).

Os primeiros favorecem a distância da narrativa problemática (cf. exemplos descritos abaixo) e incluem essencialmente pensamentos adaptativos e auto-instruções de resistência e perseverança, sendo elementos discursivos frequentes nas narrativas proferidas (12,8% da duração dos MI de reflexão). Incluem também referência a novas compreensões e/ou formulações do problema e tomada de consciência acerca das suas causas, dinâmicas e consequências (10,6%) e intenções e/ou desejos de combater e/ou superar o problema (2,2%).

As reflexões centradas no processo de mudança espontânea/recuperação (subtipo II), destacam-se (57,4% da duração dos MI de reflexão) nos discursos dos participantes (cf. exemplos descritos abaixo), sendo essencialmente reflexões que descrevem o processo e estratégias implementadas pelos participantes para ultrapassar a história problemática (42,6% das reflexões tipo II). Da análise deste tipo de reflexões, salienta-se a identificação de aspectos positivos decorrentes da experiência abusiva, designadamente maior união entre os elementos da família, cessação da violência familiar, novas aprendizagens, melhoria das condições de vida e novas oportunidades. Os participantes reflectem ainda sobre a presença de aliados na resistência ao problema, que parecem ter funcionado como facilitadores no processo de recuperação. Entre os aliados interpessoais, o suporte do grupo de pares e a não estigmatização por parte destes assumem particular relevância; igualmente fundamental é o suporte parental e familiar, no sentido de ser acreditada e protegida por estes. É também de realçar o apoio de professores (e.g., validação da experiência, promoção da socialização, disponibilidade para falar sobre o problema, não estigmatização) e o apoio de outros profissionais através da validação de competências e da desmistificação de algumas crenças.

Em termos de recursos pessoais relevantes para a mudança, distinguem-se a revelação e o seu significado libertador, a expectativa de justiça, as crenças religiosas e a construção de novas significações para o *self* (e.g., corajoso, forte, capaz), que reforçam a percepção de competência pessoal e sentido de controlo dos participantes.

Concomitantemente, envolvem sentimentos de auto-valorização e validação pessoal mediante o reconhecimento das qualidades pessoais (8%), dimensões da vida não dominadas pelo problema (4,4%), e menção a desafios ao problema (2,4%).

### **i. Exemplos de MIs de Reflexão (Subtipo I)**

#### **Pensamentos adaptativos e auto-instruções**

*“Às vezes sinto-me melhor, tomo decisões e faz-me sentir uma espécie de força porque eu consegui enfrentar e dá-me forças para enfrentar outra vez (...) eu tenho de tentar seguir em frente e ir com isto até ao fim a ver se consigo terminar isto”.*

*“Que havia uma solução”; “Para ir em frente, para enfrentar as coisas, porque parada não consigo nada”.*

#### **Novas compreensões e/ou formulações do problema**

*“Mas agora, como já sou maior e já sei o que aconteceu e já sei definir e caracterizar aquilo que aconteceu, claro que sinto nojo, sinto... Não sei explicar. Sinto uma coisa má em relação a ele, sinto uma coisa que não tem explicação”.*

*“Agora, pensando, a culpa não era só minha. Portanto, não me posso sentir 100% culpada”.*

*“Sentimo-nos culpados porque às vezes não pensamos nas coisas, não nos conseguimos defender e confiamos demasiado nas pessoas porque, normalmente, isso só acontece com as pessoas com quem a gente convive mais. Acho que é por causa disso, por a gente confiar muito nas pessoas”.*

#### **Intenções e/ou desejos de combater e/ou superar o problema**

*“Eu, é sempre a lutar”*

*“Vou andar mais contra o problema a ver se ele não toma conta de mim”.*

*“Eu queria que ele ficasse mesmo assim pelo chão, mesmo rentinho ao chão”.*

*“Não, vai desaparecer [o problema]. Eu vou tentar tudo para que desapareça”.*

### **ii. Exemplos de MIs de Reflexão (Subtipo II)**

#### **Identificação de aspectos positivos decorrentes da experiência de abuso**

*“É assim, ele teve coisas negativas e coisas positivas porque, apesar disto que aconteceu, tivemos mais tempo para estudar, tivemos mais silêncio. Andávamos sempre sobressaltados com medo que ele chegasse e do que ia fazer. É assim, eu acho que é melhor”.*

*“Foi uma lição (...) talvez que não devemos dar muita confiança sem conhecermos a pessoa direito”.*

*“Já não oiço gritaria, nem a minha mãe a chorar, nem a minha mãe a gritar porque, ou ele enfiou uma corda no pescoço da minha mãe, ou ele a quer matar ou isso”.*

*“Sim porque já penso de uma maneira diferente. Penso que devia ter contado e devia confiar mais em mim. E não foi o que aconteceu. Agora já aprendi que devo confiar mais em mim e seguir por mim, não pensar: O que é que vão pensar? O que é que vão dizer?”*

*“As condições de vida que eu tinha. Agora estou noutra sítio e tentam-me ajudar a perceber outras situações da vida”*

*“Aprendi que, mesmo que seja um problema mau, nós temos de conseguir lidar com ele”.*

### **Aliados interpessoais na mudança**

*“A minha família apoiava-me sempre, diziam sempre que ele fez e também tem que pagar por isso, que se eu ficasse calado era pior para mim, aquilo ia ficar comigo toda a vida”;*

*“Talvez a minha psicóloga, que me dizia que a culpa não era minha, que eu não tinha culpa de ter o pai que tive (...) ter dito que não era a única a quem isso tinha acontecido (...) a minha família também (...) para falar daquilo que tinha acontecido [apoiado e acreditado]”;*

*“Amigos, tios, primos. É tudo englobado e tudo é muito importante porque para mim os amigos e a família são muito importantes para me apoiarem e para eu me sentir melhor (...) porque quando estou com eles divirto-me, distraio-me. Eles dão-me forças, falam comigo, fazem-me sentir sempre melhor, apoiam-me e é uma coisa que é bom para mim”.*

*“Os professores. Ajudaram-me a conviver com os amigos. Para estar com eles, para fazer as coisas normais”*

*“A amizade que tenho pelos meus amigos. Foi a única coisa que me deu coragem, a única. Mas no início, os meus pais ajudaram-me muito, acreditaram logo em mim”.*

### **Recursos pessoais na mudança**

*“Sim [acreditar em Deus foi importante] (...) pensava que ele me ia ajudar (...) e pedia muitas vezes para ele me ajudar (...) sim... deu-me força para enfrentar o problema”.*

*“Sei que consegui passar isso (...) tive capacidade para passar por isso, fui corajoso em passar por isso”.*

*“Aprendi que tinha mais capacidades porque eu pensava que não passava dali. (...) Eu tenho de ser é como eu sou. Aprendi que quando queremos uma coisa, temos de lutar muito (...) Eu acho que isso valeu muito a pena”.*

*“Sou... mais independente, mais capaz de resolver os meus próprios problemas sem que ninguém diga - Olha, faz isto, faz aquilo. Eu acho que já tenho mais maturidade para fazer as coisas”.*

*“Consegui crescer. Embora tenha passado por isto tudo, acho que consegui fazer com que o problema se amenizasse”.*

*“Depois, quando consegui começar a resolver o problema, senti que tinha muita mais força, fiquei mais forte, fiquei mais segura de mim própria. Foi uma experiência que nunca tinha passado e foi uma experiência que me fez ver que tinha amigos, fiquei mesmo segura de mim”.*

*“O meu futuro vai ser conseguido por mim”.*

*“Sim, agora vejo-me de forma diferente. Agora sou muito mais capaz de fazer amigos e de conviver com eles de uma forma a não me zangar, do que o que era antes. Antes, por qualquer coisa, chateava-me logo e começava logo a olhar de lado. Agora não, agora já não sou assim (...) no sentido de pensar nas coisas e não me distrair”.*

### **Auto-valorização (mediante o reconhecimento de qualidades pessoais)**

*“Sinto-me bem e sinto-me feliz por eu conseguir tirá-lo da cabeça. Porque eu podia ficar em casa, a olhar para o balão e ele tar-me ali a massacrar a massacrar, mas não”.*

*“É ser alegre, ser brincalhona (...) gostar das minhas amigas (...) a minha alegria”.*

*“Sinto-me feliz, sinto-me realizada. Sinto-me orgulhosa, sinto-me diferente”.*

*“Eu acho que me sinto mais aliviada, sinto-me orgulhosa de ter conseguido contar”.*

*“Uma pessoa que tem força de vontade e que quer mudar de vida”.*

### **Dimensões da vida não dominadas pelo problema**

*“A minha família, a minha vida normal e a minha coragem”.*

*“A alegria, a família, os amigos”.*

*“A minha namorada estar perto. Parece que me tira o problema do pensamento (...) ela estar perto de mim, eu estar perto dela. Assim, já não me faz pensar. Só me faz pensar em alegria por ela estar comigo”.*

*“Quando estou contente, quando estou a brincar com os meus colegas, quando estou no computador, quando estou com coisas divertidas”.*

*“Que não conseguiu roubar (...) a minha alegria, a minha força e os meus amigos”.*

*“A minha força de vontade”.*

### Referência a momentos de desafio ao problema

*“Há alturas em que consigo. Há sempre aquelas alturas em que penso: Não vou pensar nisso, já acabou, esquece. Meto isso para trás das costas e vou passear lá para fora, vou jogar à bola, vou-me distrair e depois esqueço. Tento ao máximo esquecer aquilo que eu não quero que esteja na minha cabeça”.*

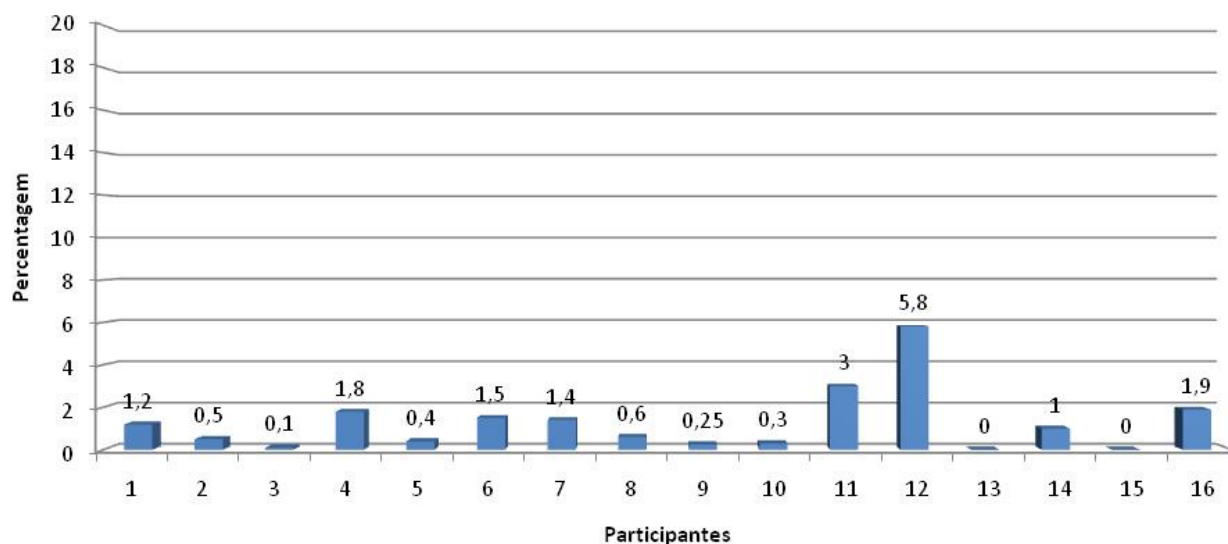
*“Eu arranjo sempre uma maneira de começar a falar com alguém por mensagens ou vou jogar PlayStation. Depois, eu começo a esquecer (...) consigo”.*

*“Consigo (...) não pensar tanto nisso (...) tento não pensar (...) lembrar-me de outras coisas positivas que aconteceram. Pensar em pessoas, em amigos (...) tento distrair-me”.*

### c. Protesto

Os momentos de inovação de protesto evidenciam-se em catorze das entrevistas (87.5%), variando em termos de duração entre 0.1% e 5.8% (média: 1,3%) (cf. Gráfico IV).

Gráfico IV: Duração dos MI de Protesto



Também aqui foi utilizada a diferenciação entre protesto de tipo I e de tipo II, sugerida por (Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, *in press*). Foi possível identificar MIs de protesto associados a uma posição orientada para o problema (subtipo I), em que a criança



e/ou jovem assume uma postura crítica relativamente ao abusador e a outros que alimentam o problema. Concomitantemente, surgem ainda protestos que reflectem a emergência de novas posições (subtipo II), designadamente manifestações de assertividade face ao abusador e aos outros, bem como reposicionamento face às expectativas sociais/culturais associadas à experiência de abuso (Cf. exemplos descritos de seguida).

#### **i. Exemplos de MIs de Protesto (Subtipo I)**

##### **Confronto/crítica face ao abusador e a outros**

*“Como é de maior idade devia ter pensado mais antes de me ter feito isso, devia ter pensado que eu era um menor”.*

*“Mas eu acho que ele não estava só doente, eu acho que ele também tinha ali maldade. Para mim, ele sempre teve ali maldade (...) acho que ele não tinha direito de fazer o que fez, não tem desculpa nenhuma”.*

*“Porque eu culpo-a. Culpo-a do que aconteceu comigo. Ela é a culpada de eu ter agora uma cicatriz de cima a baixo”.*

#### **ii. Exemplos de MIs de Protesto (Subtipo II)**

##### **Assertividade/Reposicionamento face aos discursos sociais e/ou culturais**

*“Eu quero lá saber das pessoas, o que elas vão pensar. A vida é minha e não posso estar sempre a pensar nisso e não é por causa disso que eu não arranjo namorado”*

*“Eu aprendi a não ter medo de ninguém, de nada. Nem mesmo do O. porque, se ele me aparecer à frente, eu não vou ter medo*

*“Sou uma pessoa normal e acho que o passado, apesar de ser muito marcante... Pronto, acho que tenho é de continuar para a frente e o que as pessoas dizem não é aquilo que eu quero para mim”*

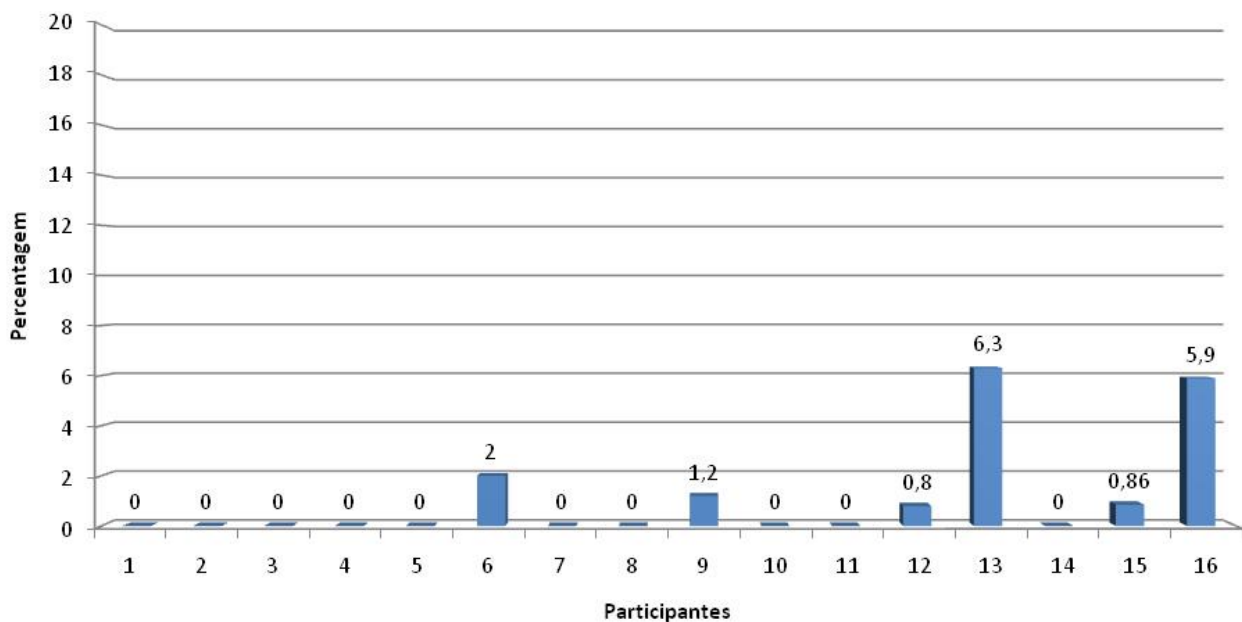
*“ Eu não sou anormal, não sou diferente, sou como as outras pessoas (...) Eu sou normal como as outras pessoas, não sou... como é que se diz? Não sou uma pessoa vadia que anda aí. Todas as pessoas são iguais”*

*“E eu não sou nenhuma coitadinha. Não gosto que as pessoas digam isso. Aconteceu, como acontece às outras pessoas, também”*

#### d. Reconceptualização

A referência a momentos de inovação de reconceptualização é escassa (cf. Gráfico V), surgindo apenas em seis das entrevistas (37,5%), variando entre uma duração de 0,8% e 5,9% (média: 2,8%).

Gráfico V: Duração dos MI de Reconceptualização



Nos MIs de reconceptualização, os participantes assumem uma posição de contraste entre a sua vivência anterior e actual do problema, reflectindo acerca do processo de mudança e/ou recuperação (cf. exemplos descritos abaixo). O seu conteúdo relaciona-se com a redefinição das versões de si, designadamente com uma desvinculação da posição de vítima, identificação de novas capacidades, valorização pessoal e sentimentos de bem-estar. A reconceptualização evidencia-se ainda na capacidade que alguns participantes têm de reenquadrar o problema e os seus efeitos (e.g., reflexão sobre a etiologia, dinâmicas e consequências associadas ao abuso e reposicionamento face às suas prescrições), de atribuir de novos significados à experiência de abuso e de ser capaz de perceber diferentemente os outros, identificando-os como aliados da mudança ou do problema.

## **i. Exemplos de MIs de Reconceptualização**

### **Redefinição das versões de si**

*"Antes, eu não tinha noção do mundo ou das coisas más do mundo. Agora tenho. Estes últimos dois anos mudaram completamente a minha cabeça. E ainda por cima, estou numa idade de adolescência em que se muda muita coisa. Mas, eu sinto que mudei mais do que os outros, porque os outros mudaram só a maneira de pensar e eu mudei a maneira de pensar e de ver as coisas (...) consigo [encontrar diferenças na nova A.] (...) a de conseguir gerir os sentimentos.*

### **Reenquadramento do problema**

*"Aconteceu porque tinha medo de namorar com alguém, que soubessem o que se tinha passado e já não quisessem namorar comigo por causa disso. Foi mais o que eu pensei no princípio. Mas depois comecei a pensar de maneira diferente: que isso pode acontecer a qualquer pessoa e que não tem nada que interferir no namoro"*

### **Novos significados**

*"Eu acho que não é uma coisa que marque para toda a vida mas ao princípio é sempre muito marcante. Mas depois, se soubermos lidar com o problema, acho que as coisas são muito mais fáceis de resolver. Ao princípio, pensei que isso me ia marcar para sempre e que nunca ia esquecer. Realmente, a gente nunca esquece mas não é uma coisa que fique sempre, para a gente estar sempre triste. Marca-me naqueles momentos em que estou mais triste, quando estamos mais sozinhos ou não temos ninguém para falar. É quando marca mais. Mas, se soubermos pensar em coisas boas e soubermos passar o tempo de forma que a gente se sinta bem, acho que não marca assim tanto".*

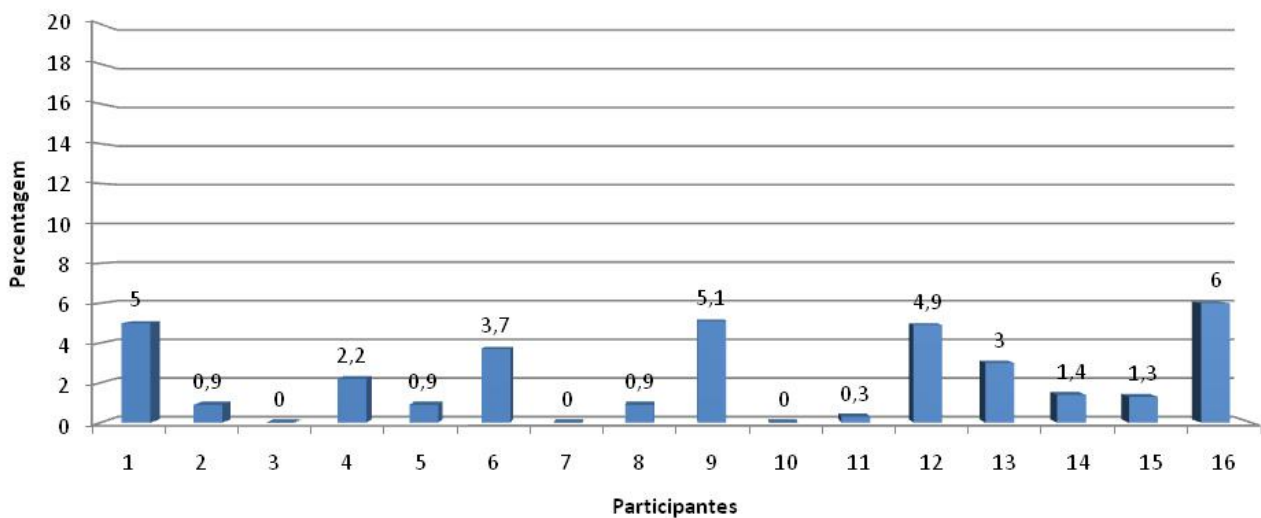
### **Redefinição da versão dos outros**

*"Sim, aconteceu bastante porque eu ia sempre a um sítio de computadores, um CyberCenter, que era onde ele ia, foi onde a gente se conheceu. Aí, as pessoas começaram a falar que eu é que tinha a culpa, que o que lhe aconteceu foi por minha causa e foi sempre assim, a porem a culpa em mim (...) Mas, depois, quando comecei a pensar melhor no que se tinha passado e comecei a ver que eu não tinha a culpa, como eles diziam, fui lá para eles verem que eu não tinha medo nenhum. Então, decidi enfrentar o problema e fui lá".*

### e. Desempenho da mudança

Os MIs de desempenho da mudança estão presentes em treze das narrativas analisadas (81%), com uma duração que varia entre 0.3% e 6% (média: 1,3%) (cf. Gráfico VI).

Gráfico VI: Duração dos MI de Desempenho da mudança



Estes momentos contemplam essencialmente a reutilização da experiência problemática para outras situações antecipadas de vitimação sexual e para novas situações, o reconhecimento de ganhos (novas capacidades, qualidades, competências) e generalização destes no futuro para outras dimensões da vida, e a definição de objectivos e projecção de um futuro liberto da influência do problema (cf. exemplos descritos abaixo).

### i. Exemplos de MIs de Desempenho da mudança

#### Reutilização da experiência problemática

*“Eu acho que o mais importante é as pessoas que passaram por isso terem ajuda e terem apoio. Isso é muito importante. Essas pessoas que passaram por isso terem ajuda e terem apoio é muito importante porque se elas notarem que alguém as vai ajudar é o essencial. Essas pessoas vão ultrapassar a fase do medo, a fase da vergonha, vão ultrapassar tudo. Para mim foi assim”.*

*“Que as pessoas que passam por isto que contem a verdade, para fazerem justiça com elas próprias e com os outros (...) para quê viver no silêncio? O silêncio ainda*

*nos faz culpar mais do que o que já nos sentimos. Eu, às vezes, penso como é que seria tudo se eu não tivesse contado. Às vezes penso: "Se calhar, não tinha passado por isto". Mas, também estava sozinha, num mundo escuro, a chorar todos os dias e a todas as horas, com um sentimento de culpa que não sabia nunca explicar o porquê e a razão, e nunca ia conseguir explicar o que se tinha passado comigo porque eu nunca iria encontrar resposta."*

### **Reconhecimento de ganhos e generalização no futuro**

*"Eu sei que vou ter de continuar a não ter medo de descobrir coisas novas, apesar de elas me meterem medo. Por exemplo, se um dia tiver um problema que me leve... Por exemplo, um problema que me leva ao Tribunal ou assim... Já sei como é que hei-de reagir: tenho de levar as coisas pela verdade e... Como é que eu hei-de dizer? Eu acho que isto valeu a pena e que vai ser bom no futuro (...) Esta experiência pôs-me a pensar muito, como eu digo. Um dia que eu tenha filhos ou que uma amiga venha dizer: "Será que eu faço isto", eu não digo "Não faças". Digo: "Vai, mas tem cuidado com isto e com isto".*

*"Eu acho que ser segura de mim própria já é muito importante porque se eu acreditar em mim e naquilo que eu consigo fazer já é muito bom. Por exemplo, imaginemos que eu queria entrar num trabalho: "Eu vou conseguir entrar neste trabalho, tenho de pensar positivo, eu confio em mim, eu acho que vou ter capacidades para fazer isto. Eu acho que é muito importante". "Bom, qualquer problema eu posso ultrapassá-lo porque com aquela experiência aprendi a não ter medo".*

### **Definição de objectivos e projecção de um futuro liberto do problema**

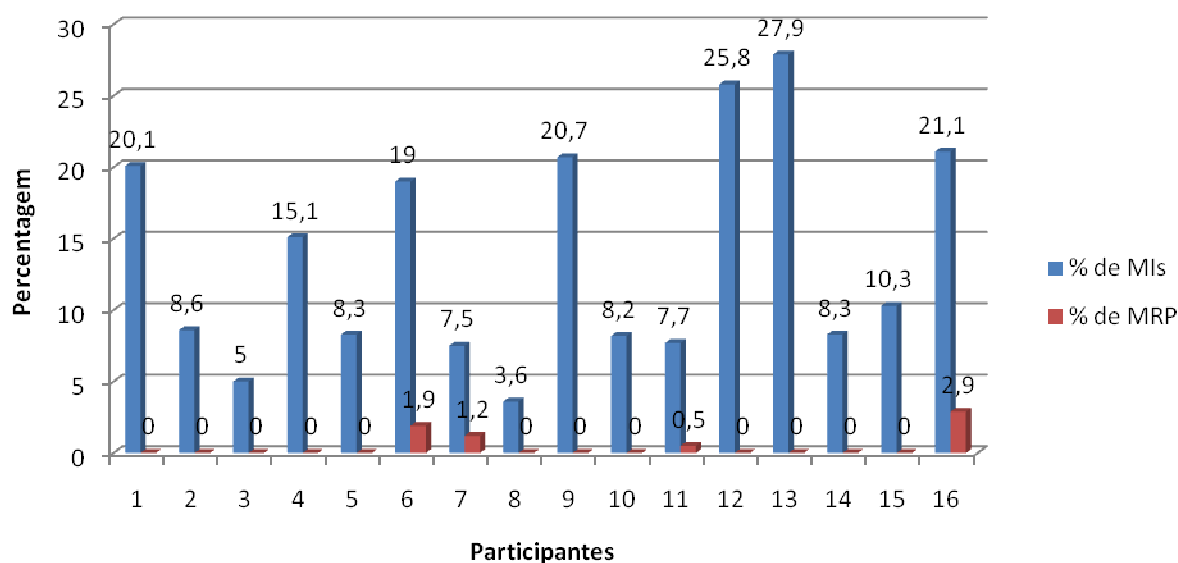
*"Imagino-me num escritório cheio de papéis, eu a assinar, a entrar pessoas por lá entro e eu a olhar para elas. Eu só penso em ser engenheiro agrónomo, ter um carro e ter uma família (...) acredito, vou ser igual aos outros, vou ter uma vida normal e ser feliz";*

*" Se eu conseguir resolver este problema, acho que a minha vida daqui para a frente vai ser muito melhor. Acho que me vou sentir uma pessoa realizada, uma pessoa segura de si, uma pessoa mais forte e que consegue resolver os seus problemas".*

### 3.2.3. Análise dos Marcadores de Retorno ao Problema

Numa análise global, observou-se que os MIs com MRP surgem apenas nas narrativas de quatro participantes, cuja expressão varia entre 0.5% e 2.9% (cf. Gráfico VIII).

Gráfico VIII: Duração dos MIs com Marcadores de Retorno ao Problema



### 3.2.4. Discussão dos resultados

Globalmente, os resultados reflectem uma considerável diversidade de MIs reportados pelas vítimas. Os dados obtidos corroboram a premissa de White e Epston (1990) de que em todas as narrativas problemáticas é possível identificar competências e aspectos da experiência que escaparam à influência do problema e que desafiam a narrativa dominante.

O momento de inovação mais saliente e expressivo nas narrativas dos participantes é a Reflexão, dado congruente com os resultados que têm vindo a ser encontrados nos estudos com os MI na mudança terapêutica (e.g. Matos, 2006; Santos, 2008) e na mudança espontânea (Cruz, 2008; Meira, 2010). Este tipo de MI inclui dois níveis distintos: reflexões centradas no problema (Subtipo I) e reflexões centradas no processo de mudança/recuperação (Subtipo II), sendo de referir que no presente trabalho o subtipo II é mais saliente.

Ao nível do primeiro tipo de reflexões, os pensamentos adaptativos e auto-instruções de resistência e perseverança são os elementos discursivos mais frequentes nas narrativas proferidas. Estes elementos discursivos parecem reflectir a capacidade adaptativa dos menores relativamente às consequências da revelação da experiência abusiva, em particular, no que diz respeito ao processo judicial (e.g., morosidade dos procedimentos judiciais e dificuldades inerentes). Além disso, a referência a novas compreensões e/ou formulações do problema e a tomada de consciência por parte dos participantes acerca das suas causas, dinâmicas e consequências é também muito importante na medida em que poderá funcionar como alternativa aos discursos de auto-culpabilização.

Relativamente às Reflexões centradas no processo de mudança/recuperação, estas envolvem sentimentos de auto-valorização e validação pessoal mediante a identificação das qualidades pessoais, de dimensões da vida não dominadas pelo problema e da menção de desafio ao problema. Assim, o reconhecimento por parte dos participantes da existência de recursos pessoais capazes de confrontar o problema reflecte a identificação do seu papel fundamental de "actor" da experiência e não de mera vítima passiva da mesma. De facto, as reflexões que descrevem o processo e as estratégias implementadas pelos participantes para ultrapassar a história problemática são as que maioritariamente caracterizam os seus discursos. Especificamente a identificação de aspectos positivos decorrentes da experiência abusiva (e.g., maior união entre os elementos da família, cessação da violência familiar, novas aprendizagens, melhoria das condições de vida e novas oportunidades) e de aliados na resistência ao problema parecem ser as reflexões mais relevantes na reelaboração do significado do abuso. Alguns estudos demonstraram que as inovações cognitivas que salientam elementos positivos decorrentes da experiência abusiva se associam a maiores níveis de ajustamento (Himelein, & McElrath, 1996; McMillen et al., 1995, citados por Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Plasha, 2009).

Por sua vez, os aliados não só funcionam como facilitadores no processo de recuperação como também permitem a validação de competências e desmistificação de algumas crenças das crianças e/ou jovens. De salientar o suporte do grupo de pares e a não estigmatização por parte destes como o "aliado" mais significativo, resultado também referenciado em vários estudos junto de crianças e jovens abusados (Collishaw, Pickles, Messer, Shearer, & Maughan, 2007; Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Dumont, Widom, & Czaja, 2007). Com efeito, alguns estudos confirmam que as crianças e/ou jovens vítimas que dispõem

de suporte e não são alvo de estigmatização por parte dos seus pares, evidenciam maior adaptação psicológica (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000). De igual modo, a proeminência do grupo de pares relativamente a outros aliados é facilmente compreendida se atendermos ao facto de este se assumir como uma audiência privilegiada na etapa desenvolvimental em que os participantes se encontram. Neste sentido, dados empíricos corroboram este resultado, demonstrando que o suporte dos pares assume uma poderosa influência no desenvolvimento da resiliência nas vítimas, particularmente nesta fase de desenvolvimento (Collishaw, Pickles, Messer, Shearer, & Maugham, 2007; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003).

Segue-se o suporte parental e familiar, considerado por vários autores como o principal preditor do reajustamento após o trauma (Deblinger & Heflin, 1996; Fergusson & Mullen, 1999; Saywitz et al., 2000; Tremblay, Hébert and Piché, 1999) Wolfe, 1999) e o apoio de professores (e.g., validação da experiência, promoção da socialização, disponibilidade para falar sobre o problema, não estigmatização), elementos também considerados relevantes no processo de restabelecimento das vítimas (Leathy, Pretty, & Tenenbaum, 2003; Plasha, 2009; Runtz & Schallow, 1997).

Em termos de “recursos/aliados” pessoais para a mudança, distinguem-se a revelação e o seu significado libertador, a expectativa de justiça, as crenças religiosas e a construção de novas significações para o *self* (e.g., corajoso, forte, capaz), que reforçam a percepção de competência pessoal e sentido de controlo dos participantes. Este sentido de controlo torna-se particularmente relevante na forma como a criança lida com a experiência abusiva, na medida em que lhe permitirá a adopção de comportamentos adaptativos face ao problema. Efectivamente, a literatura sugere que um “*locus* de controlo interno” tende a estar associado a uma atitude proactiva por parte dos indivíduos (Demellow & Imms, 1999), bem como ao seu restabelecimento adaptativo (e.g., Barros, & Sani, 2010; Himelein & McElrath, 1996; Valentine & Feinauer, 1993; Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000; Heller, Larrieu, D’Imperio, & Boris, 1999). Além disso, a construção de novas significações para o *self* traduz a capacidade da criança elaborar uma narrativa alternativa àquela que caracterizava o episódio abusivo (e.g., a culpa e a vergonha são reconstruídas, passando a um discurso que enfatiza a capacidade, coragem e competência). Estes resultados são congruentes com os obtidos num estudo qualitativo com uma amostra de homens adultos vítimas de abuso sexual na infância (Kia-Keating, Grossman, & Epstein, 2005) que verificou uma associação de significados de competência, força e coragem a um maior ajustamento psicológico.



De salientar que o desafio ao problema também se concretiza, embora com menor relevo, através dos MIs de Acção, Protesto e Desempenho da Mudança. O conteúdo dos MIs de Acção surge relacionado com a implementação de estratégias de combate do problema e dos seus efeitos, nomeadamente estratégias de distracção e a revelação do abuso a outros significativos ou às instâncias formais. Alguns estudos (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000) têm salientado a procura activa de suporte e a revelação a outros como estratégias que aumentam a auto-confiança e o sentido de controlo. Por sua vez, a revelação judicial do abuso, nos casos em que esta é voluntária e consciente e em que as respostas são adequadas, parece funcionar como uma estratégia activa de *coping* bem sucedida, apesar de precipitar um agravamento sintomático inicial (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000), tal como já sinalizámos anteriormente. De modo análogo, há referências empíricas que sugerem a procura de actividades favorecedoras de emoções positivas se constitui como uma estratégia de *coping* adaptativa (Morrow & Smith, 1995), dados congruentes com os resultados obtidos no presente estudo, não obstante, este é um elemento ainda pouco explorado no âmbito da investigação neste domínio.

As estratégias de combate do problema incluem ainda o confronto/crítica relativamente ao abusador e a outros factores sociais que alimentam o problema, sendo este um elemento fundamental dos MIs de Protesto. Este tipo de MI inclui a emergência de novas posições (e.g., manifestações de assertividade face ao abusador e aos outros), bem como um reposicionamento face às expectativas sociais/culturais associadas à experiência de abuso. Esta reconstrução das significações de culpa e vergonha, inicialmente associadas à experiência abusiva, traduz a capacidade de as vítimas se tornarem “agentes” activos de resolução do problema (White & Epston, 1990).

A emergência de novas posições, patentes nos MIs de Reflexão e Protesto, estão também subjacentes aos MIs de Desempenho da Mudança, na medida em que os participantes parecem reutilizar a experiência problemática para antecipar como poderiam lidar de forma adaptativa com outras situações de ameaça. O reconhecimento de ganhos (novas capacidades, qualidades, competências) e a generalização destes no futuro para outras dimensões da vida torna-se fundamental para o confronto e superação do problema, reflectindo-se na definição de objectivos e projecção de um futuro liberto da influência do abuso. Efectivamente, do ponto de vista de White e Epston (1990), os indivíduos estão capazes de desenvolver uma narrativa adaptativa acerca de si quando marginalizam os efeitos desadaptativos do problema e focalizam

a sua atenção nos momentos de inovação, começando a recontar a sua história a partir deste novo ponto de vista.

Os MIs de Reconceptualização são, por último, aqueles que apresentam uma representação mais reduzida nesta amostra, apesar de outros estudos, com população adulta, terem evidenciado a sua relevância (e.g., Gonçalves, Cunha, Ribeiro, Mendes, Santos, Matos, & Salgado, 2010; Matos, 2006; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2010). Este resultado poderá estar relacionado com o facto de este tipo de MI exigir, por definição, o *“envolvimento de uma metaposição sobre a mudança [...] e a capacidade de este observar o que se está a tornar diferente do “guião” anterior e os novos caminhos que pode percorrer na narrativa em construção”* (Santos, 2008, p. 34). Efectivamente, apesar de a adolescência ser um período desenvolvimental caracterizado pela capacidade crescente de construção individual do significado associado às experiências de vida (Bluck & Habermas, 2001), a capacidade de raciocínio auto-biográfico está ainda pouco maturada nesta fase desenvolvimental (Singer & Bluck, 2001). Não obstante, importa salientar que, nos participantes em que este tipo de MI está presente, a posição das crianças/adolescentes caracteriza-se pelo contraste entre a vivência anterior e actual do problema, reflectindo uma ponderação acerca do processo de mudança e/ou recuperação. O conteúdo deste tipo de MI relaciona-se com a redefinição das versões de si, designadamente com uma desvinculação da posição de vítima, identificação de novas capacidades, valorização pessoal e sentimentos de bem-estar. A reconceptualização evidencia-se ainda na capacidade que alguns participantes têm de reenquadrar o problema e os seus efeitos (e.g., reflexão sobre a etiologia, dinâmicas e consequências associadas ao abuso e reposicionamento face às suas prescrições), de atribuir novos significados à experiência de abuso e de ser capaz de perceber diferentemente os outros, identificando-os como aliados da mudança ou do problema.

No que concerne aos marcadores de retorno ao problema, o presente trabalho encontrou uma incidência reduzida na amostra global. No entanto, estes marcadores surgem em quatro narrativas, o que poderá constituir um indicador de maior inconsistência nas narrativas destes participantes.



### CAPÍTULO III

## ESTUDO 2: EFEITOS DO ABUSO E PROCESSOS DE INOVAÇÃO: UMA COMPARAÇÃO ENTRE CRIANÇAS RESILIENTES E NÃO RESILIENTES



## **1. Objectivos**

Neste capítulo pretende-se compreender se as crianças e/ou jovens resilientes se diferenciam das não resilientes em termos das suas narrativas do abuso, no que se refere ao impacto e aos processos de mudança espontânea.

## **2. Hipóteses de trabalho**

Hipótese 1: As crianças e/ou jovens resilientes diferenciam-se das não resilientes na forma como elaboram a sua narrativa problemática, demonstrando uma integração cognitiva e emocional do problema que é mais adaptativa.

Hipótese 2: As crianças e/ou jovens resilientes diferenciam-se das não resilientes na forma como elaboram a sua narrativa acerca da mudança, mostrando maior capacidade de construir uma narrativa preferencial através da expansão e consolidação dos momentos de inovação. Esta hipótese traduz-se objectivamente na maior saliência de momentos de inovação, maior diversidade dos tipos de momentos de inovação, maior proeminência dos momentos de reconceptualização e menor frequência de retorno ao problema nas crianças e/ou jovens resilientes.

## **3. Processo de constituição dos grupos contrastantes**

### **3.1. Critérios de diferenciação dos grupos**

O processo de constituição dos grupos contrastantes (crianças e/ou jovens resilientes *versus* não resilientes) foi orientado por dois critérios concomitantes: um de carácter objectivo (i.e., resultados obtidos através de instrumentos de medida do ajustamento psicológico) e outro de natureza clínica/ (i.e., resultados provenientes de uma avaliação qualitativa com recurso a 2 juízes independentes).

### 3.1.1. Instrumentos de avaliação do ajustamento psicológico

Atendendo às dificuldades na administração de instrumentos específicos de avaliação da sintomatologia decorrente do abuso (e.g., escassez de instrumentos adaptados às características desenvolvimentais das crianças e/ou jovens; ausência de instrumentos específicos aferidos para a população portuguesa; dificuldades na administração de múltiplos questionários de auto-relato a uma amostra infantil), optámos por recorrer a uma avaliação de espectro global do funcionamento psicológico dos participantes. Não obstante, apesar de os sintomas específicos do abuso (e.g., medos específicos, sintomas de PTSD, dissociação) não terem sido objecto de avaliação formal, foi possível a sua exploração ao nível das entrevistas realizadas com a criança e/ou com o(s) seu(s) cuidador(es).

Assim sendo, foram utilizadas as seguintes medidas de avaliação psicológica: Questionário de comportamento da criança (*Child Behavior Checklist*, CBCL; Achenbach, 1991 traduzido por Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, & Cardoso, 1994), Questionário de auto-avaliação para jovens (*Youth Self Report*, YSR; Achenbach, 1991 traduzido por Fonseca & Monteiro, 1999), o Inventário de Depressão da Criança (*Children's Depression Inventory*, CDI; Kovacs, 1992, traduzido e adaptado por Dias & Gonçalves, 1999); a Escala de Ansiedade Manifesta -Revisada (*Children's Manifest Anxiety Scale – Revised*, CMAS-R; Ollendick, 1983 traduzido e adaptado por Dias & Gonçalves, 1999) e o Questionário de Medos para crianças -revisado (*Fear Survey Schedule for Children-Revised*, FSSC-R; Ollendick, 1983 Dias & Gonçalves, 1999).

#### a. Modelo Multiaxial de Achenbach (ASEBA; Achenbach & McConaughy, 1997)

O Questionário de comportamento da criança para pais (*Child Behavior Checklist*, CBCL; Achenbach, 1991, traduzido por Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, & Cardoso, 1994) é um questionário de auto-relato aplicável a pais de crianças com idades compreendidas entre os quatro e os dezoito anos de idade. O Questionário de auto-avaliação para jovens (*Youth Self Report*, YSR; Achenbach, 1991 traduzido por Fonseca, & Monteiro, 1999) é igualmente uma medida de auto-relato, aplicável a jovens entre os onze e os dezoito anos.

Estes questionários possuem uma estrutura análoga, incluindo uma enumeração de comportamentos problemáticos da criança, sendo solicitado aos informadores (os

pais/cuidadores primários ou o próprio jovem) para se pronunciarem relativamente a cada um dos itens, cotando-os com 0 (a afirmação não é verdadeira), com 1 (a afirmação é algumas vezes verdadeira) ou com 2 (a afirmação é muito verdadeira), considerando como referência temporal os últimos seis meses.

Os itens dos respectivos instrumentos organizam-se em oito síndromas: a) isolamento (itens associados a isolamento e evitamento e/ou mal estar interpessoal), b) queixas somáticas (queixas físicas sem causa médica conhecida), c) ansiedade/depressão (itens associados a sintomatologia depressiva e ansiosa), d) problemas sociais (dificuldades no relacionamento/interacção interpessoal), e) problemas de atenção (indicadores de défice de atenção), f) problemas de pensamento (referência a alucinações visuais ou auditivas e a outros sintomas associados a quadros psicóticos e obsessivo-compulsivos), g) comportamento agressivo (comportamentos de agressividade, oposição e desafio), e h) comportamento delinvente (itens associados a conduta desviante).

Os dados obtidos a partir da administração de ambos os questionários possibilitam a construção de um perfil, permitindo níveis distintos de análise: a) pela comparação das pontuações nas diferentes sub-escalas/síndromas, b) pelo somatório das pontuações obtidas nas sub-escalas de internalização (isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão) e de externalização<sup>19</sup> (comportamento agressivo, comportamento delinvente) e c) pela pontuação total (somatório de todos os itens do questionário).

Para além dos comportamentos problemáticos, os instrumentos contemplam ainda um conjunto de itens que avaliam as competências escolares, de actividades e sociais; no entanto, esta componente não foi considerada no presente estudo.

Relativamente a estudos efectuados em Portugal, os questionários foram objecto de investigações que envolveram amostras da comunidade e amostras clínicas. Globalmente, os resultados destes estudos viabilizam a utilização destes instrumentos de avaliação na investigação, envolvendo análises de precisão/fidelidade (consistência interna e teste-reteste), de validade (validade de construto e validade concorrente) e dados provisórios de natureza normativa (Gonçalves & Simões, 2000). Não obstante, as subescalas que compõem os questionários apresentam inconsistência e instabilidade nas análises factoriais efectuadas, reflectindo a necessidade de algumas precauções na interpretação dos seus resultados. Mais

---

<sup>19</sup> Achenbach (1991<sup>a</sup> cit. In Gonçalves & Simões, 2000) propõe que, para o funcionamento de uma criança ser considerado internalizador e/ou externalizador, é necessário que pelo menos uma destas escalas se revele elevada e que se observe uma diferença de dez pontos em notas T entre ambas.



especificamente, relativamente à CBCL, observou-se uma correspondência elevada entre alguns factores identificados no grupo normativo e os resultados do estudo americano original (correlações superiores a .90 para os factores oposição/imaturidade, isolamento, queixas somáticas, problemas de atenção e hiperactividade; correlações superiores a .80 para os factores agressividade e depressão), no entanto, a equivalência entre os outros factores é bastante reduzida. De modo semelhante, no que concerne à YSR, as correlações mostraram-se elevadas entre determinadas subescalas (queixas somáticas, problemas de pensamento, comportamento delinvente, ansiedade /depressão), e reduzidas relativamente a outras (atenção/hiperactividade, e isolamento) (Gonçalves, & Simões, 2000).

Assim, atendendo à fragilidade dos resultados dos estudos efectuados no nosso país, no presente estudo optámos por considerar critérios mais exigentes para diferenciar os casos clínicos dos não clínicos. Neste sentido, foi tomado como referência o ponto de corte estabelecido na versão americana (i.e., o percentil 98) e foi considerada a pontuação total (i.e., o somatório de todos os itens) como índice geral de psicopatologia, tal como o recomendado por Gonçalves e Simões (2000).

#### **b. Questionários de avaliação de sintomatologia psicopatológica (CDI; CMAS-R; FSSC-R)**

O CDI (*Children's Depression Inventory*; Kovacs, 1992) é um instrumento de avaliação desenvolvido para avaliar sintomatologia depressiva (perturbação de humor, capacidade de sentir prazer, funções vegetativas, auto-avaliação e comportamentos interpessoais) em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os sete e os dezassete anos de idade. Trata-se de um questionário de auto-relato constituído por vinte e sete itens, classificados com um valor de 0, 1, e 2 (sendo que o valor mais elevado associa-se a uma maior severidade dos sintomas). Cada item é composto por três afirmações, sendo que cada participante deverá seleccionar a que melhor o descreve, nas últimas duas semanas. A versão portuguesa (Dias & Gonçalves, 1999) possui qualidades psicométricas satisfatórias para a sua aplicação em contexto nacional.

O CMAS-R (*Children's Manifest Anxiety Scale-Revised*; Reynolds & Richmond, 1978) consiste num questionário de avaliação de indicadores de ansiedade manifesta em crianças e adolescentes (desde o 3º ao 12º anos de escolaridade). É composto por trinta e sete itens, sendo que vinte e oito integram uma escala de ansiedade e nove compõem uma escala de

mentira. Perante cada afirmação do questionário, é solicitado aos inquiridos que assinalem se a mesma corresponde (ou não) à verdade em relação a si. Os resultados da análise da escala de ansiedade relatam o índice de ansiedade manifesta e a escala de mentira poderá traduzir a defensividade/desejabilidade social manifestada pela criança e/ou adolescente em contexto avaliativo. O questionário utilizado no presente estudo é uma versão traduzida e validada por Dias e Gonçalves (1999) apresentando características psicométricas satisfatórias.

O FSSC-R (*Fear Survey Schedule for Children-Revised*; Ollendick, 1983) é um instrumento de auto-relato constituído por oitenta itens que correspondem a diferentes categorias de medos. Solicita-se que as crianças e adolescentes relatem o grau de intensidade de medo sentido (0=nenhum; 1= algum; 2= muito) relativamente à situação apresentada em cada item. A escala é composta por cinco factores que, decorrente de análises de validade realizadas no âmbito do estudo normativo para a população portuguesa (Dias & Gonçalves, 1999), assumiram uma disposição ligeiramente distinta da versão original (Ollendick, 1983): medo de falhar e da crítica, medo do perigo, morte e ferimentos, medo do desconhecido, medo de animais, medos relacionados com actos médicos.

### **3.1.2. Análise de processos clínicos por juízes e estratégia de consensualização**

Relativamente a cada um dos participantes foi organizado um processo clínico que incluía uma ficha socio-demográfica, duas entrevistas semi-estruturadas (uma realizada com a criança e outra com o seu cuidador principal) e o relatório de perícia psicológica forense. A entrevista com a criança (adaptada a partir da SCICA, de McConaughy & Achenbach, 1994) versava questões em torno do seu funcionamento global: a) escola; b) amigos/relacionamentos amorosos; c) actividades, interesses e preferências; d) família, e) auto-percepção e sentimentos experienciados, e f) ajustamento psicológico. Para a recolha de informação junto do cuidador principal, foi utilizado um guião de entrevista (Machado & Antunes, 2005, adaptado de Wolfe & Wolfe, 1988 e de Hewitt, 1999), constituído por questões acerca dos seguintes temas: a) história desenvolvimental da criança, b) situação actual da criança, c) funcionamento da família e factores de risco, e d) comportamento e ajustamento actual da criança.

Para a análise dos processos clínicos, recorreremos a dois juízes independentes (i.e., psicólogos com ampla formação e experiência na área da vitimação infantil), tendo sido solicitado aos mesmos uma avaliação "cega" (i.e., sem conhecimento da avaliação objectiva

decorrente dos instrumentos de avaliação psicológica) do impacto do abuso em diferentes áreas de funcionamento da criança. Após a apreciação da informação facultada, ambos os avaliadores formularam um parecer, categorizando o participante como “resiliente” (i.e., demonstrando ausência de sofrimento ou de prejuízo clinicamente significativos no funcionamento social, escolar, familiar da criança/jovem na sequência da experiência de abuso sexual) ou “não resiliente” (i.e., presença de sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos).

Finalizada a categorização, detectou-se um desacordo nos pareceres dos juízes relativamente a cinco dos casos em estudo. Neste sentido, foi seguida a recomendação de Hill, Thompson e Williams (1997), no âmbito do seu procedimento de "consensual qualitative research", isto é, foram discutidas as discrepâncias entre os juízes e obtido consenso relativamente às mesmas.

### **3.2. Procedimento de constituição de grupos contrastantes**

O grupo de crianças e/ou jovens resilientes foi constituído a partir do cumprimento dos seguintes requisitos: a) ausência de sintomatologia clinicamente significativa em todos os instrumentos de ajustamento (CBCL, YSR, CMAS-R, CDI e FSSSC-R) utilizados no presente estudo; b) parecer de ambos os juízes quanto à ausência de sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos no funcionamento geral da criança/jovem.

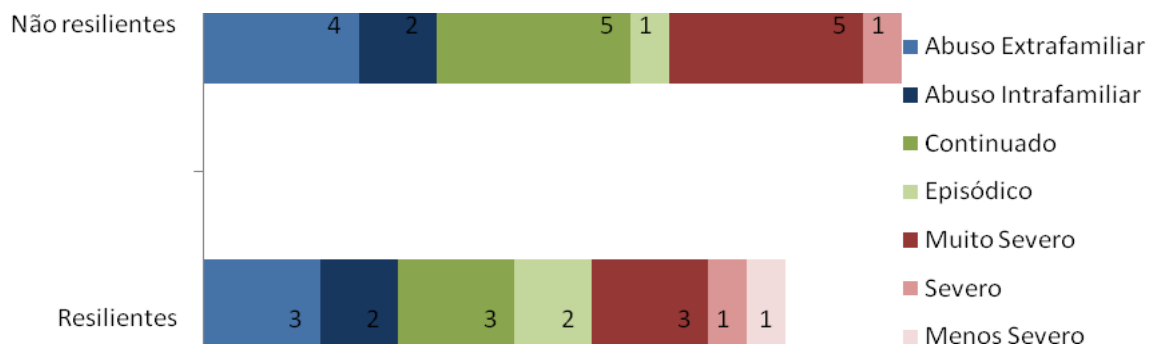
As crianças e/ou jovens não resilientes foram seleccionadas a partir dos respectivos parâmetros: a) resultados clinicamente significativos em pelo menos uma das escalas de avaliação psicológica referidas; e/ou b) parecer clínico concordante entre os juízes relativo à não resiliência.

Concomitantemente, foi criado um grupo intermédio, que reunia os casos que evidenciavam incongruência entre o critério objectivo decorrente dos instrumentos de avaliação psicológica e o parecer dos juízes (e.g., instrumentos classificam a criança como resiliente mas os juízes consideram que esta deve ser integrada no grupo de não resilientes, por haver sofrimento significativo; vice-versa). Este grupo, que integrava cinco participantes, não foi considerado na análise dos resultados, por se entender que se tratavam de casos inconclusivos no que se refere ao impacto do abuso e, por isso, ambiguos em termos de resultados. Efectivamente, a exclusão deste grupo permitiu que os grupos “resilientes” e “não resilientes” não fossem contaminados pela ambiguidade dos perfis de participantes do grupo “intermédio”.

## 4. Caracterização dos grupos

### 4.1. Características do abuso

Figura I: Características do abuso nos dois grupos: Resilientes e Não Resilientes



### 4.2. Agregado Familiar

Figura II: Características do agregado familiar nos dois grupos: Resilientes e Não Resilientes

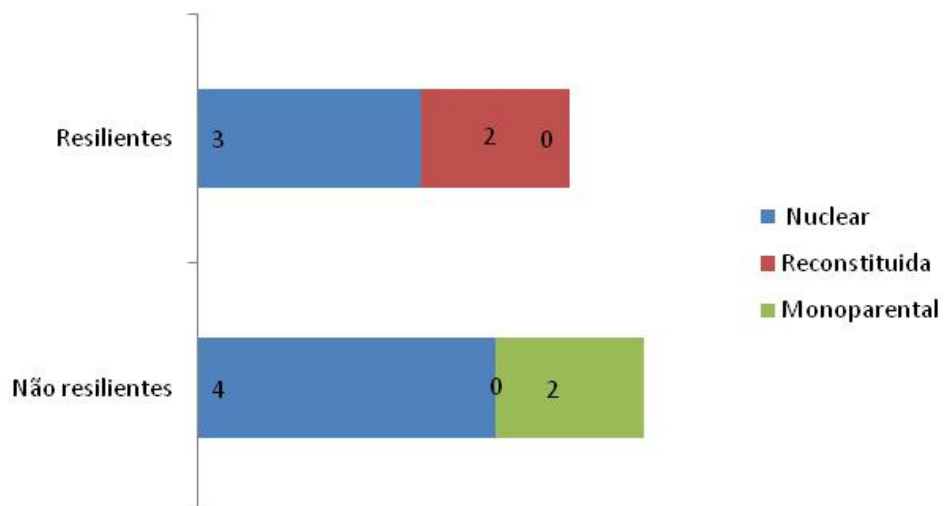
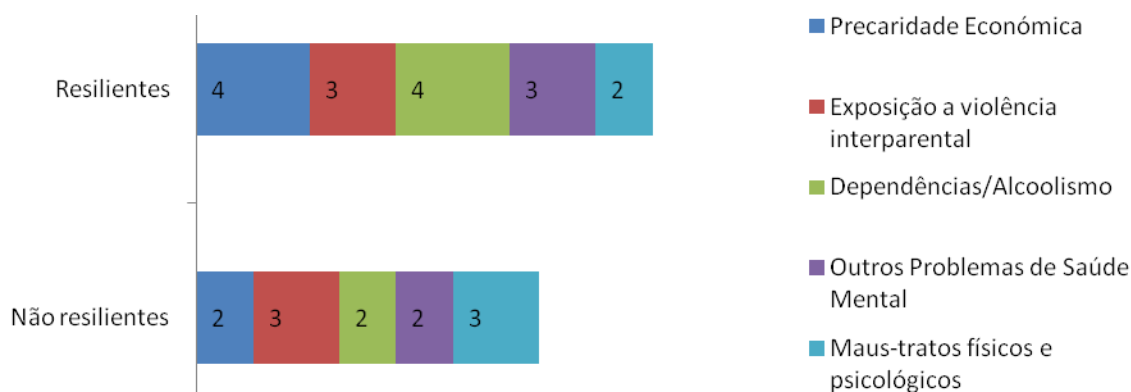


Figura III: Outras problemáticas presentes no agregado familiar nos dois grupos: Resilientes e Não Resilientes



Atendendo à caracterização da amostra, é possível confirmar a mesma variabilidade detectada na análise do grupo global de vítimas (cf. capítulo empírico anterior), não nos sendo possível retirar conclusões sobre a diferenciação dos grupos. Em termos das características do abuso, em ambos os grupos se verifica a predominância do abuso extrafamiliar e de maior severidade e duração.

## 5. Apresentação e discussão de resultados

### 5.1. Impacto/Efeitos do problema

Na análise dos dados referentes ao impacto do abuso, foi utilizada uma grelha de leitura constituída pelas categorias emergentes nas narrativas de todos os participantes, já apresentadas no primeiro estudo empírico.

Numa primeira abordagem de análise dos dados, tomámos como linha de referência a sugestão de Hill, Thompson e Williams (1997), considerando, para a diferenciação dos grupos Resiliente (R) e Não Resiliente (NR), apenas as categorias de que surgem referenciadas por mais de metade dos participantes de cada grupo (cf. Quadro XLVIII).

Quadro XLVIII: Efeitos do abuso: contrastação dos grupos R e NR

<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>R (N Total=5)</b>	<b>NR (N Total=6)</b>
Vergonha/Estigma	Consequência emocional chave	5 (100%)	6 (100%)
	Sentimentos de diferença associados ao abuso	—	5 (71%)
Medo	Efeito mais proeminente	—	4 (80%)
	Principal inibidor da revelação	3 (38%)	5 (62%)
Culpa	Manutenção do segredo	—	4 (67%)
Traição/desconfiança	Percepção do abuso como “armadilha”	—	5 (83%)
Identidade/Orientação sexual	Ansiedade relações futuras/Receios homossexualidade	—	6 (75%)
Discursos sociais	Culpabilização da vítima	—	4 (67%)
Expectativas/Percepções	Relevância do processo judicial	—	6 (75%)
Justiça	Ambivalência face ao processo judicial	—	4 (100%)

Assim, quando analisamos os efeitos do abuso em função dos dois grupos, verificamos que, apesar de ambos sentirem a vergonha como principal consequência emocional do abuso, são mais os participantes do grupo não resiliente que reportam uma forte estigmatização associada a sentimentos de diferença. No mesmo sentido, os participantes do grupo não resiliente apresentam maior tendência para que o medo seja também central na sua vivência do abuso, apesar de este ser o principal inibidor da revelação em ambos os grupos. Os participantes não resilientes revelam ainda maior tendência para se culpabilizarem pela manutenção do segredo em relação ao abuso e tendem a perceber mais o abuso como armadilha, a referir mais ansiedade face a relações futuras e receios da homossexualidade, bem como a manifestar maior ambivalência face ao processo judicial, ao mesmo tempo que o consideram relevante na validação da experiência abusiva.

Numa segunda abordagem, após esta diferenciação qualitativa, procurámos testar estes resultados, mediante a realização de análises estatísticas. Quando analisamos os efeitos da experiência abusiva em função dos dois grupos, os resultados revelam que existe uma associação estatisticamente significativa entre a pertença ao grupo não resiliente e as seguintes dimensões: *“Percepção do abuso como armadilha”* ( $\chi^2(1)=.036$ ,  $p<.10$ ), *“Ansiedade Identidade/Orientação Sexual/Medo homossexualidade”* ( $\chi^2(1)=.026$ ,  $p<.10$ ), *“Expectativas de justiça: relevância do processo judicial”* ( $\chi^2(1)=.026$ ,  $p<.10$ ), e *“Ambivalência face ao processo judicial”* ( $\chi^2(1)=.022$ ,  $p<.05$ ).

Não se verificou uma relação significativa nas restantes dimensões: *“Vergonha: Sentimentos de Diferença”* ( $\chi^2(1)=.14$ , n.s), *“Medo como efeito mais proeminente”* ( $\chi^2(1)=.12$ , n.s), *“Medo como inibidor da revelação”* ( $\chi^2(1)=.$ , n.s), *“Culpa: manutenção do segredo”* ( $\chi^2(1)=.38$ , n.s).

### 5.1.1. Discussão dos Resultados

Numa análise global dos resultados, os dados obtidos parecem confirmar a primeira hipótese formulada, sugerindo que as crianças e/ou jovens resilientes se diferenciam das não resilientes na forma como elaboram as suas narrativas problemáticas.

Analisando os discursos dos participantes, a vergonha emerge como consequência central nas narrativas proferidas por ambos os grupos, dado congruente com alguns estudos já efectuados neste âmbito (e.g., Daigneault, Tourigny, & Cyr, 2004; Leahy, Pretty, & Tenenbaum, 2003). Não obstante a sua presença, os participantes não resilientes evidenciam, num plano qualitativo, maior estigmatização associada a sentimentos de diferença relacionados com o abuso, que parecem alimentar significados de auto-depreciação (*“uma rapariga daquelas que não são normais... fácil para os rapazes”*; *“Tenho vergonha de ser fraca... manipulável”*) e expectativas de rejeição por parte dos outros (*“Pode ser um rapaz que não concorde com o que aconteceu...pode não gostar de mim depois disto”*). A estigmatização neste grupo é ainda visível de forma significativa ao nível da identidade e/ou orientação sexual (e.g., ansiedade face a relações futuras, medo de homossexualidade), observando-se maior percepção de dano.

No grupo de crianças e/ou jovens resilientes, mediante análise qualitativa detalhada, é possível verificar que os sentimentos de diferença reportados estão associados a estigmatização percebida pelas crianças na sua história de vida precedente ao abuso (e.g., estigma relacionado

com características de desajustamento familiar, condições de vida desfavoráveis). Assim, o abuso é percebido por estas participantes, não como um precipitante dos sentimentos de estigmatização, mas como um factor que agudizou este efeito. Este resultado torna-se particularmente interessante, uma vez que sugere a necessidade de compreender a experiência abusiva como estando integrada numa trajectória desenvolvimental influenciada por diferentes contextos, e não analisar o abuso apenas enquanto acontecimento isolado (Cicchetti, & Lynch, 1995; Soares, 2000). Deste modo, não apenas as características da criança são relevantes para compreender o impacto da situação abusiva, mas também as características do microsistema (e.g., o contexto familiar) influenciam significativamente a forma como a criança atribui significado à experiência abusiva (Bronfenbrenner, 1994). Num contexto que parece ser já de adversidade, podemos supor que o abuso surge como mais um acontecimento negativo e causador de sofrimento e de estigmatização, e não tanto como evento singular desencadeador de tal efeito (*[o padrasto]* “Batia quando eu fazia qualquer coisa, quando saía de casa ou assim. À minha mãe é que batia mais. Quando nós fazíamos alguma coisa de mal, a culpa era sempre da minha mãe (...) vergonha de ter uma família assim”).

Por sua vez, o medo, é (numa análise qualitativa) uma resposta que surge com maior proeminência nas histórias das crianças e/ou jovens não resilientes, assumindo-se, em ambos os grupos, como o principal inibidor da revelação do abuso. Os participantes retratam o medo como uma dimensão do impacto que se mantém de forma intensa na história pré e pós revelação (“Desde o princípio sempre foi o medo... o medo vai estar sempre... É mesmo o medo que está mais presente agora”), nomeadamente nos casos que transitaram em julgado e resultaram na condenação do ofensor (e.g., receios de revitimação, medo das ameaças do ofensor, sentimentos de insegurança associados à percepção de impunidade, generalização do medo a outros domínios). Estas dimensões de medo reflectem-se também em indicadores de sintomatologia de stress pós traumático, nomeadamente, a revivência da experiência, o evitamento de locais ou situações que são percebidos pela criança e/ou jovem como elicitadores de memórias do abuso, e a generalização do medo a diferentes domínios da sua vida (Alberto, 2004; Feiring, Lynn, & Lewis, 2002; Finkelhor, 1990; Kendall-Tackett, Williams, Meyer, & Finkelhor, 1993; Wolfe, & Birt, 1997).

Já as crianças e/ou jovens resilientes tendem a descrever o medo como um efeito inicial e que vai enfraquecendo ao longo do processo de recuperação (“No início era mais forte... foi desaparecendo aos bocadinhos”). Estes dados parecem sugerir que as crianças resilientes, pese



embora a disrupção inicial induzida pela revelação, parecem evidenciar maior sentido de controlo pessoal e demonstrar uma maior tendência para desmistificar/desconstruir o “poder” do ofensor (“*Já não tenho medo, acho que ele percebeu o que fez... antes não o conseguia enfrentar, agora consigo*”; “*Coitado... era um drogado*”; “*Às vezes tenho pena dele, lá preso, é doente*”). Efectivamente, é possível que este medo inicial constitua um efeito adaptativo para estas crianças, face à situação vivenciada, assumindo assim uma função protectora no sentido da maior vigilância face à possibilidade de revitimação.

A culpa é igualmente um tema comum aos dois grupos, sendo que estes, adequadamente, atribuem a culpa ao ofensor e assumem simultaneamente responsabilidade pelo abuso. Estes resultados são similares aos obtidos num estudo que procurou comparar dois grupos (clínico vs não clínico) de adultos vítimas de abuso (Leahy, Pretty, & Tenenbaum, 2003). Não obstante, a auto-culpabilização, particularmente pela manutenção do segredo, assume maior proeminência (na análise qualitativa) nas narrativas dos não resilientes. Este sentimento de auto-culpabilização parece reforçado pela identificação por parte das crianças não resilientes de discursos sociais que culpabilizam a vítima.

Note-se que a investigação realizada neste domínio tem produzido resultados contraditórios no que se refere ao papel da atribuição (externa/interna) da culpa pelo abuso no ajustamento psicológico (Daigneault, Tourigny, & Cyr, 2004; Leahy, Pretty, & Tenenbaum, 2003). Pese embora alguns estudos que verificaram uma associação entre atribuição interna e maior deterioração psicológica (Chaffin, Wherry, & Dykman, 1997; Morrow, 1991; Wyatt, & Newcomb, 1990), outros autores têm defendido que atribuir externamente a culpa diminui na vítima a sua percepção de eficácia e controlo e, conseqüentemente, aumenta o risco de revitimação (Dufour, Nadeau & Bertrand, 2000). A diferenciação entre culpa caracterial (isto é, centrada no que a pessoa é, nos seus traços internos, estáveis) e culpa comportamental (o que a pessoa fez) tem também sido apontada como importante para compreender a relação entre culpa e ajustamento psicológico, verificando-se que a primeira tem um efeito negativo, enquanto a segunda pode promover a sensação de controlo e o sentimento de ser capaz de prevenir a revitimação (Lurigio & Resick, 1990).

Outra dissemelhança entre os grupos prende-se com o sentimento de traição, constatando-se, tanto qualitativa como quantitativamente, a predominância de sentimentos de desconfiança associados a uma percepção do abuso como uma “armadilha” no grupo de crianças/jovens não resilientes. Esta percepção do abuso influencia a representação que estas

crianças têm de si (*“deixei acontecer algo comigo... fui fraca”*) e do mundo que as rodeia (*“Eu tenho sempre essa desconfiança (...) nunca vivo um momento sem pensar no que essa pessoa estará a pensar ou quais serão as intenções da pessoa”*), revelando maior insegurança nas relações interpessoais. Neste sentido, a vulnerabilidade percebida por parte destas vítimas relativamente ao acontecimento abusivo influencia significativamente a sua percepção acerca das competências pessoais, quer para prevenir a revitimação, quer para estabelecer relações interpessoais adaptativas.

De facto, se a criança se percebe como vulnerável e sem recursos para se proteger, no futuro tenderá a sobrevalorizar indicadores de perigo que não lhe permitem estabelecer relações de confiança e suporte com outros significativos. Tendo em conta que, na adolescência, as relações com os pares se afiguram significativamente importantes para o desenvolvimento psicossocial dos jovens, os sentimentos de desconfiança destas crianças constituirão um potencial factor negativo para o seu desenvolvimento e bem-estar. Efectivamente *“a qualidade das relações interpessoais”* não constitui apenas uma dimensão da qualidade de vida e do bem-estar actual dos menores, mas é também um vector de construção do seu desenvolvimento, portanto, um factor prospectivo com impacto ao nível da sua organização psíquica e sócio-afectiva.” (Martins, 2005a, p.3).

Ao nível do processo judicial, constata-se também diferenças significativas, verificadas quer qualitativa, quer quantitativamente. O grupo não resiliente evidencia a necessidade de que seja *“feita justiça”* e mantém a expectativa de que esse facto valide a sua experiência de vitimação. Com efeito, a necessidade destas crianças de que factores externos (como é o caso do processo judicial) validem a sua experiência e desmistifiquem crenças sociais e culturais erróneas associadas ao acontecimento abusivo, constitui um dado relevante na compreensão do profundo impacto desta situação no bem-estar destas crianças e é um sinal de alerta relativamente à sua capacidade de auto-suporte e à qualidade da sua rede de suporte social. Por outro lado, podemos supor que as crianças e/ou jovens resilientes apresentam recursos pessoais ou interpessoais de validação da sua experiência e de confrontação com as crenças culturais de legitimação do abuso, que se afiguram protectores face ao potencial impacto psicológico negativo da experiência à qual foram submetidas.

Apesar de precisarem do processo judicial para se sentirem validadas, as crianças e/ou jovens não resilientes evidenciam ambivalência face à justiça, demonstrando uma posição de protesto, insegurança e dúvida face à mesma. Esta situação pode decorrer de dificuldades por

parte da criança em gerir emocionalmente o processo judicial (*"Quando ia a tribunal, às vezes eu pensava: Não, isto vai valer a pena porque eu vou poder viver sem medo de ele me aparecer à frente. Mas afinal, não"*) devido aos seus menores recursos pessoais, assim como podem advir de características particulares do processo judicial nestes casos (*"É assim, ao princípio deu a entender que ia ser feita [justiça]. Mas agora que ele está a começar a sair, até sozinho, acho que não se está a fazer justiça como foi no início"*).

Em qualquer dos casos, note-se que esta dicotomia entre a dependência do sistema judicial e a ambivalência face ao mesmo poderá constituir um factor relevante na agudização da sintomatologia das crianças e/ou jovens não resilientes.

Em síntese, os dados parecem sugerir que a identidade pessoal (e.g., auto-conceito, auto-valorização, sentido de controlo, auto-suporte) das crianças e/ou jovens não resilientes está significativamente afectada pela experiência abusiva, impacto alimentado pelos discursos e/ou estereótipos sociais e/ou culturais disponíveis acerca deste tipo de vitimação (que reforçam a culpa da criança pelo evento abusivo). As suas narrativas acerca do impacto sugerem dificuldades na integração emocional e cognitiva da experiência (dificuldades reforçadas pelas dinâmicas associadas ao processo judicial e à ausência de suporte social percebido), emergindo uma percepção global de imprevisibilidade e um emaranhamento constante de sentimentos de confusão, ambivalência, raiva e revolta em relação ao abuso, abusador ou a outros.

Por sua vez, os discursos das crianças e/ou jovens resilientes reflectem um esforço em construir um significado integrador da experiência abusiva, notando-se um enfraquecimento do problema ao longo do processo de recuperação. É ainda de salientar que nas narrativas de alguns participantes resilientes, se verifica a minimização do abuso perante outros acontecimentos e/ou vivências da vida passada ou presente (e.g., separação dos pais, dificuldades económicas, alcoolismo parental), sendo atribuído às circunstâncias (*"era um miúdo, se fosse agora não acontecia"*; *"Foi uma coisa má que aconteceu... como outras"*). Este resultado leva-nos a pensar que a presença de outros factores potencialmente desestruturantes no grupo de crianças e/ou jovens resilientes diminui a probabilidade do acontecimento abusivo ser construído narrativamente por estas crianças como algo traumático/desorganizador. A título de exemplo, é de referenciar um estudo efectuado com uma amostra de uma comunidade rural num país em reconstrução após doze anos de guerra civil (Barthauer, & Leventhal (1999), que não verificou impacto significativo numa amostra de vítimas de abuso sexual, sugerindo que o efeito cumulativo de experiências adversas poderá ter provocado um "embotamento" dos efeitos

do abuso. Outros autores (cf. Machado, 2005) sugerem que a exposição a circunstâncias adversas ao longo da vida produz um efeito de relativização quando mais um acontecimento traumático ocorre, desvalorizando a sua dramaticidade.

Nesta mesma lógica, Alberto (2004), no âmbito de um estudo acerca do impacto dos maus tratos na infância, hipotetiza que *"se houver continuidade entre o acontecimento e a restante experiência de vida da vítima, então não há trauma; se pelo contrário o acontecimento abusivo surge de forma descontínua com as restantes vivências ou referenciais da vítima, pode vir a gerar trauma"*. Em suma, o abuso poderá tratar-se de uma experiência com um impacto potencialmente mais negativo nas vítimas cujas experiências/contextos desenvolvimentais se afiguraram mais ajustados até ao momento da sua ocorrência.

## 5.2. Momentos de inovação

### 5.2.1. Diferenciação dos grupos em função dos diferentes tipos de MIs

Neste tópico será apresentada a duração dos Momentos de Inovação reportados narrativamente pelo grupo de crianças resilientes e não resilientes, especificamente para cada participante em cada grupo.

Gráfico IX: Duração dos MIs no grupo de crianças e/ou jovens Resilientes

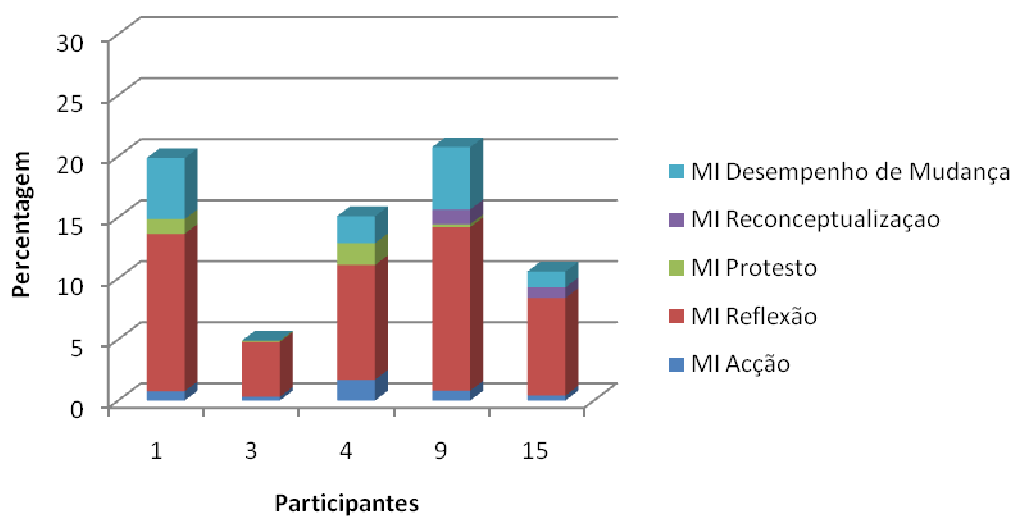
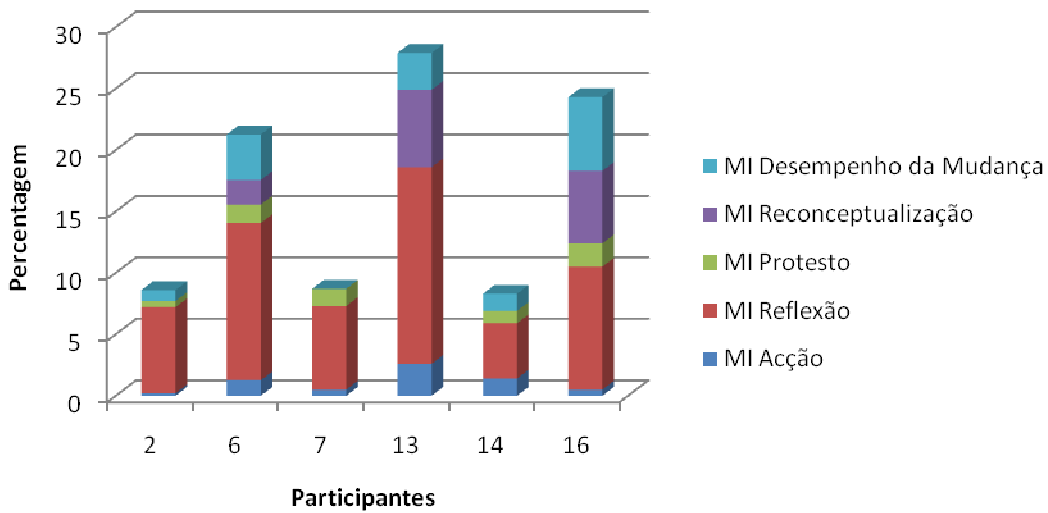


Gráfico X: Duração dos MIs no grupo de crianças e/ou jovens Não Resilientes

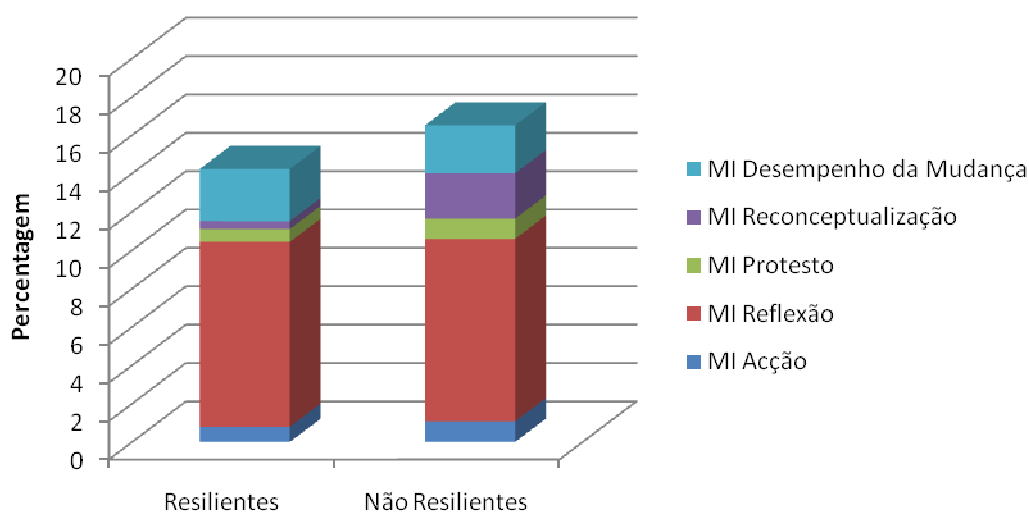


Analisando os resultados de ambos grupos em termos da saliência dos momentos de inovação, deparamo-nos com uma grande variabilidade intra-grupo. No grupo de participantes resilientes, é possível constatar a presença de crianças e/ou jovens que apresentam uma percentagem elevada de MIs (1, 4, 9) e outras que se distinguem pela reduzida saliência deste tipo de momentos (3, 15), evidenciando-se em particular o participante número três, que se diferencia de todos os outros ao nível da frequência, diversidade e duração dos seus MIs.

De igual modo, observa-se a mesma tendência no grupo de participantes não resilientes, detectando-se uma aparente divisão dos participantes em dois sub-grupos (participantes 6, 13 e 16 com elevada saliência e 2, 7, e 14 com reduzida saliência, comparativamente).

De seguida, será apresentada a duração média dos Momentos de Inovação, por grupo contrastante bem como a análise das diferenças entre o grupo de crianças resilientes e não resilientes.

Gráfico XI: Duração média dos MIs por grupo



Tendo em conta que os pressupostos para a utilização de testes paramétricos não estão cumpridos para os dados no presente estudo (especificamente, normalidade, homogeneidade das variâncias e co-variâncias, e número mínimo de casos por célula), procedemos a uma análise estatística não paramétrica para compreender se existem diferenças nos cinco MIs em função dos grupos em estudo.

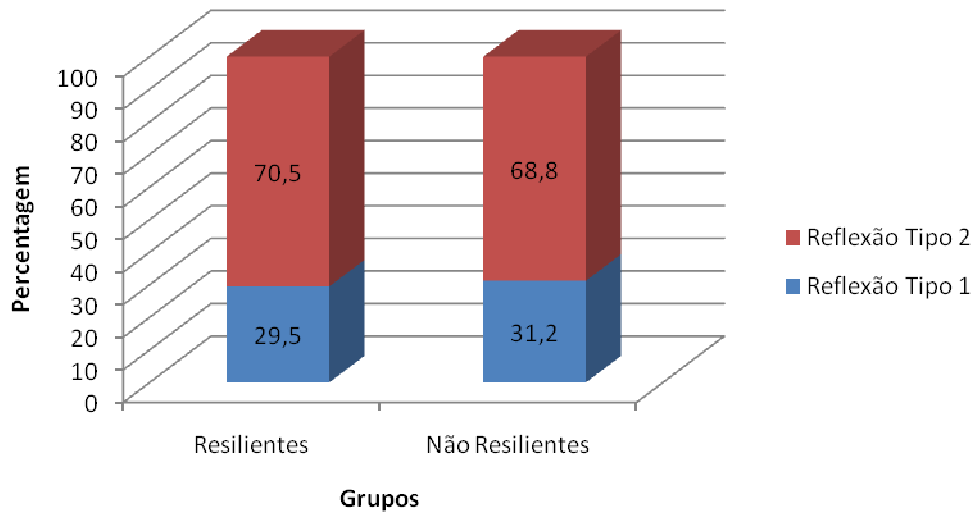
O teste Mann-Whitney revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças e/ou jovens resilientes e o de não resilientes ao nível do MI de acção ( $z = .366$ , n.s.), do MI de reflexão ( $z = -.274$ , n.s.), do MI de protesto ( $z = .823$ , n.s.), do MI de reconceptualização ( $z = .896$ , n.s.) e do MI de desempenho da mudança ( $z = -.091$ , n.s.).

Quadro XLIX: Diferenças na duração dos cinco MIs em função dos grupos

	Resilientes (N=5)	Não Resilientes (N=6)	Z
MI de Reflexão	6.30	5.75	-.274
MI de Acção	5.60	6.33	.366
MI de Protesto	5.10	6.75	.823
MI de Reconceptualização	5.10	6.75	.896
MI de Desempenho da Mudança	6.10	5.92	-.091

Neste ponto, serão apresentados os resultados relativamente aos subtipos de Reflexão e de Protesto por grupo contrastante, bem como a análise das diferenças entre o grupo de crianças resilientes e não resilientes.

Gráfico XII: Saliência do MI de Reflexão



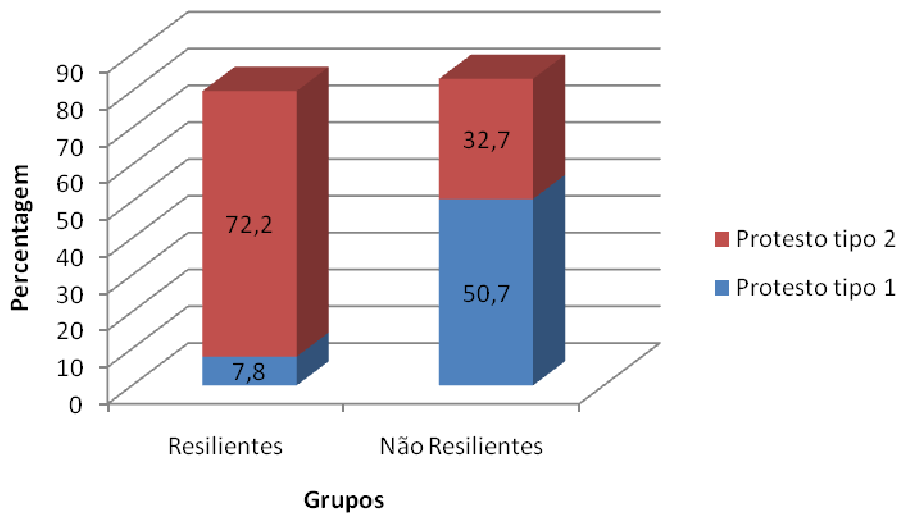
Relativamente aos sub-tipos (1 e 2) identificados nos MI de reflexão, tendo em conta que os pressupostos para a utilização de testes paramétricos não estão cumpridos para os dados obtidos no presente estudo (especificamente, a multicolineariedade e singularidade e o número mínimo de casos por célula), procedemos a uma análise estatística não paramétrica para compreender se existem diferenças nestes tipos de MI em função dos grupos em estudo.

O teste Mann-Whitney revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças e/ou jovens resilientes e o de não resilientes quer ao nível do MI de reflexão tipo 1 ( $z = .365$ , n.s.), quer ao nível do MI de reflexão tipo 2 ( $z = -.365$ , n.s.).

Quadro L: Diferenças na duração dos dois tipos de MI de Reflexão em função dos grupos

	Resilientes (N=5)	Não Resilientes (N=6)	Z
Reflexão Tipo 1	5.60	6.33	.365
Reflexão Tipo 2	6.40	5.67	-.365

Gráfico XIII: Saliência do MI de Protesto



Da mesma forma, relativamente aos dois níveis de protesto identificados, tendo em conta que os pressupostos para a utilização de testes paramétricos não estão cumpridos (especificamente, a normalidade e o número mínimo de casos por célula), procedemos a uma análise estatística não paramétrica para compreender se existem diferenças neste tipo de MI em função dos grupos em estudo.

O teste Mann-Whitney revelou diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças e/ou jovens resilientes e o de não resilientes, quer ao nível do MI de protesto tipo 1 ( $z=2.11$ ,  $p<.05$ ), quer ao nível do MI de protesto tipo 2 ( $z=-1.67$ ,  $p<.10$ ). Efectivamente, as crianças resilientes apresentam maior percentagem de MI de protesto tipo 2 e menor de MI de protesto tipo 1, enquanto as não resilientes evidenciam níveis superiores de protesto de do tipo 1 e menores níveis de protesto tipo 2.

Quadro LI: Diferenças na duração dos dois tipos de MI de Protesto em função dos grupos

	Resilientes (N=5)	Não Resilientes (N=6)	Z
Protesto Tipo 1	3.80	7.83	2.11*
Protesto Tipo 2	7.80	4.50	-1.67+



### 5.2.2. Diferenciação dos grupos em função do retorno ao problema

De seguida, será apresentada a saliência de Momentos de Inovação com e sem Marcadores de Retorno ao Problema, descrevendo inicialmente os resultados respeitantes a cada participante por grupo, e posteriormente os dados em função dos grupos contrastantes.

Gráfico XIV: Saliência dos MIs com e sem MRP no grupo de crianças e/ou jovens resilientes

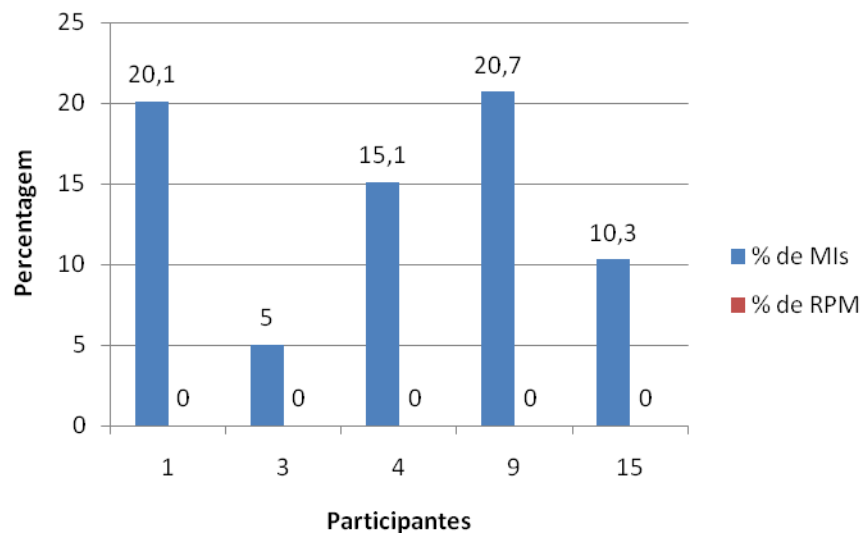


Gráfico XV: Saliência dos MIs com e sem MRP no grupo de crianças e/ou jovens não resilientes

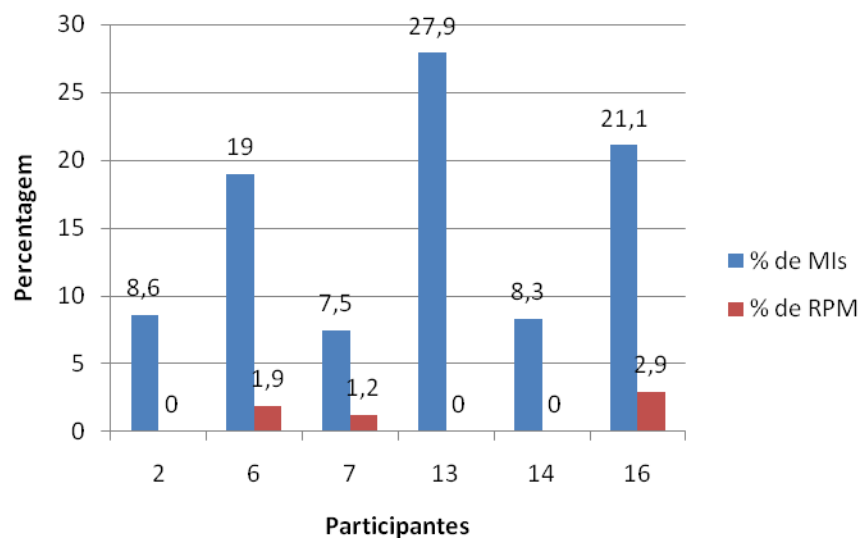
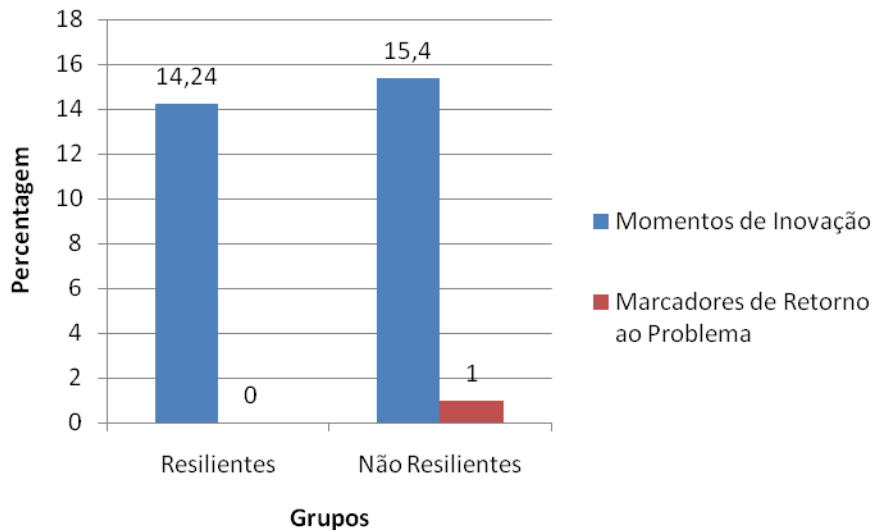


Gráfico XVI: Saliência dos MIs com e sem MRP em função dos grupos



O teste T para amostras independentes revelou diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças e/ou jovens resilientes e o de não resilientes ao nível do retorno ao problema ( $t(9) = -1.81, p < .01$ ). Com efeito, o grupo de crianças e/ou jovens não resilientes apresenta uma percentagem significativamente superior de retorno ao problema após a produção de um momento de inovação.

### 5.2.3. Discussão de resultados

De forma análoga aos resultados descritos anteriormente relativamente ao grupo global (cf. estudo 1), a reflexão é o tipo de momento de inovação mais frequente em cada um dos grupos (representando mais de 50% dos MIs), dado também evidenciado nos estudos efectuados na investigação dos momentos de inovação com adultos em processo de mudança terapêutica (Matos, 2006; Ribeiro, 2008; Santos, 2008) e em sujeitos que vivenciaram situações de mudança espontânea (Cruz, 2008, Meira, 2010). Para além desta congruência, que nos leva a hipotetizar que a reflexão é um momento de inovação importante na produção de mudança e o mais comum dos MIs, este dado poderá também estar relacionado com a metodologia de recolha dos dados utilizada neste estudo - a entrevista semi-estruturada - que, de alguma forma, proporciona um contexto reflexivo para que a criança explore narrativamente as suas experiências de vida, no geral, e a experiência abusiva em particular.

Quanto à diferenciação dos grupos, verificou-se que a segunda hipótese formulada no presente trabalho, que sugeria que as crianças e/ou jovens resilientes se diferenciam das não resilientes na forma como elaboram a sua narrativa acerca da mudança, mostrando maior capacidade de construir uma narrativa preferencial através da expansão e consolidação dos momentos de inovação, não se confirma. Efectivamente, não existem diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere à saliência dos diferentes tipos de momentos de inovação, dado incongruente com os resultados obtidos noutros estudos (Cruz, 2008; Gonçalves, Cunha, Ribeiro, Mendes, Santos, Matos, & Salgado, 2010; Matos, 2006; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2010; Meira, 2010).

Este resultado poderá estar relacionado com uma elevada variabilidade intra-grupo no que se refere à frequência, diversidade e saliência dos momentos de inovação. Este dado parece sugerir que, para além dos momentos de inovação, outras dimensões da elaboração da experiência diferenciam estas crianças e lhes permitem, a umas ser resilientes, e a outras, não o conseguir. Concomitantemente, este resultado pode advir de um eventual desfasamento entre os processos de mudança captados pela codificação dos momentos de inovação e os critérios definidos no presente estudo para a resiliência ou não resiliência. Esta incongruência poderá conduzir à necessidade de uma análise individual mais compreensiva dos participantes em estudo, que permita identificar factores potencialmente explicativos destes dados.

Por outro lado, a divergência entre estes resultados e os obtidos no âmbito dos estudos do processo terapêutico poderá ser explicada pelas diferenças contextuais e desenvolvimentais já discutidas anteriormente entre os grupos estudados nos diferentes trabalhos (i.e., adultos e contexto terapêutico vs crianças e mudança espontânea). De facto, mesmo quando comparamos vítimas adultas (e.g., Matos, 2006) e adultos em processo de mudança espontânea (e.g., Meira, 2010) com as nossas vítimas crianças, as questões desenvolvimentais subsistem e poderão explicar a divergência dos resultados. Deste modo, estes dados poderão sugerir a necessidade de reformulação/melhoria do sistema de codificação com base nos pressupostos desenvolvimentais, adequando os critérios às características das crianças e adolescentes.

No que se refere aos dois níveis identificados nos momentos de reflexão e de protesto, não se verificam diferenças significativas no que diz respeito à reflexão subtipo um e subtipo dois. Não obstante, os grupos distinguem-se de forma significativa ao nível dos dois subtipos dos momentos de inovação de protesto, sendo que crianças resilientes apresentam maior percentagem de MIs de protesto subtipo dois e menor de MI de protesto subtipo um do que as

não resilientes. Este dado assume particular interesse, parecendo traduzir uma maior evolução no sentido da mudança no grupo resiliente. Isto é, parece que a formulação do protesto no grupo de crianças e/ou jovens resilientes é mais elaborada e mais direccionada no sentido da mudança, sinalizando mais assertividade, *empowerment* e reposicionamento face às prescrições culturais, comparativamente com o tipo de protesto mais característico do grupo não resiliente, mais dirigido ainda ao problema, centrando-se na crítica e no confronto com este.

De modo congruente com os nossos resultados, no estudo de Cruz (2008) verificou-se também uma saliência mais elevada de MIs de protesto do subtipo I na dificuldade persistente, por comparação às dificuldades actuais e ultrapassadas na resolução de problemas. Os resultados obtidos são ainda concordantes com os resultados do trabalho de investigação levado a cabo por Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg e Gonçalves (no prelo) que detectaram que o grupo de sucesso terapêutico demonstrava, de forma significativa, maior saliência de protesto tipo II do que o grupo de insucesso desde o início até ao final da terapia. Os autores (ibidem) hipotetizam que o protesto tipo II é um precursor e facilitador dos MIs de reconceptualização, elemento que os estudos sobre o processo terapêutico evidenciam ser vital para a construção de uma nova narrativa da mudança (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, *in press*; Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg & Gonçalves, *in press*).

Tal como advoga Gonçalves (2008), os MIs de protesto centrados no problema são parte integrante do processo de desconstrução da narrativa problemática, uma vez que se relacionam com o questionamento das “verdades” que a sustentam (ibidem, p. 20). Contrariamente, os MIs de protesto associados às manifestações de assertividade e *empowerment* são componentes do processo de reconstrução em que o cliente começa a ensaiar novas formas de se relacionar com o problema (ibidem), constituindo-se como um ingrediente necessário à ocorrência da mudança. No caso dos participantes do presente trabalho, a presença destes MIs poderá efectivamente constituir um precursor da mudança e reconstrução narrativa nas crianças/jovens resilientes.

Por sua vez, as crianças não resilientes verbalizam particularmente protestos centrados no problema e nos outros elementos que o alimentam que, apesar de se constituírem como oportunidades de acesso a novas narrativas, se mostram ainda excepções incipientes que não permitem a elaboração e expansão de novos significados (e.g., Cruz, 2008; Gonçalves, Cunha, Ribeiro, Mendes, Santos, Matos & Salgado, 2010; Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Matos, Santos, Gonçalves & Martins; 2009). Em contrapartida, as crianças e/ou jovens resilientes

reflectem a emergência de novas posições de assertividade e reposicionamento face aos discursos sociais/culturais associados à experiência de abuso, reflectindo uma postura proactiva e facilitadora de novas formas de ver e compreender o *self* (ibidem).

Efectivamente, os estudos efectuados neste domínio têm demonstrado que a presença de momentos de inovação na elaboração narrativa da experiência, não produz, por si só, a mudança. Alguns padrões facilitam a construção de novas narrativas do *self* e outros operam como uma forma de *mutual-in-feeding* (Valsiner, 2002 cit. Gonçalves, Matos e Santos, 2009), contribuindo para a sua manutenção. De acordo com Valsiner (2002), o *mutual-in-feeding* é um processo subjacente ao insucesso terapêutico, que consiste num movimento cíclico entre duas componentes do *self*, a narrativa dominante acerca do *self* (i.e., a sua forma usual de compreender o mundo) e os momentos de inovação, movimento este que impossibilita o desenvolvimento de um sistema coerente e integrador de significados acerca da experiência (Gonçalves, Ribeiro, Conde, Matos, Santos, Martins, & Stiles, *in press*).

Desta forma, para compreender como se atinge a mudança, não devemos apenas ter em conta os momentos de inovação, mas também os momentos de “retorno ao problema”. Neste sentido, os resultados empíricos obtidos noutros estudos (Gonçalves, Ribeiro, Conde, Matos, Santos, Martins, & Stiles, *in press*) corroboram, globalmente, a hipótese teórica defendida por Valsiner (2002), confirmando que os casos de insucesso terapêutico apresentam percentagens significativamente mais elevadas de MIs seguidos de retorno ao problema. De forma similar, os resultados do presente estudo são igualmente consistentes com essa hipótese teórica, observando-se apenas a presença de MIs seguidos de retorno ao problema no grupo não resiliente. Apesar de o retorno ao problema ser raro em ambos os grupos, apenas no grupo não resiliente se verifica a oscilação, ao longo da entrevista, entre a elaboração de momentos de inovação que desafiam/contrariam a narrativa dominante (e.g., “*Eu sei que não tenho culpa*”) e o retorno à narrativa problemática (e.g., “*Mas a culpa permanece em mim*”). Estes dados sugerem a ocorrência, nestes casos, de uma retro-alimentação contínua entre os momentos de inovação e o problema que impossibilita o acesso a novos significados mais consistentes, necessários à construção da mudança (ibidem).

A análise demonstra ainda que o retorno à narrativa problemática ocorre essencialmente após MIs de reflexão tipo I (52% dos momentos de inovação com retorno) e de protesto tipo I (19%). Estes resultados são igualmente concordantes com os obtidos nos estudos realizados neste âmbito, que revelam que estes níveis dos MIs de reflexão e protesto se

constituem como excepções que podem ser anuladas por movimentos de retorno ao problema significados (e.g., Gonçalves, Cunha, Ribeiro, Mendes, Santos, Matos & Salgado, 2010; Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Matos, Santos, Gonçalves & Martins; 2009; Gonçalves, Ribeiro, Conde, Matos, Santos, Martins, & Stiles, *in press*). Efectivamente, estes momentos apesar de serem considerados de inovação no contexto da narrativa problemática, reflectem excepções frágeis, que não permitem a construção sólida de novos significados (*ibidem*).

Em suma, apesar de globalmente os resultados obtidos ao nível dos momentos de inovação não reproduzirem o padrão encontrado nos estudos publicados com adultos, podemos concluir que existem indicadores específicos que diferenciam os grupos, nomeadamente, no que aos subtipos de protesto e retorno ao problema diz respeito.



CAPITULO IV:

DISCUSSÃO INTEGRATIVA DOS DOIS ESTUDOS EMPÍRICOS





Do nosso ponto de vista, a elaboração narrativa dos participantes acerca da sua experiência abusiva, estimulada pela entrevista, permitiu uma compreensão mais elaborada acerca da forma como as vítimas de abuso sexual na infância e/ou adolescência constroem significado para esta experiência. Deste modo, o recurso a uma abordagem narrativa não só permitiu identificar a forma como os menores dão sentido a esta experiência e compreender de que modo esta significação se repercute nos efeitos negativos dela decorrentes, como também revelou uma diversidade de estratégias e recursos narrativos (pensamentos, sentimentos, acções) que fogem ao domínio do problema e lhes permitem continuar a manter, pelo menos, alguns aspectos de funcionamento adaptativo.

Mais especificamente, os resultados obtidos no nosso primeiro estudo evidenciam que as crianças abusadas experienciam uma multiplicidade de efeitos dessa experiência, tal como a investigação neste domínio vem a apontar (Fávero, 2003; Furniss, 1993; Finkelhor, & Browne, 1986; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Leathy, Pretty, & Tenenbaum, 2003; López, Carpintero, Hernández, Martin, & Fuertes, 1995). Especificamente, os efeitos negativos predominantes que emergem dos discursos dos participantes são, como a literatura indica, a vergonha, o estigma, a culpa e o medo. Por outro lado, este trabalho acrescentou à investigação disponível informação sobre a relevância da forma como os discursos sociais/culturais predominantes acerca do abuso (e.g., culpabilização da vítima, percepção desta como "bem estragado", crenças sobre a sedução infantil/juvenil) interferem nas significações que a vítima constrói para esta experiência e se traduzem frequentemente em sofrimento psicológico e até em queixas clínicas. Este trabalho permitiu ainda perceber de que modo as expectativas de justiça (i.e., a condenação do ofensor) e percepções das vítimas sobre o dispositivo judicial condicionam a sua vivência do abuso, podendo constituir tanto ingredientes para o agravamento do trauma como para a validação da sua experiência e evolução em direcção à resiliência.

A par destes resultados, e não obstante o significativo impacto do abuso aqui descrito, esta dissertação evidencia que, mesmo no quadro de uma experiência adversa, as crianças e jovens vítimas conseguem identificar e elaborar momentos de excepção aos efeitos e prescrições do problema. Estes resultados consolidam a ideia de que as crianças e os jovens não adoptam uma posição passiva face à experiência de abuso, construindo continuamente significados em torno desta vivência e respondendo-lhe de forma dinâmica (Joy, 1999). Neste caso, salienta-se que estas excepções são quase sempre do tipo reflexivo (algo comum ao que tem sido encontrado noutros processos de mudança, quer terapêutica, quer espontânea, com adultos), embora se

evidenciem dificuldades na expansão de outros MIs que a literatura tem apontado como necessários para a construção de narrativas adaptativas sólidas e consistentes face à adversidade. Referimo-nos, em particular, aos MI de reconceptualização, verificados noutros estudos (Gonçalves, Cunha, Ribeiro, Mendes, Santos, Matos, & Salgado, 2010; Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2010) como essenciais para a expansão e consolidação da mudança.

Antes, contudo, de discutirmos esta inconsistência com a literatura, analisemos os dados referentes à nossa hipótese de que os processos de mudança que conduzem à resiliência podem ser compreendidos de uma perspectiva narrativa, passando pela capacidade de as crianças e/ou jovens vítimas elaborarem mais adaptativamente a sua narrativa problemática, assim como por serem capazes de construir uma narrativa preferencial, através da expansão e consolidação dos seus momentos de inovação.

Ao analisarmos, no segundo estudo empírico, as diferenças entre crianças e/ou jovens resilientes e não resilientes, os resultados encontrados sugerem uma visível diferenciação entre estes grupos na forma como constroem as suas narrativas acerca do abuso, especialmente no que concerne ao seu impacto. As crianças e/ou jovens não resilientes demonstram um sentido de identidade claramente afectado pela experiência abusiva, construído em torno de significações de auto-depreciação, impotência, confusão emocional, percepção de imprevisibilidade e insegurança nos relacionamentos interpessoais. Por sua vez, as narrativas resilientes destacam-se pela percepção crescente de agência pessoal e maior estabilidade emocional ao longo do processo de recuperação. Mais especificamente, para estas crianças e/ou jovens, o medo não assume uma dimensão totalitária parecendo antes funcionar como efeito adaptativo pós-revelação. De igual modo, a validação da sua experiência de vitimação mediante o processo judicial não surge nas suas narrativas como um elemento determinante, indiciando a presença de recursos internos e externos que cumprem esta função. Um outro processo interessante característico dos casos de resiliência é a minimização da importância relativa do abuso por parte destas crianças/jovens, quando comparado com a elevada incidência de outros acontecimentos e experiências adversas nas suas histórias de vida. Corrobora-se, desta forma, a ideia de vários autores (e.g., Lurigio, Skogan, & Davies, 1990) quanto ao facto de o impacto de uma qualquer experiência de vitimação ser moderado pelo nível de *stress* prévio e problemas de vida prévios experienciados pelas vítimas, sendo que, quando estes são significativos, o mal estar decorrente da experiência traumática é relativizado e pode tornar-se

menos significativo. Poderá também acontecer que as próprias vítimas, devido à necessidade sentida, ao longo do seu desenvolvimento, de lidar continuamente com a adversidade, tenham desenvolvido competências de coping (ibidem) que agora mobilizam, quando confrontadas com a experiência abusiva.

Não obstante esta diferenciação relativamente clara relativamente à forma como crianças resilientes e não resilientes elaboram as consequências da experiência abusiva, os resultados obtidos pelo contraste entre estes dois grupos ao nível dos momentos de inovação são bastante mais limitados. Efectivamente, apesar de os estudos previamente realizados (sobre a mudança terapêutica e espontânea) apontarem que a presença de uma “metaposição” sobre a mudança (os MI de reconceptualização) não só se constitui como o elemento essencial ao desenvolvimento de uma história preferencial, como também permite ao sujeito o seu reposicionamento como autor do próprio processo de transformação (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Gonçalves et. al., 2010), os dados obtidos no presente trabalho não corroboram esta premissa.

Na verdade, no presente estudo, apesar dos vários MI identificados, não se detectaram diferenças entre o grupo resiliente e não resiliente ao nível da saliência e heterogeneidade dos momentos de inovação narrados, observando-se inclusivamente uma “atípica” variabilidade intra-grupo. Concomitantemente, verificámos uma reduzida incidência dos momentos de reconceptualização e ausência de diferenças na sua saliência entre crianças/jovens resilientes e não resilientes.

Esta reduzida reconceptualização (e conseqüente ausência de diferenciação entre os grupos), poderá, a nosso ver, decorrer de quatro factores essenciais. Desde logo, um primeiro nível de explicação poderá estar associado às características desenvolvimentais dos participantes em estudo, sendo de salientar que este é, ao que nós conhecemos, o primeiro estudo sobre os processos narrativos de mudança efectuado com crianças. De facto, a aquisição de competências narrativas coerentes acerca das experiências de vida surge como aquisição desenvolvimental apenas durante a adolescência (Habermas, & Paha, 2001), sendo por isso natural que, pelo menos, parte dos participantes em estudo apresentem menor maturidade desenvolvimental a este nível, ou que esta esteja menos consolidada, quando comparados com os adultos que constituíram a amostra dos estudos anteriormente realizados e que sustentaram a construção do modelo teórico que utilizámos nesta dissertação e que destaca a relevância da reconceptualização para explicar os processos de mudança. Neste mesmo sentido, há um

conjunto de competências desenvolvimentais que são claramente diferenciadas na infância/juventude e na idade adulta, nomeadamente a capacidade de o indivíduo reflectir acerca de si próprio e do mundo que o rodeia com recurso a múltiplos sistemas de referência (Marchand, 2002), a aptidão para aceitar a contradição como componente integrante da experiência (cf. modelo dialéctico de Riegel, 1975) e a competência para relatar verbalmente memórias auto-biográficas (i.e., a capacidade do indivíduo construir representações mentais complexas acerca do *self* no passado) (Conway, 2001). Estas especificidades desenvolvimentais poderão efectivamente limitar a capacidade das crianças e jovens deste estudo se reposicionarem meta-cognitivamente, de uma forma integrada e complexa (MIs de reconceptualização) face à narrativa problemática.

Concomitantemente, e uma vez que a análise dos momentos de inovação com crianças e adolescentes não foi previamente explorada pela investigação neste domínio, a própria grelha de codificação destes momentos poderá não ser adequada às características desenvolvimentais dos participantes, reflectindo a necessidade da sua avaliação e eventual reformulação em eventuais estudos futuros com participantes menores. Designadamente, os requisitos da codificação dos momentos de reconceptualização (contraste entre passado e presente, conjuntamente com a descrição do processo subjacente à mudança) parecem-nos demasiado exigentes, atendendo à imaturidade desenvolvimental das crianças e jovens. Este aspecto metodológico poderá justificar a reduzida incidência deste tipo de momentos e leva-nos a hipotetizar que, se estes critérios tivessem sido alvo de alguma flexibilização (por exemplo, codificação a partir do preenchimento de apenas um dos dois critérios exigidos), poderiam emergir mais MIs de reconceptualização e, eventualmente, diferenças entre os dois grupos estudados.

Um terceiro nível explicativo destes resultados poderá decorrer do facto de a construção de narrativas acerca do abuso (tal como de qualquer outra experiência pessoal) ser inevitavelmente influenciada pelos discursos sociais e culturais disponíveis para lhe conferir significado, já que nenhuma experiência tem impacto, pelo menos a nível psicológico, senão mediada pela linguagem e pela cultura (Harker, 1997). As crianças/adolescentes são particularmente vulneráveis a esta influência interpessoal e socio-cultural, na medida em que não dispõem de outros referenciais interpretativos para o abuso que não os que lhe são disponibilizados pelos adultos que os rodeiam (Adams-Wescott, & Dobbins, 1997; Machado, & Gonçalves, 1999). Ao longo do processo de abuso, estes discursos estão presentes nos diferentes contextos em que a criança se insere (e.g., família, comunidade, polícia, Tribunal) e

restringem as significações construídas pela criança para aquilo que lhe sucedeu. Como usualmente estes discursos estão centrados nas consequências nefastas do abuso, enfatizando o seu carácter traumático e o dano e sofrimento causado, elaborando-o como algo permanente e inescapável, ao invés de salientarem a possibilidade de recuperação e de resiliência, é expectável que as crianças/jovens vítimas assimilem este referencial interpretativo para a experiência, tendo dificuldade em reconhecer e descrever a mudança, tal como é exigido pelos MI de Reconceptualização. Acrescentamos, aliás, que o facto de muitas destas crianças estarem ainda envolvidas em processos judiciais reforça a sua concentração nos efeitos negativos do abuso (algo muitas vezes "exigido" pela família e pelos Tribunais) e torna-lhes difícil pensar no impacto desta experiência como algo do qual podem distanciar-se.

Finalmente, a própria variabilidade intra-grupo de resultados encontrados ao nível dos momentos de inovação em geral, quer no caso das crianças/jovens resilientes quer nos não resilientes, poderá ser responsável pela ausência de um padrão claro de resultados característico de cada grupo e daí pode decorrer a ausência de diferenças significativas ao nível dos MI em geral (da reconceptualização mas também dos restantes) identificadas na análise comparativa.

Para além desta incongruência com a literatura expressa no reduzido nível de MIs de reconceptualização e na sua não diferenciação entre trajectórias de sucesso e insucesso, um outro dado deste estudo inesperado face à literatura disponível prende-se com a incidência moderada dos momentos de inovação de desempenho da mudança, a qual contrasta precisamente com a pobreza já analisada dos momentos de reconceptualização. Este resultado poderá, a nosso ver, ser também explicado pela especificidade da nossa amostra, na medida em que as crianças e jovens, pelas suas características desenvolvimentais, poderão ser mais capazes de reportar mudanças objectivamente observáveis (isto é, MIs de desempenho da mudança, que traduzem novos comportamentos, projectos, entre outros) do que descrever reposicionamentos metacognitivos face à narrativa problemática. Adicionalmente, poderá ainda hipotetizar-se que a maior propensão para a imaginação nesta etapa desenvolvimental, usualmente utilizada a favor da resolução de problemas (Hewitt, 1999) poderá explicar a maior projecção no futuro de cenários positivos alternativos por parte dos participantes.

Pesem embora as incongruências observadas entre os resultados obtidos no presente estudo em relação aos momentos de inovação e os alcançados no âmbito da investigação prévia conduzida nessa área, alguns resultados encontrados neste domínio vão ao encontro das nossas

expectativas. Assim, constata-se diferenças significativas entre as crianças/jovens resilientes e não resilientes, quer em relação à saliência de um dos subtipos dos momentos de inovação de protesto, quer no que diz respeito ao retorno ao problema.

Efectivamente, o grupo resiliente diferencia-se do não resiliente pela maior saliência de momentos de inovação de protesto do tipo II, o que parece traduzir uma maior evolução do primeiro grupo no sentido da mudança. Não obstante, esta interpretação deverá ser tomada com algumas reservas, atendendo a que o protesto não é um tipo de MI muito frequente em qualquer dos grupos e que ambos os grupos não revelam diferenças entre si ao nível do protesto em geral.

Por outro lado, outro dado consistente com a investigação realizada neste domínio (Gonçalves, Ribeiro, Conde, Matos, Santos, Martins, & Stiles, no prelo), é a maior frequência de retorno ao problema identificada no grupo não resiliente. Com efeito, observou-se que as crianças/jovens não resilientes evidenciam, ao longo da entrevista, maior oscilação entre a elaboração de inovações e o retorno à narrativa problemática, inviabilizando a elaboração dos novos significados introduzidos pelos MI e anulando o seu potencial de mudança. Contudo, mais uma vez, esta interpretação deve ser relativizada pela baixa percentagem de retorno ao problema existente na amostra global.

As especificidades que nortearam o presente estudo (e.g., amostra infantil, estudo da mudança espontânea, existência de um único momento de avaliação), tornaram este trabalho muito distinto dos restantes estudos efectuados nesta área, sugerindo novas questões de partida para possíveis trabalhos futuros. Será que os MIs de protesto do tipo II se constituem como um precursor significativo da mudança e reconstrução narrativa nas crianças/jovens resilientes?, Será que, no futuro, estes momentos de inovação poderão evoluir no sentido da emergência da reconceptualização? Será que o protesto de tipo II é um recurso/ferramenta desenvolvimental específica para construir o processo de mudança nas crianças e/ou adolescentes? Será a reconceptualização efectivamente maior, se simplificados os seus critérios, no grupo resiliente? E o desempenho da mudança, traduz efectivamente um tipo de MI mais típico das crianças/jovens, do que a reconceptualização? Será possível que, nas crianças, a mudança narrativa ocorra sem passar, necessariamente, pela reconceptualização?

Por outro lado, mais uma vez devido às especificidades do fenómeno estudado e das dificuldades de acesso a esta amostra, existem múltiplas variáveis que podem explicar a grande variabilidade observada no âmbito de cada um dos grupos e que, como referimos antes, podem

ter influenciado os resultados obtidos no sentido de estes reflectirem mais processos individuais do que propriamente grupos homogêneos. Entre estas especificidades, assumem particular importância o tempo decorrido entre a revelação e a entrevista (que, embora dentro do intervalo temporal por nós estabelecido, é muito variável de sujeito para sujeito), o momento do processo judicial em que cada participante se encontrava no momento da entrevista (observando-se grande discrepância entre o tempo decorrido entre a revelação e desfecho do processo judicial, tanto é que alguns casos já tinham transitado em julgado, enquanto outros estavam em curso), bem como as dinâmicas que caracterizaram as próprias experiências de abuso (e.g., actos praticados, relação com o abusador, frequência, duração e severidade do abuso, resposta à revelação).





CONCLUSÃO



Como referimos na introdução a esta dissertação, este estudo norteou-se por três objectivos essenciais: (1) compreender as dinâmicas de significação explicativas do impacto e da resiliência, num grupo de crianças/jovens vítimas de abuso sexual; (2) identificar as características da elaboração narrativa da experiência de abuso diferenciadoras das trajectórias desenvolvimentais resilientes das não resilientes, e (3) analisar a adequação e as contribuições do modelo narrativo para a compreensão dos processos de significação subjacentes ao impacto do abuso, bem como aos processos de mudança conducentes à resiliência.

Em relação ao primeiro destes objectivos, foi possível concluir que a vergonha/estigma, a culpa e o medo se constituem como os efeitos preponderantes do abuso, sendo que estes dados corroboram a literatura neste domínio. Além disso, o presente estudo acrescenta a necessidade de uma abordagem teórica e prática ao abuso, compreendendo que o impacto negativo deste acontecimento adverso é potenciado por práticas e discursos (familiares, comunitários, judiciais e culturais) que enfatizam o seu potencial traumático, tratam as vítimas como *damaged goods*, acentuam o seu estigma, alimentam noções de provocação e sublinham a impossibilidade de mudança, tratando a vítima como danificada para o resto da sua vida. De igual modo, este estudo revela que as expectativas de justiça são percebidas pelas vítimas como uma importante dimensão moderadora do impacto, sendo perceptível que a condenação do ofensor é encarada pelas vítimas como uma forma de validação da sua experiência e das emoções dela decorrentes e que as percepções, por vezes presentes, de um sistema de justiça ineficaz e pouco inteligível se podem constituir como mais um elemento desorganizador e que agrava o impacto negativo do abuso.

Se, por um lado, foi possível com este estudo, obter dados relevantes ao nível dos significados construídos pelas crianças e/ou jovens acerca dos efeitos da experiência abusiva, por outro lado, foi também possível compreender de que forma os seus discursos reflectem os ingredientes que o modelo narrativo sugere serem precursores/marcadores da mudança. Nesta dimensão, os resultados obtidos, ainda no primeiro dos nossos estudos empíricos, revelam uma considerável diversidade de momentos de inovação relatados pelas crianças/jovens, salientando o seu papel de “protagonistas” activos nas suas narrativas pessoais do abuso. Os discursos dos participantes reflectem uma diversidade considerável de MIs (e.g. acção, reflexão, protesto, reconceptualização e desempenho da mudança), destacando-se as inovações do tipo reflexivo como as mais expressivas e a reconceptualização como a menos comum. A reflexão traduz,

essencialmente, as estratégias cognitivas que as vítimas são capazes de mobilizar para conferir novos significados, menos opressivos e preferenciais, à experiência abusiva. Ainda no âmbito reflexivo, e corroborando dados da investigação sobre os processos de mudança, as crianças e/ou jovens são ainda capazes de identificar diversos “recursos/aliados” interpessoais na facilitação da mudança, designadamente o suporte parental e familiar, a ajuda dos professores e, em particular, o apoio do grupo de pares. Os momentos de reflexão de protesto contra as prescrições do problema, de acção (envolvimento em comportamentos que escapam a tais prescrições) e de desempenho da mudança (projectão no futuro de acções ou planos que traduzem a crença na possibilidade de uma vida liberta da narrativa problemática) são ainda outros importantes elementos narrativos que traduzem o potencial destas crianças/jovens para lidar com o abuso. A dimensão e potencial para a mudança que estas competências narrativas das vítimas apresentam é, a nosso ver, uma das principais conclusões deste trabalho, particularmente importante e de salientar quando lembramos que, na sua maioria, estas foram vítimas de formas de abuso severo, continuado e ocorrido no âmbito de uma história de vida caracterizada por alguma adversidade prévia, nomeadamente por condições socio-económicas precárias (cf. parte B - cap. I).

Ainda no que concerne aos recursos para a mudança, importa ainda salientar a revelação (elaborada como uma oportunidade de libertação), as expectativas de justiça, as crenças religiosas e a construção de novas significações para o *self* (e.g., competência, auto-valorização), como recursos narrativos que facilitam o *coping* destas crianças com os efeitos negativos do abuso e que são importantes recursos para a construção de trajectórias resilientes.

No que se refere ao segundo dos nossos objectivos, a diferenciação das crianças e/ou jovens resilientes e não resilientes, o estudo empírico II mostrou que estas parecem diferenciar-se sobretudo através da forma como elaboram as suas narrativas problemáticas, isto é, através da forma como conferem significado ao abuso e aos seus efeitos. Efectivamente, o grupo de crianças e/ou jovens não resilientes caracteriza-se por um discurso em que o medo é percebido como o principal inibidor da revelação do abuso e por um intenso sentimento de traição e de desconfiança, associados a uma percepção do abuso como uma “armadilha” interpessoal. No mesmo sentido, este grupo evidencia uma maior necessidade de que seja feita justiça e de validação da sua experiência de vitimação e dos afectos que lhe estão associados. As suas narrativas acerca do impacto reflectem dificuldades de integração emocional e cognitiva do sucedido, nomeadamente pela presença de sentimentos de ambivalência e raiva face às

dinâmicas que caracterizaram o processo pós revelação (e.g., reacção social, demora judicial, ofensor em liberdade). Por oposição, as crianças resilientes evidenciam, na forma como elaboram a sua experiência subjectiva do abuso e das dinâmicas pós-revelação, recursos pessoais e contextuais que lhes permitem transformar os efeitos inicialmente negativos do abuso em recursos que são hoje adaptativos (e.g., o medo, inicialmente sentido como opressivo, cumpre agora para algumas crianças uma função sentida como protectora, já que implica uma maior vigilância face à possibilidade de revitimação).

Já no que se refere à identificação e descrição dos ingredientes que o modelo narrativo postula como recursos e simultaneamente marcadores da mudança, os momentos de inovação, os grupos não se diferenciam no que se refere à sua saliência. Diferenciam-se, contudo, num aspecto específico dos mesmos, ao nível dos subtipos dos momentos de inovação de protesto, indicadores possíveis (embora com várias limitações, anteriormente discutidas) de uma maior evolução em direcção à mudança. Por outro lado, a presença de MIs seguidos do retorno ao problema surge apenas no grupo não resiliente, o que parece reflectir a supracitada ambivalência emocional e dificuldades de integração emocional e cognitiva da experiência sentidas por este grupo de crianças e/ou jovens.

Assim, embora a elaboração de significados sobre o impacto da experiência e sobre as dinâmicas pós-revelação claramente diferencie o grupo das crianças/jovens resilientes dos não resilientes, esta distinção não é tão clara no que se refere à forma como estes menores são capazes de identificar e articular os seus esforços pessoais de resistência ao domínio do problema e os seus esforços (emocionais, cognitivos e comportamentais) no sentido da mudança. Efectivamente, apenas muito pontualmente, como vimos, estes grupos surgem diferenciados ao nível dos MI, sendo esta dificuldade devida – provavelmente – aos motivos identificados e explicados na discussão integrativa dos resultados apresentada no capítulo anterior.

Finalmente, quanto ao terceiro objectivo desta dissertação, de natureza mais teórica, consideramos que, não obstante esta dificuldade específica na identificação de MIs associados aos processos de mudança no grupo resiliente, o modelo narrativo se mostrou adequado para a compreensão das dinâmicas de significação subjacentes ao impacto do abuso, assim como para melhor entendermos os recursos e competências que as crianças/jovens possuem para lidar com tais efeitos adversos e, em alguns casos, para serem capazes de prosseguir as suas trajectórias de vida no sentido da mudança e da resiliência. Podemos, aliás, afirmar que, do

nosso ponto de vista, esta perspectiva teórica oferece uma leitura explicativa mais específica, assim como mais ampla e integrativa, sobre o impacto do abuso sexual e os recursos de *coping* dos menores vítimas, comparativamente com os outros modelos teóricos (gerais ou específicos ao abuso) referenciados nesta dissertação. Tal decorre do facto de, a nosso ver, se centrar, mais do que qualquer outra grelha conceptual, na experiência subjectiva das crianças e jovens, nomeadamente nas significações por elas construídas em torno do abuso, do apoio/ou falta dele recebido, do processo judicial e das próprias competências para lidar com esta experiência adversa. Assim, a abordagem narrativa evidenciou especificidades ao nível da vivência emocional do abuso, corroborando a necessidade de abordar o seu impacto como um resultado desenvolvimental influenciado por diferentes discursos sociais e culturais e pelos vários contextos intervenientes na vivência dos menores (desde nível mais micro, familiar a um nível mais abrangente, cultural). Permitiu ainda compreender de forma mais aprofundada os recursos pessoais de que estas vítimas dispõem para fazer face a esta adversidade e para caminhar no sentido da mudança, nomeadamente no que diz respeito à forma como elaboram a experiência abusiva e como conseguem articular e elaborar um conjunto de acções, afectos, cognições e projectos que escapam à influência do problema e abrem portas ao desenvolvimento de trajectórias resilientes.

No entanto, o estudo não conseguiu, ao contrário do que tem sido verificado com a população adulta, encontrar uma diferenciação entre vítimas resilientes e não resilientes, no que se refere especificamente à saliência dos diferentes momentos de inovação e à centralidade, identificada pela literatura, dos momentos de reconceptualização. Perante estas incongruências, avançámos (na discussão integrativa dos resultados) com várias hipóteses explicativas. Salientamos, em particular, as características da amostra, diferentes das estudadas até agora no âmbito da literatura narrativa sobre a mudança, nomeadamente a imaturidade desenvolvimental das crianças/jovens e a sua maior dificuldade em elaborar narrativamente as suas experiências, quer negativas, quer de resistência ao problema e de progresso no sentido da mudança, assim como a variabilidade intra-grupo que foi identificada, em termos da diversidade e saliência dos momentos de inovação. Esta deixa claramente antever a necessidade de uma análise individual dos casos analisados, no sentido de se tentar perceber a aplicabilidade do modelo narrativo a cada participante específico. Estes estudos de caso chegaram, aliás, a ser projectados no âmbito desta tese, tendo sido, contudo, impossível levá-los a cabo por constrangimentos de tempo. Fica, contudo, desde já a sua sugestão no âmbito de eventuais estudos futuros sobre este tema.

Pese embora as contribuições para a literatura que acabámos de identificar, este estudo encerra, como já começamos a antever, uma diversidade de limitações que podem ter influenciado os resultados obtidos e sobre as quais importa reflectir.

Em primeiro lugar, as características da amostra, pela sua dimensão reduzida e pelo facto de muitas constituírem situações de abuso que ainda não transitaram em julgado, limitam a transferenciabilidade (Glaser & Strauss, 1967) dos resultados obtidos. Adicionalmente, não podemos descurar o facto de, na maioria dos processos, a investigação e a perícia forense terem ocorrido sequencialmente (i.e., em vários destes casos a investigadora foi também a perita responsável pela avaliação forense, ainda que tenha sido tomada a precaução de a perícia e a investigação terem sido conduzidas em momentos temporais distintos, só se partindo para a investigação após finalizada e remetida ao Tribunal a perícia) pode ter influenciado a espontaneidade dos menores (ainda que provavelmente num sentido desejável, já que a relação interpessoal já estava estabelecida, de forma positiva, em todos os casos) na construção pessoal da narrativa de abuso.

Por outro lado, ao nível dos instrumentos de avaliação, foram utilizadas para a diferenciação dos grupos resiliente e não resiliente medidas de funcionamento e global (e.g., comportamento, sintomatologia) e, muito embora os processos de avaliação forense incluíssem informação qualitativa sobre o ajustamento psicológico das vítimas (proveniente de diferentes fontes), alguns sintomas específicos ao abuso (e.g., comportamento sexualizado) podem não ter sido captados pela avaliação utilizada no presente estudo. O momento de avaliação é outra limitação – ainda que, a nosso ver, impossível de ultrapassar no contexto português - da presente investigação, sendo que os diferentes participantes se encontravam em diferentes fases do processo (e.g., diferentes tempos decorridos após a revelação e diferentes fases do processo judicial), o que pode explicar em parte, a dispersão de alguns resultados e a referida variabilidade intra-grupo que tornaria necessário o estudo individual dos casos.

As dificuldades decorrentes da imaturidade desenvolvimental dos participantes, já amplamente discutidas, constituem também como um constrangimento à análise desenvolvida no âmbito desta investigação. Efectivamente, as menores capacidades meta-cognitivas e de relato auto-biográfico que caracterizam os participantes limitam a elaboração narrativa que os mesmos constroem acerca do impacto e da mudança. Este é, como acabámos de dizer, um constrangimento a este estudo – e, cremos, a todos os estudos de índole qualitativa realizados



com crianças – ainda que não seja propriamente uma limitação mas antes uma característica estrutural desta população, que condiciona a investigação que é possível realizar com menores.

Finalmente, outro factor que, no nosso entender, se apresentou como um constrangimento a esta investigação foi o facto de os intervenientes (quer as crianças, quer os seus pais) por vezes percepcionarem este tipo de investigação como uma forma de “vitimação secundária”, mais uma ocasião em que são chamados a narrar e a reflectir (em certos casos, a reviver) sobre a experiência traumática, o que se traduziu, em alguns casos, em alguma relutância à participação e maiores dificuldades na partilha das vivências pessoais associadas ao abuso. Podemos mesmo acrescentar que, se com os menores foi possível ultrapassar, com tempo, paciência e disponibilidade da investigadora estas limitações e se conseguiu um nível adequado de colaboração e bastante profundidade nas entrevistas, com os pais este processo de envolvimento na investigação não decorreu tão positivamente. Assim, revelamos, a título de mera curiosidade, que um elemento adicional desta investigação que tinha sido planeado – a realização de entrevistas com os pais destes menores, tanto dos resilientes como dos não resilientes, que pretendíamos analisar para verificar até que ponto a construção pessoal do abuso por parte dos pais afectava as significações produzidas pelos filhos e/ou diferenciava percursos mais ou menos adaptativos destes – foi impossível de concretizar dado o número insuficiente de entrevistas que foi possível recolher.

Não obstante as limitações referidas, consideramos que o presente trabalho sugere indicadores importantes para a prática, nomeadamente, ao nível da compreensão e enquadramento do abuso sexual, dos procedimentos judiciais e da responsabilidade dos profissionais neste domínio.

De facto, estes dados reforçam a necessidade de responsabilização social pelo abuso na infância, na medida em que os efeitos desta experiência, a curto, médio e longo prazo, poderão comprometer o efectivo ajustamento das vítimas. Deste modo, os profissionais de apoio que trabalham no domínio do abuso na infância devem possuir um conhecimento rigoroso acerca do impacto potencial do abuso sexual (e.g., no que se refere às especificidades das dinâmicas abusivas e da revelação), promovendo no contexto das famílias e nos restantes contextos proximais da criança abusada (e.g., escola, polícias, Tribunais) conhecimentos e informação ajustados às necessidades das vítimas (Priebe, & Svedin, 2008). Além disso, o desafio para investigadores e profissionais no contexto de intervenção passa por compreender de forma holística a relação entre factores individuais, familiares e extra-familiares como variáveis

preponderantes na adaptação das crianças e/ou jovens face à situação abusiva (Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas, & Taylor, 2007) e por delinear formas de apoio e intervenção que integrem estas diferentes dimensões, sem esquecer que o seu efeito efectivo nas crianças/jovens é sempre mediado pela construção subjectiva/narrativa que estes fazem de tais contributos. Torna-se, ademais, essencial compreender a experiência abusiva enquanto integrada num contexto desenvolvimental mais lato, em que as experiências de vida prévias da criança inevitavelmente modelam a forma específica como o abuso é experienciado, e influenciam de forma relevante o seu menor ou maior impacto na vítima, assim como as competências desta para fazer face a tal experiência e estabelecer, ou não, trajectórias futuras desenvolvimentalmente adaptativas.

Neste sentido, não importa apenas considerar as trajectórias desenvolvimentais desajustadas, mas é crucial compreender as características diferenciadoras das crianças abusadas com percursos de vida adaptativos. Resultados tais como os obtidos nesta tese, ainda que com as suas limitações, fornecem, a nosso ver, dados fundamentais para a compreensão dos factores protectores que diferenciam as crianças resilientes das não resilientes.

No que concerne aos procedimentos judiciais e à potencial intervenção nesse domínio, fica claro que as diligências judiciais são percebidas pelas crianças como relevantes no significado que estas atribuem à experiência abusiva. Efectivamente, como vimos, existem diversas dificuldades por parte das crianças em gerir emocionalmente o processo judicial e em compreender as decisões tomadas nesse âmbito. Assim sendo, é a nosso ver fundamental, não só a alteração dos procedimentos e diligências que melhor salvaguardem as vítimas (e.g., evitar em todos os casos – e não apenas pontualmente, como ainda vai sendo feito em alguns Tribunais - procedimentos repetitivos de avaliação, minorar a exposição pública e mediática das vítimas), como estimular procedimentos que promovam o seu *empowerment* (e.g., fomentar maior envolvimento e participação activa das vítimas nos processos/decisões judiciais; adoptar procedimentos que facilitem, para as crianças e para as suas famílias, a compreensão das diferentes etapas do processo judicial e das decisões tomadas).

Finalmente, ao nível da investigação futura neste domínio, a revisão teórica apresentada torna evidente a necessidade de promover a investigação sobre o abuso sexual nos países em desenvolvimento, assim como especificamente em Portugal. Paralelamente à maior disseminação dos poucos estudos já existentes a nível internacional, consideramos relevante o investimento na compreensão de alguns elementos fundamentais que não são ainda conhecidos

no nosso país, como seja a real prevalência do abuso (através de estudos de âmbito nacional, com amostras representativas da comunidade), assim como na compreensão dos factores/crenças sociais, culturais e religiosos específicos das várias comunidades nacionais, que podem promover a ocorrência destas experiências e influenciar os seus indicadores epidemiológicos, assim como os seus efeitos e processos de recuperação. Por outro lado, no que concerne especificamente ao objecto desta tese, torna-se premente, tanto nacional como internacionalmente, investir na compreensão dos ingredientes e processos que conduzem à resiliência nas crianças e jovens vítimas, tanto numa perspectiva narrativa, como eventualmente através de outras grelhas conceptuais.

Ainda no plano teórico, muito embora a investigação proponha alguns modelos explicativos dos processos psicológicos envolvidos no impacto e outros centrados na resiliência, na sua globalidade, estes tendem, como vimos, a assumir uma abordagem demasiado específica e relativamente estática (à excepção da psicopatologia do desenvolvimento e do modelo ecológico do desenvolvimento humano). Neste sentido é, no nosso entender, necessário testar empiricamente, tal como tentámos fazer com este estudo para o modelo narrativo, a adequação e contribuições específicas daqueles modelos teóricos gerais disponíveis, de modo a permitir uma compreensão mais aprofundada, e que recolha contributos dessas diferentes fontes conceptuais, acerca da forma como os diferentes factores (e.g., pessoais, familiares, sociais e culturais) interagem dinamicamente na ecologia dos indivíduos e resultam em trajectórias adaptativas ou inadaptativas.

No que se refere ao *design* das investigações, é por sua vez fundamental, para atingir este último objectivo, investir em estudos de natureza longitudinal e qualitativa, que minimizem o viés metodológico dos estudos retrospectivos e permitam, não só compreender os processos subjacentes ao impacto e resiliência, como também a sua estabilidade, especificidade desenvolvimental e idiosincrasias individuais. Em termos de amostras, é necessário maior investimento científico na exploração das situações de vitimação e perpetração feminina, aprofundando a compreensão dos contornos e especificidades destes fenómenos, que possam estar associados, tal como a literatura fortemente sugere, a diferentes vivências do impacto do abuso e a eventuais diferentes trajectórias após a sua revelação.

Finalmente, é ainda de constatar a necessidade de refinação dos instrumentos de avaliação disponíveis, particularmente no âmbito da avaliação do impacto do abuso na infância e adolescência, nomeadamente através da construção ou validação de medidas que não se

limitem à avaliação de psicopatologia mas se estendam a outras dimensões do funcionamento infantil/juvenil e que incluam análises mais compreensivas e integrativas deste (e.g., múltiplas fontes, medidas observacionais).

Ainda no que concerne à metodologia, mas quanto ao nível específico da investigação sobre os momentos de inovação, seria relevante testar de forma sistemática a validade do sistema de codificação proposto por Gonçalves e colaboradores (2010) junto de crianças e adolescentes, procurando perceber se estes evidenciam efectivamente, como este estudo parece sugerir, indicadores de mudança distintos dos adultos, quer tal se deve a especificidades do próprio processo de mudança nestas fases desenvolvimentais, quer tais diferenças decorram apenas da incapacidade de esta grelha de codificação, com os critérios que actualmente integra, captar as dinâmicas de mudança das crianças e/ou jovens. Neste último caso, seria, a nosso ver, desejável, adaptar o sistema de codificação, de forma a torná-lo mais adequado às características deste tipo de participantes e, conseqüentemente, tornando-o mais operativo na identificação dos momentos de inovação associados à mudança nestas fases desenvolvimentais.

Numa apreciação final e pessoal, consideramos que esta tese, não obstante as limitações assumidas e discutidas, apresenta contribuições significativas no âmbito dos três objectivos que nortearam este trabalho, permitindo-nos perceber melhor os processos de significação subjacentes à vivência subjectiva do abuso, melhor identificar as competências e recursos das crianças e/ou jovens para lidar com esta experiência e construir trajectórias de mudança, assim como melhor compreender os processos narrativos subjacentes à diferenciação entre percursos resilientes e não resilientes. Consideramos, ainda, que este trabalho tornou evidentes as contribuições (assim como as limitações) de uma abordagem narrativa à compreensão do impacto do abuso e dos processos potencialmente conducentes à resiliência, assim enriquecendo e complexificando o leque de grelhas conceptuais disponíveis para entender a vivência subjectiva do abuso sexual. É nossa expectativa, para finalizar esta dissertação, que estas contribuições se traduzam em novas investigações e práticas neste domínio de estudo e que estas possam ultrapassar as limitações com as quais lidámos neste trabalho, de forma a que possamos conjuntamente, investigadores e profissionais, contribuir para que a experiência adversa do abuso sexual, se traduza, cada vez mais, num impacto minorado nas vítimas, e que estas consigam, face a tal adversidade, mobilizar os seus recursos e os dos seus contextos de vida para construir percursos preferenciais, no sentido da mudança e da resiliência.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Ackerman, P., Newton, J., MacPherson, W., Jones, J. & Dykman, R. (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.
- Adams-Westcott, J., & Dobbins, C., (1997) Listening with your "heart ears" and other ways young people can escape the effects of sexual abuse. In C. Smith & D. Nylund (Eds), *Narrative therapies with children and adolescents* (pp.195-220). New York: The Guildford Press
- Alexander, P., Anderson, C., Brand, B., Schaffer, C., Grelling, B. & Kretz, L. (1998). Adult attachment and longterm effects in survivors of incest. *Child Abuse & Neglect*. 22 (1): 45-61.
- Anderson, K., LaPorte, D., Brandt, H. & Crawford, S. (1997). Sexual abuse and bulimia: response to inpatient treatment and preliminary outcome. *J. Psychiat. Res.* 31 (6): 621-633.
- Andres-Lemay, J., Jamieson, E., Macmillan, H. & FRCPC. (2005). Child abuse psychiatric disorder, and running away in a community sample of women. *Can J Psychiatric*, 50 (11): 684-689.
- Alami, K. & Kadri, N. (2004). Moroccan women with a history of child sexual abuse and its long-term repercussions: A population-based epidemiological study. *Arch womens Ment Health*, 7: 237-242.
- Alberto, I. (2004). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Livraria Almedina
- Alikasifoglu, M., Erginoz, E., Ercan, O., Albayrak-Kaymak, D., Uysal, O. & Ilter, O. (2006). Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse & Neglect*, 30: 247-255
- Almeida, A. N., André, I. M., & Almeida, H. N. (1999). *Famílias e maus-tratos às crianças em Portugal. Relatório Final*. Instituto de Ciências Sociais: Universidade de Lisboa.
- Alpert, J., Brown, L., & Courtois, C. (1998). Symptomatic clients and memories of childhood abuse: what the trauma and child sexual abuse literature tell us. *Psychology, Public Policym and Law*, 4 (4): 941-995.
- Amaro, F. (1986). *Crianças maltratadas, negligenciadas, ou praticando a mendicidade*. Lisboa: Centros de Estudos Judiciários
- Amir, G. & Lev- Wiesel, R. (2007). Dissociation as depicted in the traumatic event drawings of child sexual abuse survivors: a preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, 34: 114-123.
- Associação de Apoio à Vitima (2006). *Estatísticas APAV. Crianças vítimas de crime*. [http://www.apav.pt/portal/pdf/Estatisticas\\_Criançasvitimasdecrime\\_2000-2006](http://www.apav.pt/portal/pdf/Estatisticas_Criançasvitimasdecrime_2000-2006).
- Arroyo, J., Simpson, T. & Aragon, A. (1997). Childhood sexual abuse among hispanic and non-hispanic white college women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 19 (1): 57-68.



- Aylwin, A., Studer, L., Reddon, J. & Clelland, S. (2003). Abuse prevalence and victim gender among adult and adolescent child molesters. *Internacional Journal of Law and Psychiatric*, 26: 179-190.
- Baccini, F., Pallotta, N., Calabrese, E., Pezzoti, P. & Corazziari, E. (2003). Prevalence of sexual and physical abuse and its relationship with symptom manifestations in patients with chronic organic and functional gastrointestinal disorders. *Digestive and Liver Disease*, 35: 256-261.
- Back, S., Jackson, J., Fitzgerald, M., Shaffer, A., Salstrom, S. & Osman, M. (2003). Child sexual and physical abuse among college students in Singapore and the United States. *Child Abuse & Neglect*, 27: 1259-1275.
- Bagley, C., Wood, M., & Young, L. (1994). Victim to abuser: mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse & Neglect*. 18 (8): 683-697.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P., & Debourdeaudhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27: 1377-1395.
- Ballon, B., Courbasson, C., & Smith, P. (2001). Physical and sexual abuse issues among youths with substance use problems. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46 (7): 617-621.
- Balogh, R., Bretherton, K., Whibley, S., Berney, T., Graham, S., Richold, P., Worsley, C. & Firth, H. (2001). Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectually Disability Research*, 45 (3): 194-201.
- Baker, A. & Duncan, S. (1985). Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse & Neglect*, 9: 457-467.
- Banyard, V. (1997). The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting. *Child Abuse & Neglect*, 21 (11): 1095-1107.
- Banyard, V. & Williams, L. (2007). Women's voices on recovery: a multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31: 275-290.
- Barker-Collo, S. L. (2001). Adult reports of child and adult attributions of blame for childhood sexual abuse: predicting adult adjustment and suicidal behaviors in females. *Child abuse & neglect*, 25:1329-41.
- Barthauer, L. & Leventhal, J. (1999). Prevalence and effects of child sexual abuse in a poor, rural community in El Salvador: a retrospective study of women after 12 years of civil war. *Child Abuse & Neglect*, 23 (11): 1117-1126.

- Barra da Costa, J. (2003). *Sexo, nexo e crime*. Lisboa: Edições Colibri
- Barros, D. (2009). *Estratégias de coping em crianças vítimas de abuso sexual*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de conhecimento de Psicologia Clínica e da Saúde apresentada à Universidade Fernando Pessoa.
- Barros, D. & Sani, A. I. (2010). *Coping e resiliência em crianças vítimas de abuso sexual*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro
- Bell, P. (2002). Factors contributing to a mother's ability to recognise incestuous abuse of her child. *Women's Studies International Forum*, 25 (3): 347-357.
- Bell, D. & Belicki, K. (1998). A community-based study of well-being in adults reporting childhood abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22 (7): 681-685.
- Bendixen, M., Muus, K. & Schei, B. (1994). The impact of child sexual abuse – a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse & Neglect*, 18 (10): 837-847.
- Benedict, M., Paine, L., Paine, L., Brandt, D. & Stallings, R. (1999). The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 23 (7): 659-670.
- Benbenishty, R., Zeira, A. & Astor, R. (2002). Children's reports of emotional, physical and sexual maltreatment by educational staff in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 26: 763-782.
- Berliner, L. & Elliot, D.M. (2001). Sexual Abuse of Children. Em: J.E.B.Myers, L.Berliner, J.Briere, C.T.Hendrix, C.Jenny e T.A.Reid (eds.). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Sage Publications. International Educational and Professional Publisher. Thousand Oaks. London. New Delhi.
- Black, D., Heymen, R. & Slep, A. (2001). Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and violent behavior*, 6: 203-229.
- Bluck, S. & Habermas, T. (2001). Extending the study of autobiographical memory: Thinking back about life across the life span. *Review of General Psychology*, 5: 135-147.
- Bolen, R., & Scannapieco, M. (1999). Prevalence of child sexual abuse: a corrective meta-analysis. *Social Service Review*, 281-313.
- Boney-McCoy, S. & Finkelhor, D. (1995). Prior victimization: a risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth. *Child Abuse & Neglect*, 19 (12): 1401-1421.

- Bouvier, P., Halpérin, D., Rey, H., Jaffé, P. D. Laederach, J., Mounoud, R. L. & Pawlak, C. (1999) Typology and correlates of sexual abuse in children and youth: multivariate analyses in a prevalence study in Geneva. *Child Abuse & Neglect*, 23(8):779-90.
- Boyce, W. T., Frank, E., Jensen, P. S., Kessler, R. C, Nelson, C. A., Steinberg, L. et al. (1998). Social context in developmental psychopathology: Recommendations for future research from the Mac Arthur network on psychopathology and development. *Development and Psychopathology*, 10, 143-164.
- Brayden, R., Deitrich-MacLean, G., Dietrich, M. & Sherrod, K. (1995). Evidence for specific effects of childhood sexual abuse on mental well-being and physical self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, 19 (10): 1255-1262.
- Brems, C. & Namyniuk, L. (2002). The relationship of childhood abuse history and substance use in an Alaska sample. *Substance Use & Misuse*, 37 (4): 473-494.
- Briere, J. e Elliot, D. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*. 27: 1205-1222.
- Briere, J., Smiljanich, K. & Henschel, D. (1994). Sexual fantasies, gender, and molestation history. *Child Abuse & Neglect*, 18 (2): 131-137.
- Brodsky, B., Cloitre, M. & Dulit, R. (1995). Relationship of Dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatric*, 152 (12): 1788-1792.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International Encyclopedia of Education*, vol. 3 (second edition). Oxford: Elsevier
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22 (11): 1065-1078.
- Brown, G., McBride, L., Bauer, M. & Williford, W. (2005). Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in U.S. veterans. *Journal of Affective Disorders*, 89: 57-67.
- Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research. *Psychological Bulletin*, 99 (1): 66-77.

- Browne, A., Miller, B. & Maguin, E. (1999). Prevalence and severity of lifetime physical and sexual victimization among incarcerated women. *Internacional Journal of Law and Psychiatric*, 22 (3 e 4): 301-322.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Cachelin, F., Schug, R., Juarez, L., & Monreal, T. (2005). Sexual abuse and eating disorders in a community sample of Mexican American women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 27 (4): 533-546.
- Calam, R., Horne, L., Glasgow, D. & Cox, A. (1998). Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, 22 (9): 901-913.
- Canha, J. (2000). *Criança maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos*. Coimbra: Quarteto
- Carlson, B. E. (2005). The most important things learned about violence and trauma in the past 20 years. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 119-126.
- Carlstedt, A., Forsman, A. & Soderstrom, H. (2001). Sexual Child Abuse in a defined Swedish area 1993-97: a population-based survey. *Archives of Sexual Behavior*. 30 (5): 483-493.
- Carter, J., Bewell, C., Blackmore, E. & Woodside, D. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 30: 257-269.
- Carvalho, L. (2002). *Abuso sexual de menores. Distrito de Bragança. Estudo Médico-Legal*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Chaffin, M., Wherry, J., & Dykman, R. (1997). School age children's coping with sexual abuse: Abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies. *Child Abuse & Neglect*, 21, 227-240.
- Chandra, P., Carey, M., Carey, K., Shalinianant, A. & Thomas, T. (2003). Sexual coercion and abuse among women with a severe mental illness in India: an exploratory investigation. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (3): 205-212.
- Chen, R. (1996). Risk factors of sexual abuse among college students in Taiwan. *Journal of Interpersonal Violence*, 11 (1): 79-93.
- Chen, J., Dunne, M. & Han, P. (2004). Child sexual abuse in China: a study of adolescents in four provinces. *Child Abuse & Neglect*, 28: 1171-1186.

- Chen, J., Dunne, M. & Han, P. (2006). Child sexual abuse in Henan province, China: associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health, 38*: 544-549.
- Choquet, M., Darves-Bornoz, J-M., Ledoux, S., Manfredi, R. & Hassler, C. (1997). Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect, 21* (9): 823-832.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: the case of child maltreatment. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds). *Developmental Psychopathology. Risk, Disorder, and Adaptation* (Vol2). New York: John Wiley
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology, 9*, 797-815.
- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T. & Bennett, R. T. (1996). Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child Abuse & Neglect, 20* (5): 447-455.
- Collings, S. (1995). The long-term effects of contact and noncontact forms of child sexual abuse in a sample of university men. *Child Abuse & Neglect, 19* (1): 1-6.
- Collings, S. (1997). Child sexual abuse in a sample of South African women students: prevalence, characteristics, and long-term effects. *South African Journal of Psychology, 27* (1): 37-43.
- Collishaw, S. Pickles, A., Messer, J., M., Shearer, C., & Maugham, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect, 31*, 211-229
- Colman, R., & Widom, C. (2004). Childhood Abuse and Neglect and Adult Intimate Relationships: A Prospective Study. *Child Abuse and Neglect, 28*(11): 1133-1151
- Comissão Nacional de Crianças e Jovens em Risco. *Relatórios anuais de avaliação da actividade das CPCJ* (2000-2006).
- Conte, J. (1991). The nature of sexual offenses against children. In C. Hollin & K. Hollweys (Eds). *Clinical approaches to sex offenders and their victims* (pp. 11-34). Chichester: John Wiley & Sons.
- Conway, (2001). Memory: Autobiographical. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*: 9563-9567.

- Coverdale, J. & Turbott, S. (2000). Sexual and physical abuse of chronically ill psychiatric outpatients compared with a matched sample of medical outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 188*: 440-445.
- Cruz, G. (2008). *Os Momentos de Inovação nos processos de mudança espontânea: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de conhecimento de Psicologia Clínica, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Dadds, M., Smith, M., Webber, Y. & Robinson, A. (1991). An exploration of family and individual profiles following father-daughter incest. *Child Abuse & Neglect, 15*: 575-586.
- Dasgupta, S. D. (1998). Women's realities. Defining violence against women by immigration, race, and class. In R. K. Bergen (Ed.), *Issues in intimate violence* (pp. 209-219). Thousand Oaks: Sage.
- Darves-Bornoz, J-M., Berger, C., Degiovanni, A., Gaillard, P. & Lépine, J. P. (1999). Similarities and differences between incestuous and nonincestuous rape in a French follow-up study. *Journal of Traumatic Stress, 12* (4): 613-623.
- Darves-Bornoz, I.-M., Lempérière, T., Degiovanni, A. & Gaillard, P. (1995). Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Soc Psychiatric Epidemiol, 30*: 78-84.
- Davila, G., Bernier, F., Franco, J., & Kopka, S. (2003). Bladder dysfunction in sexual abuse survivors. *The Journal of Urology, 170*: 476-479.
- Davis, J., & Petretic-Jackson, P (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: a review and synthesis of empirical literature. *Aggression and violent behavior, 5*(3): 291-328.
- Deblinger, E. & Heflin, A.A (1996). *Treating sexually abused children and their non-offending parents. A cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks: Sage.
- Demellow, L.R. and Imms, T., (1999). Self esteem, locus of control, and coping styles and their relationship to school attitudes of adolescents. *Psychological Studies 44*, pp. 24–34.
- DeVoe, E. R., & Faller, K. C. (2002). Questioning strategies in interviews with children who may have been sexually abused. *Child Welfare, 81*(1):5-31.
- Dias, I., Ribeiro, C., & Magalhães, T. (2010). A construção social do abuso na infância. In T. Magalhães (Coord), *Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao diagnóstico*. (pp. 7-21) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas
- Dias, P. & Gonçalves, M. M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI) estudo normativo para a população

- portuguesa. In A. Soares, S. Araujo, & S. Caires (orgs.) *Avaliação psicológica: formas e contextos*, volume VI. (pp. 553-564). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses
- Didie, E., Tortolani, C., Pope, C., Menard, W., Fay, C. & Phillips, K. (2006). Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse & Neglect*, 30: 1105-1115.
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21(4): 553-576.
- DiLillo, D., Tremblay, G. C., & Peterson, L. (2000). Linking child sexual abuse and adult physical abuse potential: The mediating role of maternal anger. *Child Abuse and Neglect*, 24: 767-779.
- Dhaliwal, G., Gauzas, L., Antonowicz, D. & Ross, R. (1996). Adult male survivors of childhood abuse: prevalence, sexual abuse characteristics, and long-term effects. *Child Psychology Review*. 16 (7): 619-639.
- Draucker, C. (1996). Family-of-origin variables and adult female survivors of childhood sexual abuse: a review of the research. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5 (4): 35-63.
- Draucker, C. (2000). *Counselling survivors of childhood sexual abuse*. London: Sage
- Drossman, D., Leserman, J., Nachman, G., Li, Z., Gluck, H., Toomey, T. & Mitchell, M. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals of Internal Medicine*, 113 (11): 828-833.
- Dube, S., Anda, R., Whitfield, C., Brown, D., Felitti, V., Dong, M. & Giles, W. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5): 430-438.
- Dufour, M.H., Nadeau, L. & Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel: état de la question. *Child Abuse & Neglect*, 24(6): 781-797.
- DuMont, K., Widom, C., & Czaja, S. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown up: the role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31: 255-274.
- Dunne, M., Purdie, D., Cook, M., Boyle, F., M. & Najman, J. (2003). Is child sexual abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia. *Child Abuse & Neglect*, 26: 23-37.
- Edgardh, K. & Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica*, 88: 310-319.

- Elbedour, S., Abu-Bader, S., Onwuegbrizie, A., Abu-Rabia, A. & El-Aassam, S. (2006). The scope of sexual, physical and psychological abuse in a Bedouin-Arab community of female adolescents: the interplay of racism, urbanization, polygamy, family honor, and the social marginalization of women. *Child Abuse & Neglect*, 30: 215-229.
- Elliot, D. (1994). Impaired object relations in professional women molested as children. *Psychotherapy*, 31 (1): 79-86.
- Elliott, D & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist – 40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, 16: 391-398.
- Elliott, M., Browne, K. & Kilcoyne, J. (1995). Child sexual abuse prevention: what offenders tell us. *Child Abuse & Neglect*, 19 (5): 579-594.
- Elkovitch, N., Latzman, R., Hansen, D., & Flood, M. (2009). Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review*, 29: 586–598.
- Erikson, M., Egeland, B., & Pianta, R., (1997). Effects of maltreatment on the development of young children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds), *Child Maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 647-684). United Kingdom: Cambridge University Press
- Fávero, M. (2003). *Sexualidade infantil e abusos sexuais a menores*. Psicológica 14, Lisboa: Climepsi Editores
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23 (2): 115-128.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26: 399-419.
- Fergusson, D., & Mullen, P. (1999). *Childhood sexual abuse: An evidence based perspective*. Thousand Oaks: Sage publication.
- Fergusson, D., Lynskey, M. & Horwood, L. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatry*, 34 (10): 1355-1364.
- Figueiredo, B., Paiva, C., Maia, A., Fernandes, E. & Matos, R. (2004). História de abuso durante a infância em pais na comunidade. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1: 19-45.
- Filipas, H. H. & Ullman, S. E. (2001). Social reactions to sexual assault victims from various support sources. *Violence and victims*. 16: 673-692.



- Finkelhor, D. (1990). Early and Long-Term Effects of Child Sexual Abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21 (5): 325-330.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 17: 67-70.
- Finkelhor, D. (1994). The International Epidemiology of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18 (5): 409-417.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 99:66-77.
- Finkelhor, D., Cross, T., & Cantor, E. (2005). The justice system for juvenile victims: A comprehensive model of case flow. *Trauma, Violence & Abuse*, 6 (2): 83-102.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewiz, I. & Smith, C. (1990). Sexual Abuse in a National Survey and adult men and women: Prevalence characteristics and Risk Factors. *Child Abuse & Neglect*, 14: 19-28.
- Finkelhor, D., Moore, D., Hamby, S. & Straus, M. (1997). Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. *Child Abuse & Neglect*, 21 (1): 1-9.
- Fischer, D. & McDonald, W. (1998). Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22 (9): 915-929.
- Fitzgerald, M.M., Shipman, K.L., Jackson, J.L., McMahon, R.J. & Hanley, H.M. (2005). Perceptions of parenting versus parent-child interactions among incest survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29: 661-681.
- Fleming, J., Mullen, P. & Bammer, G. (1997). A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse & Neglect*, 21 (1): 49-58.
- Fleming, J., Mullen, P., Sybthorpe, B. & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 22 (2): 145-159.
- Fondacaro, K., Holt, J. & Powell, T. (1999). Psychological impact of childhood sexual abuse on male inmates: the importance of perception. *Child Abuse & Neglect*, 23 (4): 361-369.
- Fonseca, A. C. & Monteiro, C. M. (1999). Um inventário de problemas de comportamento para crianças e adolescentes: o Youth Self Report de Achenbach. *Psychologica*, 21: 79-96.
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. & Cardoso, F. (1994). Um inventário de comportamento: o Child Behavior Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12: 53-78.

- Fox, K. & Gilbert, B. (1994). The interpersonal and psychological functioning of women who experienced childhood physical abuse, incest, and parental alcoholism. *Child Abuse & Neglect*, 18 (10): 849-858.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: W. W. Norton
- Freer, M. (1999). Taking a defiant stand against sexual abuse and the mother-blaming discourse. In D. Denborough & C. White (Orgs). *Extending Narrative Therapy* (pp.133-157). Adelaide: Dulwich Center Publications
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies, W. H., Gray, A. & Wright, J. (2001). Child sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6:37-49.
- Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança. Uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Futa, K., Hsu, E. & Hansen, D. (2001). Child sexual abuse in Asian American families: na examination of cultural factors that influence prevalence, identification, and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (2): 189-209.
- Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Justiça (2006). *Estatísticas Criminais*. Lisboa: GEPMJ
- Galvão, E., Ângelo, M. & Alexandrina, A. (1998). Maus tratos infantis: dois anos de experiência no Hospital Maria Pia. *Nascer e Crescer*, 7 (1): 48-52.
- Gibson, L. & Leitenberg, H. (2000). Child sexual abuse prevention programs: do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 24 (9): 1115-1125.
- Gidycz, C. A., Coble, C., Latham, L., & Layman, M. (1993). Sexual Assault experience in adulthood and prior victimization experiences: A prospective analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 17, 151-168.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine
- Gold, S., Elhai, J., Lucenko, B. & Swingle, J. (1998). Abuse characteristics among childhood sexual abuse survivors in therapy: a gender comparison. *Child Abuse & Neglect*, 22 (10): 1005-1012.
- Goldman, S., D'Angelo, E., DeMaso, D. & Mezzacappa, E. (1992). Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 149 (12): 1723-1726.

- Goldman, J. & Padayachi, U. (1997). The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse & Neglect*, 21 (5): 489-498.
- Gonçalves, M. (2008). *Terapia narrativa da re-autoria: o encontro de Bateson, Bruner e Foucault*. Coleção de Cadernos de Psicoterapia, 2. Braga: Psiquilibrios Edições
- Gonçalves, M. M., Cunha, C., Ribeiro, A., Mendes, I., Santos, A., Matos, M., & Salgado, J. (2010). Innovative moments in psychotherapy: dialogical processes in developing narratives. In M. Märtsin, B. Wagoner, L. Whittaker, E-M. Aveling & I. Kadianaki (Eds). *Dialogical science. The self in communication culture and society*. New York: Nova Science Publishers.
- Gonçalves, M. M., & Henriques, M. R. (2000). *Terapia narrativa da ansiedade*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M., & Simões, M. (2000). O modelo multi-axial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In I. Soares (Coord), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. (pp. 43-87) Coimbra: Quarteto Editora
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A., Matos, M., Santos, A., & Mendes, I. (2009). The Innovative Moments Coding System: A coding procedure for tracking changes in psychotherapy. In S. Salvatore, J. Valsiner, S. Strout, & J. Clegg (Eds.), *YIS: Yearbook of Idiographic Science*, 2. Rome: Firera Publishing Group.
- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “unique outcomes” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*. 22: 1-23
- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2008). Innovative Moments Coding System - Versão 7.2. Manuscrito não publicado. University of Minho, Braga.
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., & Greenberg, L. (in press). Innovative moments and change in emotional focused therapy: the case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A., Matos, M., Santos, A. & Mendes, I. (2010). The innovative moments coding system: A methodological procedure for tracking change in psychotherapy. Manuscrito submetido para publicação.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A., Conde, T., Matos, M., Santos, A., Martins, C., & Stiles, W. (in press). The role of mutual-in-feeding in maintaining problematic self narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research*.
- Goodman, L., Salyers, M., Mueser, K., Rosenberg, S., Swartz, M., Essock, S., Osher, F., Butterfield, M. & Swanson, J. (2001). Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (4): 615-632.

- Goldstein, S. & Brooks, R. (2005). Why study resilience? In S. Goldstein & R. Brooks. *Handbook of resilience in children* (pp. 3-15) New York: Springer Science
- Gregory-Bills, T., & Rhodeback, M. (1995). Comparative psychopathology of women who experienced intra-familial versus extra-familial sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 19* (2): 177-189.
- Grotberg, E. H. (2005). Introdução: Novas Tendências em Resiliência. In A. Mellilo, E. Ojeda e colaboradores. *Resiliência, Descobrimo as Próprias Fortalezas*, (pp. 15-22). Editora Artmed, Porto Alegre
- Habermas, T., & Paha, C. (2001). The development of coherence in adolescents' life narratives. *Narrative Inquiry, 11*(1): 35-54.
- Haj-Yahia, M. & Tamish, S. (2001). The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university students. *Child Abuse & Neglect, 25*: 1303-1327.
- Hanson, R., Resnick, H., Saunders, B., Kilpatrick, D. & Best, C. (1999). Factors related to the reporting of childhood rape. *Child Abuse & Neglect, 23* (6): 559-569.
- Harker, T. (1997). Therapy with male sexual abuse survivors: Contesting oppressive life stories. In G. Monk, J. Winslade, K. Crocket, & D. Epston (Eds.), *Narrative therapy in practice: The archaeology of hope* (pp.193-214). San Francisco: Jossey-Bass.
- Harper, J. (1993). Pre-puberal male victims of incest: a clinical study. *Child Abuse & Neglect, 17*: 419-421.
- Harter, S., Alexander, P., & Neimeyer, A. (1988). Long-term Effects of Incestuous Child Abuse in College Women: Social Adjustment, Social Cognition, and Family Characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56* (1): 5-8.
- Haugaard, J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist, 55*, 9, 1036-1039.
- Heflin, A. & Deblinger, E. (1996). Treatment of an adolescent survivors of child sexual abuse. In M. Reineke, F. Dattilio & A. Freeman (Eds), *Cognitive therapy with children and adolescents* (pp.199-226). New York: Guilford Press
- 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.
- Helweg-Larsen, K. & Larsen, H. (2006). The prevalence of unwanted and unlawful sexual experiences reported by Danish adolescents: results from a national youth survey in 2002. *Acta Paediatrica, 95*: 1270-1276.

- Hewitt, S. (1999). *Assessing allegations of sexual abuse in preschool children*. Thousands Oaks: Sage.
- Hibbard, R., Ingersoll, G. & Orr, D. (1990). Behavioral Risk, Emotional Risk, and Child Abuse Among Adolescents in a Nonclinical Setting. *Pediatrics*, 86 (6): 896-901.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25: 517-572.
- Himelein, M. J. & McElrath, J. A. (1996). Resilient child sexual abuse survivors. Cognitive coping and illusion. *Child Abuse & Neglect*, 20: 747-758.
- Ho, T. & Kwok, W. (1991). Child sexual abuse in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*. 15: 597-600.
- Honor, G. (2002). Child sexual abuse: psychosocial risk factors. *J. Pediatr Health Care*. 16: 187-192.
- Houshyar, S. & Kaufman, J. (2005). Resilience in maltreated children. In S. Goldstein & R. Brooks. *Handbook of resilience in children* (pp. 181-200) New York: Springer Science
- Huston, R., Parra, J., Prihoda, T. & Foulds, D. (1995). Characteristics of childhood sexual abuse in a predominantly Mexican-American population. *Child Abuse & Neglect*, 19 (2): 165-176.
- Hyun, M., Friedman, S. & Dunner, D. (2000). Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2: 131-135.
- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In A. Mellilo, E. Ojeda e colaboradores. *Resiliência, Descobrimo as Próprias Fortalezas*, (pp. 23-38). Editora Artmed, Porto Alegre
- Jackson, J., Calhoun, K., Amick, A., Maddever, H., & Habif, V. (1990). Young adult women who report childhood intrafamilial sexual abuse: Subsequent adjustment. *Archives of sexual behavior*, 19, 211-221.
- Jaffee, S., R., Caspi, A., Moffitt, T., E., Polo-Tomas, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 31, 231-253.
- Jamieson, D. & Steege, J. (1997). The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 177 (6): 1408-1412.
- Jardim, P. & Magalhães, T. (2010). Indicadores físicos e biológicos de abuso sexual In T. Magalhães (Coord), *Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao diagnóstico*. (pp. 109-118) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas

- Jirapramukpitak, T., Prince, M. & Harpham, T. (2005). The experience of abuse and mental health in the young Thai population. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40: 955-963.
- Johnson, R., Ross, M., Taylor, W., Williams, M., Carvajal, R. & Peters, R. (2006). Prevalence of childhood sexual abuse among incarcerated males in county jail. *Child Abuse & Neglect*, 30: 75-86.
- Joy, M.(1999). Shame on who? Consulting with children who had experienced sexual abuse. In A. Morgan (Ed). *Once upon a time... narrative therapy with children and their families*. Australia: Dulwich Center Publications
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-hill
- Kamsler, A. (1998). Her-story in the making: therapy with women were sexually abused in childhood. In C. White & D. Denborough (Eds). *Introducing narrative therapy. A collection of practice-based writings*. Australia: Dulwich Center Publications
- Kassim, K. & Kasim, M. (1995). Child sexual abuse: psychological aspects of 101 cases seen in a urban Malaysian setting. *Child Abuse & Neglect*, 19 (7): 793-799.
- Kelly, R., Wood, J., Gonzalez, L., MacDonald, V. & Waterman, J. (2002). Effects of mother-son incest and positive perceptions of sexual abuse experiences on the psychological adjustment of clinic-referred men. *Child Abuse & Neglect*, 26: 425-441.
- Kendall-Tackett, K. & Simon, A. (1992). A comparison of the abuse experiences of male and female adults molested as children. *Journal of Family Violence*, 7 (1): 57-62.
- Kendall-Tackett, K., Williams, L. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*. 113 (1): 164-180.
- Kenny, M. & McEachern, A. (2000). Racial, ethnic, and cultural factors of childhood sexual abuse: a selected review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 20 (7): 905-922.
- Kogan, S. (2004). Disclosing unwanted sexual experiences: results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse & Neglect*. 28: 147-165.
- Kia-Keating, M., Grossman, F. K., Sorsoli, L., & Epstein, M. (2005). Containing and resisting masculinity: Narratives of renegotiation among resilient male survivors of childhood sexual abuse. *Psychology of Men and Masculinity*, 6: 169-185.
- Kilpatrick & Saunders (1999). *Prevalence and consequences of child victimization: Results from the national survey of adolescents. Final Report*. Charleston: National Crime Victims Research & treatment Center.

- Kim, H. & Kim, H. (2005). Incestuous experience among Korean adolescents: prevalence, family problems, perceived family dynamics, and psychological characteristics. *Public Health Nursing, 22* (6): 472-482.
- Kinzl, J., Traweger, C. & Biebl, W. (1995). Sexual dysfunctions: relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical samples. *Child Abuse & Neglect, 19* (7): 785-792.
- Krugman, S., Mata, L. & Krugman, R. (1992). Sexual Abuse and Corporal Punishment During Childhood: A pilot retrospective survey of University students in Costa Rica. *Pediatrics, 90*: 157-161.
- Kvam, M. (2004). Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *Child Abuse & Neglect, 28*: 241-251.
- Lab, D., Feigenbaum, J. & Silva, P. (2000). Mental health professionals' attitudes and practices towards male childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 24* (3): 391-409.
- Lachman, P. (1996). Child protection in Africa – the road ahead. *Child Abuse & Neglect, 20* (7): 543-547.
- Lalor, K. (2004a). Child sexual in sub-Saharan Africa: a literature review. *Child Abuse & Neglect, 28*: 439-460.
- Lalor, K. (2004b). Child sexual abuse in Tanzania and Kenya. *Child Abuse & Neglect, 28*: 833-844.
- Lau, J., Liu, J., Yu, A. & Wong, C. (1999). Conceptualization, reporting and underreporting of child abuse in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect, 23* (11): 1159-1174.
- Leathy, T., Pretty, G., & Tenenbaum, G. (2003). Childhood sexual abuse narratives in clinically and nonclinically distressed adults survivors. *Professional Psychology: Research and practice, 6*(34), 657-665.
- Leifer, M., Shapiro, Mortone, M., & Kassem, L. (1991). Rorschach assesment of psychological functioning in sexually abused girls. *Journal of Personality Assessment, 56*, 14-28.
- Leventhal, J. (1998). Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect, 22* (6): 481-491.
- Liang, B., Williams, L., & Siegel, J (2006). Relational outcomes of childhood sexual trauma in females survivors: a longitudinal study. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(1): 42-57.
- Linton, S. (1997). A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: establishing a link. *Pain, 73*: 47-53.

- Litrownik, A., Lau, A., English, D., Briggs, E., Newton, R., Romney, S., & Dubowitz, H. (2005). Measuring the severity of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 29: 553–573.
- Lodico, M., Gruber, E. & DiClemente, R. (1996). Childhood sexual abuse and coercive sex among school-based adolescents in a midwestern state. *Journal of Adolescent Health*, 18: 211-217.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, J. & Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse & Neglect*, 19 (9): 1039-1050.
- Lurigio, A. J. & Resick, P. A. (1990). Healing the psychological wounds of criminal victimization: Predicting postcrime distress and recovery. In A. J. Lurigio, W. Skogan, & R. Davis (1990), *Victims of crime. Problems, policies and programs* (pp. 50-68). Newbury Park: Sage.
- Lynskey, M. T. & Fergusson, D. M. (1997), Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21: 1177-1190.
- Madu, S. & Peltzer, K. (2000). Risk factors and child sexual abuse among secondary school students in the northern province (South Africa). *Child Abuse and Neglect*, 24 (2): 259-268.
- Madu, S. & Peltzer, K. (2001). Prevalence and patterns of child sexual abuse and victim-perpetrator relationship among secondary school students in the northern province (South Africa). *Archives of Sexual Behavior*, 30 (3): 311-321.
- Machado, C. (1996). Maus tratos de menores, vitimação e poder: Proposta de um modelo integrado de análise. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 133-148.
- Machado, C. (2002). Abuso Sexual de crianças. In C. Machado & R. Gonçalves (Eds) *Violência e Vitimas de Crimes* vol.2 (pp. 40-93). Coimbra: Quarteto Editores
- Machado, C. (2004). *Crime e Insegurança. Discursos do medo, imagens do "outro"*. Lisboa: Editorial Notícias
- Machado, C. & Almeida, C. (7 de Maio de 2004). *Do discurso social ao discurso técnico: Crenças e mitos sobre o abuso sexual*. Comunicação apresentada nas XI Jornadas Nacionais da APF, "A saúde, as escolhas e os direitos na vida sexual e reprodutiva". Associação de Planeamento Familiar, Porto.
- Machado, C. & Antunes, C. (2005). Avaliação de vítimas de abuso sexual. In R. Abrunhosa & C. Machado (coords) *Psicologia Forense*. (pp. 207- 229) Coimbra: Quarteto Editores.
- Machado, C., & Gonçalves, M. (1999). Psicoterapia com crianças abusadas sexualmente: da catarse à re-autoria. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2: 347-354.



- Machado, C., Gonçalves, M., Matos, M., Dias, A. R. (2007). Child and partner abuse: self-reported prevalence and attitudes in North of Portugal. *Child Abuse & Neglect*, 31: 657-670.
- Machado, C., Dias, A. R., & Coelho. C. (2010). Culture and wife abuse: An overview of theory, research and practice. In P. Knepper & S. G. Shoham (Eds.), *International handbook of victimology* (pp. 639-668). Boca Raton, USA: Taylor and Francis.
- MacMillan, H., Fleming, J., Streiner, D., Lin, E.; Boyle, M., Jamieson, E., Duku, E., Walsh, C., Wong, M. & Beardslee, W. (2001). Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample. *Am J Psychiatric*. 158(11): 1878-1883.
- Magalhães, T., Sousa, M. J., Costa, D., Grams, A., C., & Costa, J. (1996). Violência na criança. Instituto de Medicina Legal do Porto (1992-1995). *Boletim de Medicina Legal e Toxicologia Forense*, X(1):133-146.
- Magalhães, T., Sousa, M.J., Silva, A., Matos, E., & Costa, J. (2000). Abuso sexual intrafamiliar. *Proceedings of the International Congress "Childhood Social and Cultural Worlds"*, 218-223.
- Manita, C. (2003). Quando as portas do medo se abrem... do Impacto psicológico ao(s) testemunho(s) de crianças vítimas de abuso sexual. In *Cuidar da Justiça de crianças e jovens. A função dos juizes sociais. Actas de Encontro* (pp:230-253) Coimbra: Almedina
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Gregor, N. (1989). Emotional and behavioral difficulties in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 4:437-451.
- Mandell, D., Walrath, C., Manteuffel, B., Sgro, G., & Pinto-Martin, J. (2005). The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community- based mental health settings. *Child Abuse & Neglect*, 29: 1359-1372.
- Manion, I., McIntyre, J., Firestone, P., Ligenzinska, M., Ensom, R. & Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20 (11): 1095-1109.
- Marchand, H. (2002). Em torno do pensamento pós-formal. *Análise Psicológica*, 2: 191-202.
- Martin, G., Bergen, H., Richardson, A., Roeger, L. & Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28: 491-503.
- Martinez-Raga, J., Keaney, F., Marshall, E., Ball, D., Best, D. & Strang, J. (2002). Positive or negative history of childhood sexual abuse among problem drinkers: relationship to substance use disorders and psychiatric co-morbidity. *Journal of Substance Use*, 7: 34-40.

- Martins, P. (2005). O desenvolvimento pessoal e social da criança em contexto de vida institucional – elementos para uma análise da ecologia da interpessoalidade. Repositorium: Universidade do Minho
- Masten, A. & Coatsworth, J. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53 (2): 205-220.
- Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade. Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, na área de conhecimento de Psicologia da Justiça, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Matos, M., & Gonçalves, M. M. (2004). Narratives on marital violence: The construction of change through re-authoring. In R. Abrunhosa, R. Roesch, C. Machado, C. Soeiro & F. Winkel (Eds.), *Assessment, intervention and legal issues with offenders and victims*. Bruxelas: Politea.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19(1): 68-80.
- May-Chahal, C. & Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 29: 969-984.
- McCran, D., Lalor, K. & Katararo, J. (2006). Childhood sexual abuse among university students in Tanzania. *Child Abuse & Neglect*, 30: 1343-1351.
- McGloin, J.M. & Widom, C.S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychology*. 13: 1021-1038.
- Mchichi, K., & Kadri, N. (2004). Moroccan women with a history of child sexual abuse and its long term repercussions: a population-based epidemiological study. *Archives of women's mental health*, 7: 237-242.
- Meira, L. (2010). *Mudança narrativa: Estudo sobre processos de inovação pessoal na resolução de problemas de vida*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, na área de conhecimento de Psicologia Clínica, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., Greenberg, L., & Gonçalves, M. M. (2010). *Narrative change in emotion focused therapy: how this change constructed through the lens of the Innovative Moments Coding System?* Manuscrito não publicado.

- Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., Greenberg, L., & Gonçalves, M. M. (*in press*). Narrative innovative moments in emotion-focused psychotherapy: the role of reflection and protest innovative moments in the construction of a new self-narrative.
- Mennen, F. (1995). The relationship of race/ethnicity to symptoms in childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19 (1): 115-124.
- Morrow, S.L. & Smith, M.L. (1995). Constructions of Survival and Coping by Women Who Have Survived Childhood Sexual Abuse. *Journal of Counseling Psychology January*, 42(1): 24-33.
- Morse, J. M.(1994). Designing founded qualitative research In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds). *Handbook of Qualitative Research* (pp. 220-235). Thousand Oaks: Sage
- Mullen, P., Martin, J., Anderson, J., Romans, S. & Herbison, G. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse & Neglect*, 20 (1): 7-21.
- Nagata, T., Kiriike, N., Iketani, T., Kawarada, Y. & Tanaka, H. (1999). History of childhood sexual or physical abuse in Japanese patients with eating disorders: relationship with dissociation and impulsive behaviours. *Psychological Medicine*, 29: 935-942.
- Nelson, D., Higginson, G. & Grant-Worley, J. (1994). Using the Youth Risk Behaviour Survey to Estimate Prevalence of Sexual Abuse Among Oregon High School Students. *Journal of School Health*, 64 (10): 413-416.
- Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S. & Yaryura-Tobias, J. (2006). Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Body Image*, 3: 189-193.
- Niederberger, J. (2002). The perpetrator's strategy as a crucial variable: a representative study of sexual abuse of girls and its sequelae in Switzerland. *Child Abuse & Neglect*, 26: 55-71.
- Oates, R., Tebbutt, J., Swanston, H., Lynch, D. & O'Toole, B. (1998). Prior childhood sexual abuse in mothers of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22 (11): 1113-1118.
- Offen, L., Waller, G. & Thomas, G. (2003). Is reported childhood sexual abuse associated with the psychopathological characteristics of patients who experience auditory hallucinations? *Child Abuse & Neglect*, 27: 919-927.
- Olsson, A., Ellsberg, M., Berglund, S., Herrera, A., Zelaya, E., Pêna, R., Zelaya, F. & Persson, L. (2000). Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 24 (12): 1579-1589.
- O'Leary, P. (1999). Liberation from self-blame: working with men who have experienced childhood sexual abuse. In *Extending Narrative Therapy*. Australia: Dulwich Center Publications (Eds)

- Paveza, G. (1988). Risk factors in father-daughter child sexual abuse: a case-control study. *Journal of Interpersonal Violence, 3* (3): 290-306.
- Paradise, J., Rose, L., Sleeper, L. & Nathanson, M. (1994). Behavior, family function, school performance, and predictors of persistent disturbance in sexually abused children. *Pediatrics, 93* (3): 452-459.
- Pedersen, W. & Skrondal, A. (1996). Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction, 91* (4): 565-581.
- Peixoto, C. & Ribeiro, C. (2010). Indicadores de abuso em crianças e jovens. In T. Magalhães (Coord), *Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao diagnóstico*. (pp. 37-49) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas
- Perkins, D. & Luster, T. (1999). The relationship between sexual abuse and purging: findings from community-wide surveys of female adolescents. *Child Abuse & Neglect, 23* (4): 371-382.
- Peschers, U., DuMont, J., Jundt, K., Pjürtner, M., Dugan, E. & Kindermann, G. (2003). Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. *Obstetrics & Gynecology, 101* (1): 103-108.
- Perrott, K., Morris, E., Martin, J. & Romans, S. (1998). Cognitive coping styles of women sexually abused in childhood: a qualitative study. *Child Abuse & Neglect, 22*(11): 1135-1149.
- Peters, D. & Range, L. (1995). Childhood sexual abuse and current suicidality in college women and men. *Child Abuse & Neglect, 19* (3): 335-341.
- Petersen, I., Bhana, A. & McKay, M. (2005). Sexual violence and youth in South Africa: the need for community-based prevention interventions. *Child Abuse & Neglect, 29*: 1233-1248.
- Pierce, R. & Pierce, L. (1985). The sexual lie abuse child: a comparison of male and female victims. *Child Abuse & Neglect, 9*: 191-199.
- Plasha, T. (2009). Educational resilience among African survivors of child sexual abuse in South Africa. *Journal of Black Studies, 5*: 1-20.
- Polanczyk, G., Zavaschi, M., Benetti, S., Zenker, R. & Gamerman, P. (2003). Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Revista Saúde Pública, 37* (1): 8-14.
- Priebe, G., & Svedin, C. G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: An epidemiological study of adolescent's disclosures. *Child Abuse & Neglect, 32*, 1095–1108.
- Preti, A., Incani, E., Camboni, N., Petretto, D. & Masala, C. (2006). Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediating role of body dissatisfaction. *Comprehensive Psychiatry, 47*: 475-481.

- Price, R. (1993). If you really knew me: an exploration of therapeutic concerns in collaborative with "damaged" self. In S. Gilligan & R. Price (eds). *Therapeutic conversations* (pp. 277-286). New York: W. W. Norton & Company
- Potter, J. & Wetherell, M. (1992). *Discourse and social psychology. Beyond attitudes and behaviour*. London: Sage.
- Putnam, F. (2003). Ten-Year research update review: child sexual abuse. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42 (3): 269-278.
- Qualitative Solutions & Research (1997). *Non-numerical Unstructured Data - Indexing, Searching and Theorizing* - NUD\*IST
- Ramos-Lira, L., Salvidar-Hernández, G., Medina-Mora, M., Rojas-Guiot, E. & Villatoro-Velázquez, J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación com el consumo de drogas. *Salud Pública de México*, 40 (3): 221-233.
- Reigstad, B., Jorgensen, K. & Wichstrom, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescents psychiatric patients: prevalences and correlates. *Nord Journal of Psychiatry*, 60 (1): 58-66.
- Ribeiro, C. (2006). A criança na justiça: trajetórias, significados e sentidos do processo judicial em crianças vítimas de abuso sexual intra-familiar. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Ribeiro, A., Gonçalves, M., & Santos, A. (2010). Innovative moments in psychotherapy: From the narrative outputs to the semiotic-dialogical processes. In S. Salvatore, J. Valsiner, S. Strout, & J. Clegg (Eds.), *YIS: Yearbook of Idiographic Science*, 3. Rome: Firera Publishing Group.
- Riegel K. F. (1975). Toward a dialectical theory of human development. *Human Development*, 18: 50-64.
- Rind, B., Tromovitch, P. & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124 (1): 22-53.
- Roberts, S. & Sorensen, L. (1999). Prevalence of childhood sexual abuse and related sequelae in a lesbian population. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 3 (1): 11-19.
- Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J., Golding, J. & the ALSPACK STUDY TEAM. (2004). The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse & Neglect*, 28: 525-545.

- Robin, R., Chester, B., Rasmussen, J., Jaranson, J. & Goldman, D. (1997). Prevalence, characteristics, and impact of childhood sexual abuse in a Southwestern American Indian tribe. *Child Abuse & Neglect*, 21 (8): 769-787.
- Rockville, M. D. (1996). Basic behavioral science research for mental health: vulnerability and resilience. *American Psychologist*, 51(1): 22-28.
- Rodgers, C., Lang, A., Laffaye, C., Satz, L., Dresselhaus, T. & Stein, M. (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior. *Child Abuse & Neglect*, 28: 575-586.
- Rodriguez, N., Ryan, S., Kemp, H., & Foy, D. (1997). Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: a comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65: 53-59.
- Romano, E. & De Luca, R. (1997). Exploring the relationship between childhood sexual abuse and adult sexual perpetration. *Journal of Family Violence*, 12 (1): 85-97.
- Rosenthal, S., Feiring, C. & Taska, L. (2003). Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child Abuse & Neglect*, 27 (6): 641-661.
- Ruggiero, K., Mcleer, S., & Dixon, J. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivors' psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 24(7): 951-964.
- Runtz, M. G., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 21(2), 211-226.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31: 205-209.
- Sachs-Ericsson, N., Plant, E., Blazer, D. & Arnow, B. (2005). Childhood sexual and physical abuse and the 1-Year prevalence of medical problems in the national comorbidity survey. *Health Psychology*, 24 (1): 32-40.
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1993). *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sanders-Phillips, K., Moisan, P., Wadlington, S., Morgan, S. & English, K. (1995). Ethnic differences in psychological functioning among black and latino sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19 (6): 691-706.
- Santos, A. (2008). Mudança Narrativa no Processo Terapêutico de Re-Autoria. Dissertação de Doutorado em Psicologia, na área de conhecimento de Psicologia Clínica, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

- Sariola, H. & Utela, A. (1994). The Prevalence of Child Sexual Abuse in Finland. *Child Abuse and Neglect*, 18 (10): 827-835.
- Saunders, B., Kilpatrick, D., Hanson, R. & Resnick, H. (1999). Prevalence, case characteristics, and long-term psychological correlates of child rape among women: a national survey. *Child Maltreatment*, 4 (3): 187-200.
- Saywitz, K., Mannarino, A., Berliner, L. & Cohen, J. (2000). Treatment for Sexually Abused Children and Adolescents. *American Psychologist*, 55 (9): 1040-1049.
- Schechter, D., Brunelli, S., Cunningham, N., Brown, J. & Baca, P. (2002). Mother-daughter relationship and child sexual abuse: a pilot study of 35 dyads. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66 (1): 39-60.
- Schein, M., Biderman, A., Baras, M., Bennett, L., Bisharat, B., Borkan, J., Fogelman, Y., Gordon, L., Steinmetz, D. & Kitai, E. (2000). The prevalence of a history of a child sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 24 (5): 667-675.
- Scher, C., Forde, D., Mcquaid, J. & Stein, M. (2004). Prevalence and demographic correlates of Children maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse & Neglect*, 28: 167-180.
- Shack, A., Averill, P., Kopecky, C., Krafewsky, K. & Gummattira, P. (2004). Prior history of physical and sexual abuse among the psychiatric inpatient population: a comparison of male and females. *Psychiatric Quarterly*, 75 (4): 343-359.
- Segal, U. (1999). Children are abused in eastern countries: a look at India. *International Social Work*. 42 (1): 39-52.
- Singh, H., Ying, W. & Nurani, H. (1996). Prevalence of childhood sexual abuse among Malaysian paramedical students. *Child Abuse & Neglect*, 20 (6): 487-492.
- Singer, J. A. & Bluck, S. (2001). New perspectives on autobiographical memory: The integration of narrative processing and autobiographical reasoning. *Review of General Psychology*, 5, 2, 91-99.
- Soares, I. (2000). Introdução à psicopatologia do desenvolvimento: questões teóricas e de investigação. In I. Soares (Coord), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. (pp. 11-42) Coimbra: Quarteto Editora
- Sobsey, D., Randall, W. & Parrila, R. (1997). Gender differences in abused children with or without disabilities. *Child Abuse & Neglect*, 21 (8): 707-720.
- Spak, L., Spak, F. & Allebeck, P. (1998). Sexual abuse and alcoholism in a female population. *Addiction*, 93 (9): 1365-1373.

- Spaleck, B. (2006). *Crime victims. Theory, policy and practice*. Houndmills: Palgrave Macmillan
- 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: 785-801.
- Stein, M. (2008). Resilience and young people leaving care. *Child Care in practice*, 14(1): 35-44.
- Stenson, K., Heimer, G., Lundh, C., Nordström, M., Saarinen, H. & Wenker, A. (2003). Lifetime prevalence of sexual abuse in a Swedish pregnant population. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82: 529-536.
- Svedin, C., Back, C. & Söderback, S-B. (2002). Family relations, family climate and sexual abuse. *Nord. J. Psychiatry*. 56 (5): 355-362.
- Tang, C. (2002). Childhood experience of sexual abuse among Hong Kong Chinese college students. *Child Abuse & Neglect*, 26: 23-37.
- Tang, C. & Davis, C. (1996). Child abuse in Hong Kong revisited after 15 years: characteristics of victims and abusers. *Child Abuse & Neglect*, 20 (12): 1213-1218.
- Tarakeshwar, N., Fox, A., Ferro, C., Khawaja, S., Kochman, A & Sikkema, K. (2005). The connections between childhood sexual abuse and human immunodeficiency virus infection: implications for interventions. *Journal of Community Psychology*, 33(6): 655- 672.
- Taveira, F., Frazão, S., Dias, R., Matos, E., & Magalhães, T (2009). O abuso sexual intra e extra-familiar, *Acta Medica Portuguesa*, 22(6): 759-66.
- Tharinger, D., Horton, C. & Millea, S. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse & Neglect*, 14: 301-312.
- Tremblay, C., Hébert, M. & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23 (9): 929-945.
- Treuer, T., Koperdák, M., Rózsa, S. & Füredi, J. (2005). The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13: 106-111.
- Trickett, P. & Putnam, F. (1993). Impact of child sexual abuse on females: toward a development, psychobiological integration. *American Psychological Society*, 4 (2): 81-87.
- Tschumper, A., Narring, F., Meier, C. & Michaud, P. (1998). Sexual victimization in adolescent girls (age 15-20 years) enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. *Acta Paediatrica*, 87: 212-217.
- Tsun-Yin, Echo & Luo (1998). Sexual abuse trauma among Chinese survivors. *Child Abuse & Neglect*, 22(10): 1013-1026.



- Tzeng, O. C. S., Schwarzin, H. J. (1990). Gender and race differences in child sexual abuse correlates. *International Journal of Intercultural Relations* 14:135-161.
- Valentine L., & Feinauer, L. L. (1993). Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. *American Journal of Family Therapy*, 32, 216-224.
- Valsiner, J., (2002). Forms of dialogical relations and semiotic auto-regulation within the self. *Theory and Psychology*, 12: 251-265.
- Van Den Bosh, L., Verheul, R., Langeland, W. & Van Den Brink, W. (2002). Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatric*, 37: 549-555.
- Van Dorn, R., Mustillo, S., Elbogen, E., Dorsey, S., Swanson, J. & Swartz, M. (2005). The effects of early sexual abuse on adults risk sexual behaviors among persons with severe mental illness. *Child Abuse & Neglect*, 29: 1265-1279.
- Verdugo, M., Bermejo, B. & Fuertes, J. (1995). The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 19 (2): 205-215.
- Vogeltanz, N., Wilsnack, S., Harris, T., Wilsnack, R., Wonderlich, S. & Kristjanson, A. (1999). Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: national survey findings. *Child Abuse & Neglect*. 23 (6): 579-592.
- Volpp, L. (2006). Feminism versus multiculturalism. In N. J. Sokoloff & C. Pratt (Eds.), *Domestic violence at the margins* (pp. 39-49). New Brunswick: Rutgers University Press.
- Wald, B., Archer, R. & Winstead, B. (1990). Rorschach characteristics of mothers of incest victims. *Journal of Personality Assessment*, 55: 417-425.
- Walker, J., Carey, P., Mohr, N., Stein, D. & Seedat, S. (2004). Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Archives of Women's Mental Health*. 7: 111-121.
- Walsh, K., Fortier, M. & Dillilo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15:1-13.
- Walsh, K., Blaustein, M., Knight, W., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2007). Resilience factors in the relationship between child sexual abuse and adult revictimization. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16: 1-17
- Walsh, C., MacMillan, H. & Jamieson, E. (2002). The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, 26: 11-22.

- Wolfe, D., Wolfe, V., & Best, C. (1988). Child victims of sexual abuse. In V. Husselt, R. Morrison, A. Bellack & M. Hersen (Eds). *Handbook of Family Violence* (pp. 157-184). New York: Plenum Press
- Wolfe, D. (1999). *Child abuse: implications for child development and psychopathology. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry*. United Kingdom: Sage Publications
- Wonderlich, S., Wilsnack, R., Wilsnack, S. & Harris, T. (1996). Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health*. 86 (8): 1082- 1086.
- Wellman, M. (1993). Child Sexual Abuse and gender differences: Attitudes and prevalence. *Child Abuse & Neglect*, 17: 539-547.
- White, M. (2004). *Narrative practices and exotic lives: resurrecting diversity in everyday life*. Adelaide: Dulwich Center publications
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton
- Wind, T., & Silvern, L. (1994). Parental warmth and childhood stress as mediators of the long term effects of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18:439-453.
- Wright, M., & Masten, A. (2005). Resilience process and development. In S. Goldstein & R. Brooks. *Handbook of resilience in children* (pp. 17-37) New York: Springer Science
- Wright, M, Crawford, E., & Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: the role of coping, benefit-finding and meaning-making. *Journal of Family Violence*, 22: 597-608.
- Wurr, C. & Partridge, M. (1996). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in na acute adult impatient population. *Child Abuse & Neglect*, 20 (9): 867-872.
- Wyatt, G. (1985). The sexual abuse of afro-american and white-american women in childhood. *Child Abuse & Neglect*, 9: 507-519.
- Wyatt, G., Carmona, J., Loeb, T., & Williams, J. (2005). HIV-positive black women with histories of childhood sexual abuse: patterns of substance use and barriers to health care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 16: 9-23.
- Wyatt, G., Guthrie, D., & Notgrass, C. (1992). Differential effects of women ´s child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 167-173.
- Wyatt, G., Loeb, T., Solis, B., Carmona, J. & Romero, G. (1999). The prevalence and circumstances of child sexual abuse: changes across a decade. *Child Abuse & Neglect*, 23 (1): 45-60.

- Wyman, R. A. (2003). Emerging perspectives on context specificity of children's adaptation and resilience: Evidence from a decade of research with urban children in adversity. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 293-317). New York: Cambridge University Press.
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., & Kerley, J. H. (1993). The role of children's future expectations in self-system functioning and adjustment to life-stress. *Development and Psychopathology, 5*: 649-661.
- Wynkoop, T., Capps, S. & Priest, B. (1995). Incidence and prevalence of child sexual abuse: a critical review of data collection procedures. *Journal of Child Sexual Abuse, 4* (2): 49-66.
- Zierler, S., Feingald, L., Laufer, D., Velengtas, P., Kantrovits-Gordon, I. & Mayer, K. (1991). Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American Journal of Public Health, 81* (5): 572-575.
- Zuravin, S., McMillen, C., DePanfilis, D. & Risley-Curtiss, C. (1996). The intergenerational cycle of child maltreatment: continuity versus discontinuity. *Journal of Interpersonal Violence, 11* (3): 315-334.

ANEXOS



**ANEXO 1**  
**QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO**

**1. Agregado familiar (nº de elementos):**

**2. Idade**

Pai:

Mãe:

Irmãos:

**3. Estado civil**

	Pai	Mãe
Casado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solteiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divorciado/Separado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viúvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Habilitações literárias**

	Pai	Mãe
Até ao 4º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curso técnico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pós- licenciatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Situação Profissional**

	Pai	Mãe
Empregado(a)/Doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempregado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reformado(a)/Pensionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Profissão:

	Pai	Mãe
Profissões liberais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnicos especializados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnicos não especializados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operários especializados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operários não especializados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Fontes de rendimento familiar

	Pai	Mãe
Fortuna herdada ou adquirida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lucros de empresa altos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vencimento mensal fixo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salário por semana hora, tarefa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sustento por beneficência pública ou privada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(não se incluem pensões por desemprego ou incapacidade)

## 8. Conforto do alojamento (impressão subjectiva)

	Pai	Mãe
Casa ou andar de luxo, muito grande, máximo conforto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Categoria intermédia entre 1-3: casa ou andar espaçoso e confortável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa ou andar modesto, em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Categoria intermédia entre 3-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamento impróprio, barraca, quarto, andar ou casa muito degradada e sem conforto, condições de promiscuidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO 2

### ENTREVISTA QUALITATIVA

#### *a. Desconstrução do Problema*

Tens vindo a conversar sobre um problema que aconteceu contigo há algum tempo.

1. Este problema ainda te aborrece? O que é que o problema faz para te continuar de vez em quando a chatear? Como é que podíamos chamar a este problema?
2. Quando é que te ataca mais? Como é que ele te ataca? Como é que ele faz para mandar em ti? O que é que ele te manda fazer? Qual é a sua arma preferida para te atacar?
3. Como é que o problema faz para vencer? Para ficar maior?
4. Quando é que ele consegue ganhar?
5. Como é que te sentes quando o problema está por perto?
6. O que é que ele diz sobre ti? Chama-te nomes?
7. Em que é que ele quer que tu acredites? O que ele quer para a tua família?
8. O que é que te diz que os outros vão pensar de ti?
9. O que é que ele te rouba? Que coisas boas é que este problema te tirou? Deu-te alguma coisa boa?
10. Por vezes, com outras crianças ou jovens que também são atacados por este problema, ele tenta-lhe dizer que a culpa é deles e que os pais estão zangados, como é que se passou contigo? O problema também tenta fazê-los ficar com vergonha ou tenta fazer com que não falem com ninguém sobre o que se passou. Como é que é/foi contigo?
11. Se pudesses escalar, qual te atacou mais/esteve mais presente? De que forma te atacou?
12. O que é que a culpa/vergonha/medo te gritam ou sussurram aos ouvidos? Quais são os pensamentos que eles te enfiam na cabeça nos momentos piores? O que é te faz pensar? Como é que te faz sentir? O que é que quer que tu penses? O que é que ele quer quando te diz isso?
13. O que é que eles te dizem que vai acontecer? Como é que ajudam o segredo?



14. Por vezes, o problema diz às crianças/adolescentes que as pessoas não são de confiança e que não devemos confiar em ninguém, nem mesmo naqueles que parecem nossos amigos, isso aconteceu contigo? Como?
15. Percepção do ofensor: explorar relação anterior e relação actual (sentimentos)
16. Quem são os aliados do problema? Pensa em coisas que as pessoas fazem ou dizem que ajudam o problema a crescer. Não está o problema a usar estas pessoas para se tornar mais forte? Como é que achas que ele consegue convencer as pessoas a tornarem-se, mesmo sem quererem, suas aliadas? Como é que foi contigo?
17. Porque é que as crianças/adolescentes acabam por se sentir culpadas?
18. Achas que a culpa deve ser posta em quem?
19. Como é que o problema te convenceu que a culpa era tua?

***b. Identificação e Exploração de Momentos de Inovação***

1. Por vezes, o problema acaba por dominar/mudar a vida das crianças/adolescentes (e.g., ficarem mais tristes, pensarem sempre no que aconteceu, sentirem-se marcadas para toda a vida, sentirem vergonha, medo), Como é que foi contigo?
2. O problema mandava mais ou menos antes de teres contado? Ficou maior ou mais pequeno? O que é que ajudou a que ele ficasse mais pequeno?
3. Há alturas em que o problema não aparece? Há alturas em que consigas desobedecer ao problema? Não pensar como ele quer ou não fazer o que ele te manda? Como é que conseguiste fazer isso? Como é que tu te sentes quando consegues vencê-lo?
4. Em que outras alturas é que tu conseguiste não fazer o que o problema queria?
5. Se eu tivesse passado pelo o que passaste talvez não fosse capaz de conseguir contar, enfrentar este problema... o que é que te deu forças para resistires a este problema? O que/quem te ajudou a vencer o problema? A tornar o problema mais pequenino? De que maneira é que te ajudam a vencer o problema?
6. Que pensamentos é que te ajudaram, que conselhos deste a ti próprio?
7. Houve momentos em que quiseste desistir? Como é que conseguiste não fazer?
8. O que é que o facto de teres sido capaz de contar diz sobre ti?
9. O que é que diz sobre o que queres para a tua vida?
10. Que tipo de pessoa é capaz de fazer o que tu fizeste?

11. O que é que há em ti que te levou a seres capaz de fazer isto?
12. O que é que diz sobre o teu futuro?
13. O que é que aprendeste com isto?
14. O que é que diz da tua capacidade para enfrentares o problema?
15. O que é que seres capaz de fazer isto te ensinou sobre ti
16. Se déssemos um nome a esta tua nova maneira de ser, como é que lhe chamávamos?  
Agora, sabes que tens estas qualidades, o que é que isso vai mudar? Na tua relação com os outros? Na tua relação contigo?
17. Quais são as coisas boas na tua vida que o abuso não conseguiu roubar?
18. Quais são as tuas melhores qualidades? Como é que te ajudam/podem ajudar?
19. Quem é que acreditava que tu irias vencer e ultrapassar este problema?
20. Se um amigo teu tivesse o mesmo problema, como é que tu poderias ajudá-lo a vencê-lo?
21. O que tu gostarias que acontecesse ao problema?
22. Vou-te pedir para imaginares que estás a entrar numa máquina em que podes viajar através do tempo e, então estar no futuro. Procura explicar como é então a tua vida, em que aspectos é diferente do que é agora.
23. Houve outros momentos da tua vida em que tenhas sido tão corajoso como foste ao contar?
24. Isto faz-te lembrar de algum outro episódio na tua vida?
25. Em que momento da tua vida é que deste conta que tinhas esta qualidade?



## MENSAGEM

Temos de nos apoiar nas coisas boas, e pensar no que vai **mudar na nossa vida**,

Os verdadeiros amigos não vão deixar de o ser por causa do que aconteceu.

Dizia-lhe para se distrair, dar umas voltas de bicicleta e dar uns toques na

bola. Para ter **coragem**, para não desistir porque os pais iam ficar orgu-

lhosos dele. Façam coisas novas e tentem fazer coisas que não conseguem

mas gostavam de conseguir. Para mim, o **apoio** de quem gostamos é muito

importante e foi o que me fez seguir em frente. O segredo é a cora-

gem, e a **vontade** de ganhar. Ter **força e fé** para continuar a

vida. E não tenham medo de contar, como eu tive. Não

vale a pena viver no silêncio. Descobri qualidades

que não sabia que tinha, aprendi a não ter

medo de ninguém e de nada, passei por

momentos de medo muitos sentimen-

tos maus, uma má experiência,

medo, raiva, vergonha e

principalmente culpa

muita confusão

impotência

(Crianças e jovens protagonistas na presente história)