

ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA 13 (1): 35-42, 2010

SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EM MENINAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL ABRIGADAS E NÃO-ABRIGADAS¹

LUÍSA FERNANDA HABIGZANG*, RAFAELA CASSOL DA CUNHA**
SÍLVIA HELENA KOLLER***
CEP-RUA/UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - BRASIL

Recibido, octubre 5 /2009

Concepto evaluación, mayo 1/2010

Aceptado, mayo 25/2010

Resumo

A identificação de uma situação de abuso sexual contra uma criança ou adolescente requer medidas de proteção que garantam a segurança da vítima. O abrigo constitui-se como um recurso protetivo para crianças ou adolescentes que não possuem algum familiar capaz de garantir seus cuidados e segurança. O presente estudo teve como objetivo verificar a presença de sintomas psicológicos em meninas vítimas de abuso sexual, abrigadas e não-abrigadas, como: depressão, ansiedade, stress, transtorno do estresse pós-traumático, e crenças relacionadas ao abuso sexual. As participantes foram 40 meninas com idade entre nove e 16 anos. Os resultados apontaram que não houve diferença significativa entre os grupos em relação aos sintomas investigados. Embora estudos apontem o abrigo como um evento potencializador de sintomas psicopatológicos, os resultados demonstram que em situações extremas de violência, tais como o abuso sexual, o abrigo pode representar uma estratégia não necessariamente negativa para o agravamento de sintomas.

Palavras-chave: Abuso sexual; institucionalização; sintomas psicopatológicos.

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN NIÑAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL ACOGIDAS Y NO ACOGIDAS POR INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN

Resumen

La identificación de una situación de abuso sexual contra un niño, niña o adolescente requiere medidas de protección que garanticen la integridad física y psicológica de la víctima. Llevar a un niño, niña o adolescente a una institución es una medida de protección para quienes no tienen un familiar capaz de garantizar su cuidado. El presente estudio tuvo como finalidad identificar la presencia de síntomas psicopatológicos en niñas víctimas de abuso sexual, que eran acogidas y no acogidas por instituciones de protección, tales como: depresión, ansiedad, estrés, trastorno de estrés postraumático y creencias relacionadas con el abuso sexual. Las participantes fueron 40 niñas con edades entre nueve y 16 años. Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas entre los grupos de niñas acogidas y no acogidas por instituciones de protección, en relación con los síntomas investigados. Aunque hay estudios que señalan que en las instituciones se pueden intensificar los síntomas psicopatológicos, estos resultados demuestran que en situaciones extremas de violencia, como el abuso sexual, pueden representar una medida de protección que no empeora los síntomas.

Palabras-clave: Abuso sexual, institución de protección, síntomas psicopatológicos

* Psicóloga, Doutora em Psicologia pela UFRGS, Coordenadora do CEP-RUA/NH. Instituto de Psicologia – UFRGS – CEP-RUA. Rua Ramiro Barcelos, nº 2600, sala 104, Porto Alegre/RS - Brasil. Cep: 90035-003. Fone: (51) 33165150. luisa.h@terra.com.br

** Graduanda de Psicologia da UNISINOS, bolsista de iniciação científica do CNPq, membro do CEP-RUA/NH

*** Doutora em Educação (PUCRS) e docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFRGS), Coordenadora do CEP-RUA

¹ Financiado pelo Edital nº 007/2005 do CNPq

PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS OF SHELTERED AND NON-SHELTERED SEXUALLY ABUSED GIRLS

Abstract

The identification of a sexual abuse episode against a child or adolescent requires protective measures to ensure the safety of the victim and to avoid possible re-victimizations. Among the existing protective measures, the shelter is a resource for those children or adolescents who do not have any family member capable to ensure their care and safety. This study aimed to verify the presence of psychopathological symptoms in non-sheltered and sheltered girls who are victims of sexual abuse. The symptoms examined were: depression, anxiety, stress, post-traumatic stress disorder, and beliefs related to sexual abuse. The participants were 40 girls aged between nine and 16 years. Results showed that there was no significant difference between groups with respect to the symptoms assessed. Although some studies suggested that the shelter is a context that enhances psychopathological symptoms, the results of this research showed that in situations of extreme violence such as sexual abuse, the shelter might be a strategy which is not necessarily negative and does not contribute to the worsening of symptoms.

Key words: Sexual abuse; shelter; psychopathological symptoms

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo apresentar os resultados da avaliação psicológica para meninas abrigadas e não-abrigadas em decorrência de situações de abuso sexual. Visa, ainda, a analisar possíveis diferenças entre os grupos em relação aos sintomas de depressão, ansiedade, stress, transtorno do estresse pós-traumático, bem como crenças relacionadas ao abuso.

Crianças e adolescentes que são abusadas sexualmente podem desenvolver transtornos de humor, ansiedade, alimentares, transtorno do estresse pós-traumático, enurese, encoprese, transtornos dissociativos, hiperatividade e déficit de atenção (Duarte & Arboleda, 2004; Habigzang & Caminha, 2004). As conseqüências mais freqüentes são: distúrbios do sono, medo, culpa, depressão, baixa auto-estima, conduta sexual anormal (masturbação compulsiva, exibicionismo), agressividade, angústia, ansiedade, sentimentos de estigmatização, dificuldades escolares, fugas do lar e delinqüência (Ferrari & Vecina, 2002).

A identificação de uma situação de abuso sexual contra uma criança ou adolescente requer medidas de proteção que garantam a segurança da vítima e evite possíveis revitimizações. Dentre as medidas de proteção existentes, o abrigo constitui-se como um recurso protetivo para aquelas crianças ou adolescentes que não possuem algum familiar capaz de garantir seus cuidados e segurança. Os efeitos dessa medida de proteção têm sido alvo de discussões e estudos sobre as conseqüências da experiência de abrigo para o desenvolvimento das vítimas. Alguns estudos apontam que o afastamento da criança do convívio familiar é negativo, podendo potencializar sintomas de depressão e ansiedade. Por outro lado, o abrigo pode constituir uma fonte de apoio para crianças e adolescentes, em vista das relações e vínculos familiares, ainda existentes, serem muito frágeis e não

oferecerem a segurança e proteção necessária (Siqueira, Betts, & Dell'Aglio, 2006).

A manifestação de sintomas depressivos, bem como a freqüência e o impacto de eventos estressores em crianças e adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados, foram investigados em um estudo com 257 jovens, meninos e meninas, com idades entre sete e 16 anos (Wathier & Dell'Aglio, 2007). Do total, 130 residiam em instituições e 127 residiam com suas famílias na região metropolitana de Porto Alegre. Os instrumentos utilizados na pesquisa foram o Children's Depression Inventory - CDI (Kovacs, 1992) e o Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência - IEEIA (Kristensen et al., 2004). Análises foram realizadas considerando as variáveis grupo, sexo e faixa etária (crianças de sete a 11 anos e adolescentes de 12 a 16 anos). As meninas institucionalizadas apresentaram escores mais altos do que as meninas que moravam com as famílias. As médias no escore de depressão das crianças e adolescentes institucionalizados ($m=13,26$ e $dp=8,53$) foram maiores do que as do outro grupo ($m=9,52$ e $dp=7,01$). O ponto de corte utilizado do CDI foi 19 pontos. Foi observado em 25 casos da amostra total um possível diagnóstico de depressão. Seis participantes do grupo da família apresentaram escore maior ou igual a 24 pontos, enquanto 19 participantes do grupo institucionalizado apresentaram este escore. Um teste qui-quadrado ($\chi^2 = 6,07$; $gl = 1$; $p = 0,014$) revelou uma associação entre depressão e o grupo da instituição. Com relação aos dados do IEEIA foram realizadas análises dos escores totais de freqüência e impacto da amostra, assim como as diferenças por grupo, sexo e faixa etária. Foram encontradas diferenças significativas referentes à freqüência dos eventos, entre os grupos. Os jovens abrigados apresentaram um número maior de eventos estressores ($m=26,77$ e $dp=8,39$) do que os que moravam com a família ($m=19,06$ e $dp=9,36$). As meninas abrigadas apre-

sentaram maior número de eventos estressores ($m=26,89$ e $dp=7,90$) do que as não abrigadas ($m=19,21$ e $dp=9,30$), o que também se repete em relação aos meninos. Os adolescentes apresentaram média maior em relação às crianças, tanto no contexto dos abrigos como dentro das famílias (Wathier & Dell'Aglio, 2007).

Alguns aspectos do desenvolvimento em crianças e adolescentes que viviam em instituições e que viviam com a família foram investigados e comparados e não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. O único aspecto que diferiu foram os índices de depressão, mais altos no grupo das meninas abrigadas (Dell'Aglio, 2000). Porém, o resultado deste estudo não pode ser interpretado como se houvesse uma relação direta entre institucionalização e depressão, pois na maioria dos casos de institucionalização, o motivo dos abrigamentos ocorreu por eventos traumáticos na família, podendo ser estes eventos os principais fatores de risco para depressão. Além disso, para muitos dos participantes, o abrigamento foi percebido como um evento positivo em suas vidas (Dell'Aglio, 2000).

A percepção de adolescentes institucionalizados quanto à sua rede de apoio social e afetiva foi investigada em um estudo realizado por Siqueira, Betts, e Dell'Aglio (2006). Participaram 35 adolescentes, com idade entre 11 e 16 anos, de ambos os sexos. Os instrumentos utilizados foram: uma entrevista semi-estruturada, que buscou coletar dados sócio-demográficos, constituição familiar, tempo de institucionalização e motivo da entrada no abrigo; e o Mapa dos Cinco Campos (Samuelsson et al., 1996, adaptado por Hoppe, 1998), o qual busca avaliar a estrutura das redes que cercam a criança e o adolescente, bem como a qualidade dos vínculos, que foram levantados através do número de contatos satisfatórios, insatisfatórios, conflitos e rompimentos. Dentre os resultados do estudo, destacam-se: foram observados menos contatos satisfatórios e mais rompimentos no campo Família do que no campo Abrigo. O apoio emocional e afetivo surgiu com a mesma força nos dois campos, o que sugere que a institucionalização está fazendo mais por esses adolescentes do que somente dando respaldo material aos mesmos, proporcionando também, segurança e confiança e atuando como um fator de proteção. Em relação à fonte de apoio percebida, os adultos membros da família foram tão citados quanto os monitores, técnicos e funcionários dos abrigos, bem como os adultos foram considerados como principal fonte de apoio. O contexto dos abrigos demonstrou ser um elemento essencial nas redes de apoio para os adolescentes investigados no estudo, se constituindo como uma potencial fonte de apoio instrumental, emocional e afetivo (Siqueira, Betts, & Dell'Aglio, 2006).

Por outro lado, o estudo realizado por Prada, Williams, e Weber (2007), analisou as rotinas de funcionamento de abrigos das cidades de Curitiba e Santos, tanto sob a visão dos dirigentes dos abrigos quanto das crianças abrigadas. Participaram do estudo trinta crianças, sendo que dezoito residiam em instituições do tipo casa lar e as outras doze em abrigos tradicionais. Participaram também um total de dezoito dirigentes de abrigos. Os resultados deste estudo demonstraram existir importantes diferenças entre os dois sistemas analisados, casa lar e abrigo, em relação à disciplina, às atividades fora da instituição e à individualidade da criança. As práticas disciplinares adotadas pelas instituições, exercidas através de controle coercitivo, como castigos e retirada de atividades prazerosas foram destacadas pelas crianças nos dois tipos de sistema. Porém, a prática constante da punição física foi verificada no abrigo tradicional. Em relação à individualidade da criança, foi constatado que no abrigo, as crianças já não tinham mais seus pertences particulares, ou por terem sido roubados por outras crianças, ou por terem sido confiscados pela instituição, bem como as crianças também não tinham armários ou roupas individuais. O que não ocorre na casa lar, onde cada criança tem seu armário e suas próprias roupas.

A literatura não é unânime no que diz respeito ao impacto da institucionalização de crianças e adolescentes e o desencadeamento ou potencialização de sintomas psicológicos. Além disso, os estudos anteriormente citados não compararam resultados entre crianças abrigadas ou não em decorrência de abuso sexual. O presente artigo visa a contribuir com esta discussão, comparando os resultados da avaliação psicológica realizada com meninas vítimas de abuso sexual que residiam em abrigos com outro grupo de meninas que permaneceram residindo com suas famílias.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 40 meninas com idade entre nove e 16 anos. Das participantes, 14 residiam em abrigos e 26 moravam com suas famílias. O tempo de abrigamento das participantes foi entre duas semanas e dois anos quando os instrumentos foram aplicados. A média de idade atual das participantes foi de 11,28 anos ($dp = 1,89$) e a média de idade em que iniciou o abuso, ou seja, em que ocorreu o primeiro episódio abusivo foi de 8,97 anos ($dp = 2,12$).

Instrumentos

Entrevista semi-estruturada inicial baseada na entrevista publicada pelo *The Metropolitan Toronto Special*

Committee on Child Abuse (1995), traduzida para o português e adaptada por Kristensen (1996). Esta entrevista tem como principal objetivo obter o relato da participante com relação ao abuso sexual, bem como mapear a frequência e a dinâmica dos episódios abusivos. Durante a entrevista foram coletados alguns dados biosociodemográficos.

Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS): foi desenvolvido para mensurar questões específicas do abuso em crianças sexualmente abusadas (Mannarino, Cohen, & Berman, 1994). O instrumento é uma entrevista estruturada constituída por 18 itens, sendo que a criança responde cada item através de cinco respostas [escala *Likert*, que varia entre nunca (0) e sempre (4)]. Quatro aspectos são avaliados em quatro subescalas: sentimentos de diferença com relação aos pares; confiança nas pessoas; auto-atribuição dos eventos negativos (auto-culpabilização pelo abuso); e, percepção de credibilidade dos outros em si. Escores mais altos refletem maior sentimento de diferença com relação aos pares, maior auto-atribuição por eventos negativos, menor percepção de credibilidade e de confiança interpessoal, respectivamente. Os itens da entrevista foram traduzidos para o português por um pesquisador bilíngüe e depois traduzidos de volta para o inglês por outro. As versões foram comparadas, ajustadas e aplicadas em cinco meninas com idade entre 10 e 13 anos para verificar a compreensão do instrumento (Habigzang, 2006).

Inventário de Depressão Infantil (CDI): foi elaborado por Kovacs (1992), adaptado do *Beck Depression Inventory* para adultos. O objetivo do CDI é detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo. Destina-se a identificar alterações afetivas em crianças e adolescentes dos sete aos 17 anos de idade. Este inventário é composto por 27 itens, cada um com três opções de resposta. A criança/adolescente deve escolher a opção que melhor descreve o seu estado nos últimos tempos. As opções são pontuadas de 0 a 2 e o teste pode ser aplicado individualmente ou coletivamente.

Escala de Estresse Infantil (ESI): A escala é composta por 35 itens relacionados às seguintes reações do estresse: físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológica, em crianças entre seis e 14 anos. A resposta ao item é feita por meio de uma escala *Likert* de cinco pontos, na qual a criança pinta um círculo dividido em quatro partes, conforme a frequência com que os participantes experimentam os sintomas apontados pelos itens (Lipp & Lucarelli, 1998).

Inventário de Ansiedade Traço-Estado para crianças (IDATE-C): O inventário é constituído de duas escalas

do tipo auto-avaliação, que visam a medir dois conceitos distintos de ansiedade: traço e estado (foi elaborado por Spielberger em 1970, e adaptado para uso no Brasil por Biaggio & Spielberger, em 1983). A escala de ansiedade-estado indica como a criança se sente em um determinado momento do tempo, medindo estados transitórios de sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos de apreensão, tensão e preocupação, que variam em intensidade, enquanto a escala de ansiedade-traço avalia como a criança geralmente se sente, medindo diferenças individuais relativamente estáveis em susceptibilidade à ansiedade. Cada escala é composta por 20 itens e cada item é constituído por três afirmações que representam diferentes intensidades do sintoma.

Entrevista estruturada com base no DSM IV/SCID para avaliação de transtorno do estresse pós-traumático: Os critérios diagnósticos estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM IV-R, 2002) são utilizados como base para identificação da presença dos sintomas que compõem o transtorno (re-experienciação do evento traumático; esquiva de estímulos associados com o trauma; e, sintomas de excitabilidade aumentada). A tradução para o português desta entrevista foi desenvolvida por Del Ben et al (2001).

Procedimento

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS. Em seguida foram realizados contatos com as instituições que compõem a rede de atendimento para a solicitação de encaminhamentos. As meninas encaminhadas foram convidadas para uma entrevista inicial, na qual foram consultadas quanto à participação na pesquisa, sendo incluídas na amostra mediante o seu consentimento livre e esclarecido. Além das meninas, algum adulto responsável pelos seus cuidados, também foi consultado sobre a participação destas no estudo e assinou o termo.

As participantes da pesquisa foram avaliadas clinicamente em entrevistas individuais por uma equipe previamente treinada formada por graduandos em psicologia e psicólogos. A avaliação foi composta por três encontros com duração de uma hora e frequência semanal. A ordem de aplicação dos instrumentos foi alterada aleatoriamente no segundo e terceiro encontro para evitar o efeito de ordem nos resultados. Foram aplicados os seguintes instrumentos: 1º encontro - Entrevista semi-estruturada inicial. Esta foi gravada e transcrita; 2º encontro - Inventários de depressão (CDI), ansiedade (IDATE-C) e entrevista semi-estruturada (CAPS); 3º encontro - Entrevista estruturada com base no DSM-IV para avaliação do transtorno do estresse pós-traumático e a escala de estresse infantil (ESI).

Após a avaliação psicológica individual, todas as participantes receberam atendimento psicológico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas análises da entrevista individual inicial para o mapeamento de dados biodemográficos e compreensão da história do abuso sexual e dinâmica da

violência em cada caso. A Tabela 1 apresenta informações sobre o abuso sexual no grupo de meninas abrigadas e não abrigadas.

O abuso intrafamiliar foi o mais relatado, tanto no grupo de meninas abrigadas como no grupo das não-abrigadas. Em relação ao número de episódios abusivos, encontrou-se nos dois grupos a prevalência de múltiplos episódios. Verifica-se que em ambos os grupos houve abusos

Tabela 1
Informações sobre o abuso sexual

Sobre o abuso sexual	Abrigadas (n=14) f (%)	Não abrigadas (n=26) f (%)
Tipo de abuso		
Intrafamiliar	10 (71,4)	20 (76,9)
Extrafamiliar	1 (7,1)	5 (19,2)
Intra e extrafamiliar	3 (21,4)	1 (3,8)
Número de episódios		
Único	1 (7,1)	6 (23,1)
Múltiplos	13 (92,9)	20 (76,9)
Forma do abuso		
Sem contato físico	0	2 (7,7)
Contato físico sem estupro	8 (57,1)	18 (69,2)
Estupro	6 (42,9)	6 (23,1)
Duração do abuso		
Único	2 (14,3)	6 (23,1)
Menos de um ano	7 (50)	10 (38,5)
Mais de um ano	5 (35,7)	10 (38,5)
Outras formas de violência		
Física	1 (7,1)	1 (3,8)
Psicológica	2 (14,3)	10 (38,5)
Física e psicológica	11 (78,6)	12 (46,2)
Sem outra forma de violência	0	3 (11,5)

Tabela 2
Instrumentos abrigadas versus não-abrigadas

Instrumento	Abrigadas	Não-abrigadas	p
CDI	13,71 (6,74)	17,88 (10,13)	0,18
ESI	47,71 (10,22)	50,35 (19,33)	0,58
ESI – Reações físicas	9,50 (2,93)	9,46 (5,80)	0,98
ESI – Reações psicológicas	17,50 (4,83)	16,81 (6,75)	0,74
ESI – Reações psic. comp. dep.	9,36 (4,30)	11,81 (7,09)	0,18
ESI – Reações psicofisiológicas	12,29 (3,75)	11,81 (4,85)	0,75
IDATE - Estado	34,79 (7,03)	34,69 (7,17)	0,97
IDATE - Traço	42,64 (5,11)	39,46 (7,41)	0,16
CAPS – Diferenças com pares	9,14 (2,98)	9,27 (3,71)	0,91
CAPS – Sentimento culpa	9,07 (2,67)	8,92 (3,25)	0,88
CAPS – Credibilidade	12,14 (3,63)	13,00 (3,76)	0,49
CAPS - Confiança	13,71 (4,84)	13,77 (3,86)	0,97
TEPT - Revivência	2,93 (1,38)	3,08 (1,16)	0,72
TEPT - Evitação	3,50 (1,09)	3,50 (1,79)	1,00
TEPT - Hipervigilância	3,64 (1,15)	3,35 (1,32)	0,48

Nota: a Média (DP)

sexuais chegando a estupro. Contudo, a maioria dos casos o abuso ocorreu através de situações envolvendo carícias, manipulação de genitais e sexo oral. Também foi investigada a duração do abuso, sendo que os casos em que a violência durou mais de um ano tiveram praticamente a mesma incidência nos dois grupos. Por último, foram constatadas outras formas de violência sofridas pelas participantes juntamente com o abuso sexual, sendo que nos dois grupos foram identificadas situações de violência física e psicológica.

A comparação dos resultados das avaliações entre o grupo de meninas abrigadas e não abrigadas foi realizada através do *Teste t* para amostras pareadas. Os sintomas de depressão, estresse, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático foram avaliados, bem como crenças distorcidas das participantes em relação à violência sofrida. Os resultados encontram-se na Tabela 2.

As médias na pontuação do CDI não apresentaram diferença significativa, assim como os sintomas de estresse avaliados nas subcategorias: reações físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas. No instrumento utilizado para sintomas de ansiedade, tanto na avaliação da ansiedade como traço como na avaliação de um estado ansioso, foram encontradas praticamente as mesmas médias nos dois grupos. No instrumento que avalia as crenças das participantes em relação à violência sofrida, nas questões que dizem respeito à diferença entre os pares, sentimento de culpa, credibilidade e confiança, não houve diferenças significativas entre os grupos. Em relação aos sintomas de TEPT, revivência, evitação e hipervigilância, também não foram encontradas diferenças significativas nas médias dos escores entre os grupos. Dessa forma, não foram encontradas diferenças significativas entre as participantes abrigadas e não-abrigadas em nenhum dos escores dos instrumentos utilizados.

A comparação quanto ao diagnóstico entre os grupos também foi realizada através do *Teste Qui-quadrado*. A

verificação da normalidade da amostra foi feita com o *Teste de Kolmogorov-Smirnov*. Os resultados encontram-se na Tabela 3. Considerando o ponto de corte de 19 pontos no CDI e os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-IV-TR (2002) para TEPT, não se identificou diferenças significativas entre os grupos com relação à presença de diagnóstico de depressão e TEPT.

Os resultados deste estudo apontam que em situações de abuso sexual contra crianças e adolescentes, o abrigo não representa necessariamente um fator de risco para o desencadeamento ou potencialização de sintomas psicológicos. O abrigo pode representar um fator de proteção temporário para a segurança da vítima, em situações nas quais a família não tem condições garantir o afastamento do agressor e evitar revitimizações. O abrigo, além de representar um papel protetivo, pode suprir um apoio emocional em casos extremos de violência. Dessa forma, a qualificação dos profissionais que atuam com as crianças e adolescentes nestas instituições é fundamental.

No cenário anterior à promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), as instituições do tipo abrigo eram predominantemente despersonalizantes para as crianças, apresentavam uma série de fatores de riscos, como a falta de relações de afeto, eram ambientes massificantes, onde uma criança não se diferenciava das outras. Com a promulgação do ECA (1990), ocorrerão algumas modificações importantes nestas instituições, como a redução do tamanho do local e do número de crianças abrigadas, um número maior de cuidadores por criança, bem como os espaços passaram a respeitar mais individualidade de cada criança abrigada. Porém, existem exceções encontradas ainda hoje de instituições que não aderiram a essas modificações (Prada, Williams, & Weber, 2007).

A retirada da criança da família é, sem dúvida, uma intervenção radical; uma interdição que, como tal, pode se caracterizar como medida de tratamento da família e

Tabela 3
Diagnóstico abrigadas versus não-abrigadas – Pré-teste

Diagnóstico	Abrigadas ^a	Não-abrigadas	p
CDI			
Deprimida	35,7 (5)	34,6 (9)	0,94
Não deprimida	64,3 (9)	65,4 (17)	
TEPT ^b			
Sim	85,7 (12)	65,4 (17)	0,17
Não	14,3 (2)	34,6 (9)	

Nota: ^a % (n), ^b Diagnóstico estabelecido segundo critérios do DSM-IV-R

como medida protetiva que pode ser considerada para determinadas crianças ou adolescentes já como terapêuticas, ou seja, reparadoras. A criança ou adolescente encaminhado para um abrigo necessita de acompanhamento profissional para não compreender esta decisão como uma forma de punição, que reforça a crença de que é responsável pelo abuso. O abrigo pode ser um lugar privilegiado para casos extremos, garantindo cuidados essenciais e rotinas definidas que viabilize o desenvolvimento saudável de crianças e de adolescentes (Fromer, 2002). Contudo, o abrigamento deve ter um caráter temporário e a família deve receber acompanhamento para que possa desenvolver estratégias protetivas e suporte emocional necessários para o retorno da criança para casa. No entanto, o abrigamento deve ser o último recurso, quando de fato nenhum familiar possa garantir os cuidados e proteção necessários para o desenvolvimento das crianças. O procedimento menos traumático para a criança ainda é o afastamento do agressor de seu convívio. Os órgãos de proteção deveriam garantir a criança o convívio familiar como previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) e criar estratégias protetivas para acompanhar a criança e seus cuidadores não-abusivos para que o afastamento do agressor seja garantido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontaram que não houve diferença significativa entre os grupos de meninas abrigadas e não abrigadas, vítimas de abuso sexual com relação aos sintomas de depressão, ansiedade, estresse, transtorno do estresse pós-traumático e crenças em relação ao abuso. O abrigamento pode ser considerado um fator de proteção para evitar a revitimização sexual, bem como propiciar um espaço seguro para o desenvolvimento de crianças em situação de risco grave, tal como o abuso sexual, e não necessariamente como um fator potencializador de problemas psicológicos. Como limitação deste estudo, seria importante que se correlacionasse o tempo de abrigamento das meninas e os resultados nos instrumentos de avaliação psicológica, pois houve uma variação significativa nos casos analisados (duas semanas a dois anos de abrigamento) e esta variável pode ter influenciado nos resultados.

O abrigamento pode representar uma importante medida de proteção provisória para o desenvolvimento de crianças e adolescentes que se encontram em situações de risco grave, oferecendo um ambiente de qualidade tanto em relação aos cuidados destinados à criança, como também à qualidade das relações dessas crianças com os cuidadores responsáveis nos abrigos. Contudo, é necessá-

rio considerar o caráter provisório de tal medida e a rede de atendimento deve investir na reinserção da criança no contexto familiar e acompanhamento deste processo. Os profissionais devem avaliar se esta reinserção não representa riscos de revitimizações, uma vez que existem famílias que de fato não oferecem recursos afetivos e protetivos mínimos necessários para o desenvolvimento e qualidade de vida de suas crianças e adolescentes. Verifica-se a importância de investir na qualificação dos profissionais, educadores e administradores dos abrigos para que estes possam desempenhar o papel de proteção social que as crianças necessitam, tanto em termos de espaço físico, quanto de rotinas. Além disso, a capacitação deve incluir práticas educativas e recursos de apoio emocional adequados para o desenvolvimento cognitivo, afetivo, físico e social de crianças e adolescentes que foram retirados de suas famílias em decorrência de violência ou abandono.

REFERÊNCIAS

- Biaggio A., & Spielberger C. D. (1983). Inventário de ansiedade traço-estado-IDATE-C: Manual para a forma experimental infantil em português. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada.
- Dell'Aglio, D. D. (2000). O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes. Tese de Doutorado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Del Ben, C. M., Vilela, J. A., Crippa, J. A., Hallak, J. E., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da entrevista estruturada para o DSM-IV - versão clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156-159.
- Duarte, J. C., & Arboleda, M. R. C. (2004). Sintomatologia, avaliação e tratamento do abuso sexual infantil. In V. Cabello (Ed.), *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: Transtornos Gerais* (pp.293-321). São Paulo: Santos.
- Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Diário Oficial da União. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Brasília, DF.
- Ferrari, C. A., & Vecina, C. C. (2002). O fim do silêncio na violência familiar: Teoria e prática. São Paulo: Agora.
- Fromer, L. (2002). O abrigo: Uma interface no atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência intrafamiliar. In D. C. A. Ferrari & T. C. C. Vecina (Eds.), *O fim do silêncio na violência familiar* (pp. 311-315). São Paulo: Ágora.
- Habigzang, L. F., & Caminha, R. M. (2004). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Habigzang, L. F. (2006). *Avaliação e intervenção clínica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS.

- Hoppe, M. (1998). Redes de apoio social e afetivo de crianças em situação de risco. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kristensen, C. H. (1996). Abuso sexual em meninos. Dissertação de Mestrado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS.
- Kristensen, C. H., Leon, J. S., D'Incao, D. B., & Dell'Aglio, D. D. (2004). Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação*, 8(1), 45-50.
- Lipp, M. E., & Lucarelli, M. D. M. (1998). Escala de stress infantil – ESI: Manual. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The children's attributions and perceptions scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(2), 204-211.
- Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*, 4ª ed. revisada. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Prada, C. G., Williams, L. C. A., & Weber, L. N. D. (2007). Abrigos para crianças vítimas de violência doméstica: Funcionamento relatado pelas crianças e pelos dirigentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9(2), 14-25.
- Samuelsson, M., Thernlund, G., & Ringström, J. (1996). Using the five map to describe the social network of children: A methodological study. *International Journal of Behavioral Development*, 19, 327-345.
- Siqueira, A. C., Betts, M. K., & Dell'Aglio, D. D. (2006). A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no Sul do Brasil. *Interamerican Journal of Psychology*, 40, 149-158.
- The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse (1995). *Child sexual abuse protocol*. (3rd. ed.). Toronto: Author.
- Wathier, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2007). Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 305-314.