



Aletheia

ISSN: 1413-0394

mscarlotto@ulbra.br

Universidade Luterana do Brasil  
Brasil

Gil da Silva, Doralúcia; Lages Gava, Lara; Dalbosco Dell'Aglio, Débora  
Sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual: uma visão a partir da  
psicologia positiva

Aletheia, núm. 40, enero-abril, 2013, pp. 58-73

Universidade Luterana do Brasil  
Canoas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115028988006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual: uma visão a partir da psicologia positiva

Doralúcia Gil da Silva

Lara Lages Gava

Débora Dalbosco Dell'Aglio

**Resumo:** Este estudo teve por objetivo discutir a ausência de sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual infantil, enfatizando o enfrentamento positivo deste tipo de violência. Para tanto, foram analisados 927 laudos do Departamento Médico-Legal do Rio Grande do Sul resultantes de perícias psiquiátricas e psicológicas. Observou-se a presença de sintomas e quadros psicopatológicos tanto nos laudos que apontavam evidências de ocorrência de abuso sexual como nos documentos sem evidências; assim como casos que apontavam a probabilidade de abuso, mas não apresentavam sintomatologia, indicando não haver uma relação direta entre estas variáveis. Aponta-se a necessidade de, na avaliação dos casos, considerar os recursos pessoais das vítimas, as estratégias de *coping* adaptativas, os fatores de proteção e os processos resilientes que contribuem para um desenvolvimento saudável.

**Palavras-chave:** abuso sexual; enfrentamento positivo; sintomatologia.

### Symptomatology and psychopathology in children and adolescents victims of alleged sexual abuse: from a positive's psychology perspective

**Abstract:** This study aims to investigate the absence of symptomatology and psychopathology in children and adolescent victims of alleged sexual abuse, emphasizing the positive coping from this type of violence. Our research involved analyzing 927 psychological and psychiatric reports from the Department of Legal Medicine of Rio Grande do Sul. We observed symptoms and psychopathology in reports with and without evidence of sexual abuse occurring. At the same time, we observed cases without symptoms and psychopathology in reports with evidence of sexual abuse occurring, indicating that there is no direct relationship between these variables. We recognized the need to consider, in the evaluation of cases, the victims' personal resources, coping strategies, protection factors and resilient processes that contribute for a healthy development.

**Keywords:** sexual abuse; positive coping; symptomatology.

### Introdução

Pesquisas realizadas em todo o mundo apontam que aproximadamente 7,4% das meninas e 3,3% dos meninos já sofreram algum tipo de abuso sexual (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Ao mesmo tempo, os números demonstram apenas estimativas a respeito do fenômeno, pois é difícil saber sua real ocorrência, visto que muitos casos são subnotificados ou ainda que muitas vítimas não revelam a situação abusiva. Para Batista (2009), apesar de iniciativas recentes para enfrentamento do problema, poucos são os casos denunciados oficialmente, o que dificulta o dimensionamento do problema e a criação de políticas adequadas. As instituições de saúde são espaços privilegiados para a detecção precoce e a notificação dos casos, porém é essencial que, na medida em

que os profissionais de saúde consigam identificar a ocorrência da violência sintam-se seguros para notificar.

Segundo o Ministério da Saúde (2011), o abuso sexual é o segundo tipo de violência mais característico em crianças com até nove anos no Brasil. Em 2011, foram registrados 146.255 casos de violência doméstica, sexual e física no país. A violência sexual representou 10,5% das notificações, na faixa de idade entre 10 e 14 anos. Entre 15 e 19 anos, esse tipo de agressão teve 5,2% de casos. Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), as estimativas variam muito em função das definições utilizadas e da forma de coletar os dados, mas tem sido observadas taxas entre 1 e 19% de prevalência em diversos países.

O abuso sexual infantil pode ser definido como qualquer interação de cunho sexual entre uma criança ou adolescente e alguém em estágio sexual de desenvolvimento mais adiantado, para o qual o jovem não está preparado (WHO, 2006). Incluem atos, tentativas, comentários ou insinuações não desejados por parte da vítima. As interações são impostas à criança através de força física, ameaça, coerção ou indução de sua vontade e podem variar desde atos em que não há o contato físico ou sexual, tais como os casos de voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos, até atos que incluem o contato sexual com ou sem penetração (WHO, 1999, 2006).

A violência sexual contra crianças e adolescentes pode ser diferenciada em duas categorias, conforme o contexto de sua ocorrência: intrafamiliar e extrafamiliar, de acordo com revisão de Neves, Castro, Hayeck e Cury (2010). Enquanto os casos intrafamiliares referem-se aos que são perpetrados por alguém que mantenha laços significativos com a vítima, sejam consanguíneos ou afetivos, nos extrafamiliares o agressor é estranho ao núcleo familiar, ocorrendo fora do ambiente doméstico (Habigzang, Silva, & Koller, 2013). Embora crianças e adolescentes, tanto do sexo masculino quanto do feminino, sejam vítimas de violência sexual nesses dois contextos, sabe-se que meninas encontram-se entre as principais vítimas e que a violência ocorre, em sua maioria, no contexto familiar (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009).

O abuso sexual infantojuvenil, compreendido como um evento traumático e um fator de risco para o desenvolvimento das vítimas, tem sido considerado um grave problema de saúde pública (WHO, 2002). De fato, uma série de pesquisas já demonstrou que as vítimas de abuso sexual podem desenvolver desde alterações comportamentais, emocionais e cognitivas até quadros psicopatológicos (Chartier, Walker, & Naimark, 2010; Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen 2000).

Podem ser diversas as naturezas do impacto psicológico sofrido pelas vítimas de abuso sexual. Podem apresentar alterações em curto e/ou em longo prazo a partir de episódios abusivos. Há uma ampla variedade das consequências psíquicas, e por isso não é possível destacar um único quadro sintomatológico que caracterize as situações de abuso sexual. Por outro lado, há vítimas que não apresentam nenhuma consequência negativa decorrente do episódio abusivo (Saywitz *et al.*, 2000).

Tal ausência de consequências pode ser explicada pelo fato de que o impacto do abuso sexual é mediado por uma série de fatores intrínsecos à vítima, tais como o tipo de relação com o agressor, características pessoais e estratégias utilizadas. Também podem ser

mediadores fatores do contexto da vítima: tipo de pressão ou coerção para a perpetuação de segredo acerca da violência; recursos sociais, o apoio familiar e/ou profissional que recebeu antes e após a revelação; a punição que o perpetrador recebeu; dinâmica familiar, reação dos familiares frente à revelação do abuso, entre outros (Antunes, 2011; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003; Shapiro & Levendosky, 1999). A partir da interação dos fatores de risco e de proteção tanto individuais como sociais, pode-se intensificar ou amenizar o impacto das consequências psíquicas do abuso sexual, configurando um melhor ou pior ajustamento psicológico.

Além dos fatores intrínsecos e extrínsecos, o impacto do abuso sexual na criança ou adolescente vítimas depende ainda de outros fatores associados à própria violência, tais como a duração do abuso, o grau de violência ou ameaça, a idade de início do abuso, o grau de segredo, a diferença de idade entre abusador e vítima, grau de relacionamento entre a criança e o abusador, presença de penetração genital, entre outros (Nurcombe, 2000). Fatores anteriores e posteriores ao abuso também podem estar associados às consequências percebidas nas vítimas, tais como o funcionamento familiar anterior, o grau de suporte do cuidador não abusivo, o fato de ter ou não de prestar depoimento sobre o abuso (Nurcombe, 2000). Abuso cometido por diversos agressores também tem sido considerado um agravante para sofrimento psicológico. Nos casos de violência intrafamiliar, a relação incestuosa tem sido identificada como fator de risco, pois nessa relação é comum a utilização da relação de confiança entre a vítima e o agressor, a qual é favorecida pela dinâmica do segredo sobre o abuso (Habigzang, Ramos, & Koller, 2011).

Apesar da discussão existente acerca da complexidade do fenômeno, e dos diversos fatores que mediam a ocorrência de possíveis sintomas entre as vítimas, a ênfase dos estudos concentra-se sobre sinais, sintomas e quadros psicopatológicos apresentados ou relatados pelas crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Em geral, é considerada – ainda que implicitamente – a relação direta e causal entre a apresentação de sintomas e a ocorrência de uma situação abusiva, sendo a partir disso discutidas tais supostas consequências.

Apesar da tentativa em atribuir causalidade entre sinais e sintomas apresentados pelas vítimas e a situação abusiva, há pouca preocupação em discutir, junto a tais evidências, fatores que as influenciam ou moderam. Não têm sido averiguadas, a partir das tantas variáveis envolvidas na complexidade do fenômeno, as diferentes frequências, graus e tipologias com que as alterações comportamentais, emocionais e cognitivas aparecem e a forma como impactam na vida das vítimas.

É estimado que cerca de 50% das vítimas de abuso desenvolvem algum tipo de sintoma, sendo que a outra parcela pode apresentar efeitos mínimos ou mesmo não evidenciar alterações (Saywitz *et al.*, 2000). Além disso, segundo Sanderson (2005), não é possível considerar sintomas isolados como indicativos de abuso sexual, mas é preciso atentar para um conjunto de sinais aliados a uma repercussão negativa na adaptação e funcionamento da suposta vítima. Desse modo, salienta-se a necessidade de estudos que enfoquem a parcela das vítimas que não apresentam alterações após uma situação abusiva.

## *A resiliência e as estratégias de coping em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual*

Muitos estudos apontam que o abuso sexual infanto juvenil se caracteriza como uma experiência negativa e prejudicial às vítimas (Chartier, Walker, & Naimark, 2010; Nurcombe, 2000; Saywitz *et al.*, 2000). Entretanto, algumas pesquisas alegam que episódios abusivos, a princípio, não determinam e nem garantem que haverá prejuízo para a vítima, na medida em que entendem que o dano maior pode ser provocado devido à reação dos adultos familiares e/ou dos profissionais envolvidos diante da revelação da vítima (Sanderson, 2005).

Tal ideia está de acordo com os apontamentos da psicologia positiva, a qual propõe que a ênfase da psicologia passe a ser estudar aspectos intrapsíquicos e sociais que possibilitam um desenvolvimento saudável, apesar de situações estressantes que possam ocorrer na vida das pessoas. Além disso, tal movimento preocupa-se com o entendimento dos processos e fatores que proporcionam o desenvolvimento psicológico sadio, interessando saber quais elementos implicam o fortalecimento e a construção de competências nos indivíduos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2001).

Nesse sentido, pode-se compreender as formas de superação ou adaptação utilizada por vítimas de abuso sexual assintomáticas ou ainda que não apresentam quadros psicopatológicos, a partir das contribuições do campo de estudos da psicologia positiva. Considerando que, apesar da violência sexual ser um evento potencialmente estressante para as crianças e adolescentes vítimas, não se trata de algo que trará um efeito linear e determinante em suas vidas.

Sobretudo ao estarem presentes fatores de proteção, é grande a chance de que o jovem possa seguir o seu desenvolvimento de forma adaptada, com bem-estar físico e emocional (Barros, 2009). Quando ocorre esse enfrentamento positivo, identifica-se a presença de processos de resiliência. A resiliência é definida como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que acontece em determinado período, junto a certas combinações benéficas de atributos da criança, de sua família, do ambiente social e cultural (Rutter, 1999). Demonstra-se através de uma variação individual em resposta aos riscos e aos mesmos eventos estressores que podem ser experienciados de maneira diferente por diferentes pessoas, ocorrendo de maneira dinâmica e mediada por diversos fatores (Rutter, 1987).

Outro aspecto referente à resiliência entre as vítimas de abuso é a relação de apoio delas com um cuidador não abusador, sendo verificado que a sua presença correlaciona-se com a capacidade da criança de manter um funcionamento adaptativo apesar dos episódios abusivos ocorridos (Plummer, 2006; Rutter, 1987). É possível que a partir de tal funcionamento, a vítima ou a vítima em conjunto com o cuidador não abusador consigam reforçar a decisão de notificar sobre o abuso, por exemplo.

Também há indicadores de que a expressão de sentimentos positivos por parte da família contribui para uma melhor autoestima, o que ajuda a mediar os possíveis efeitos negativos do abuso para os jovens (Arboleda, Canton-Cortes, & Canton Duarte, 2011). Do mesmo modo, a busca de contato com familiares que demonstram apoio pode favorecer o processo de resiliência nas vítimas (Martins, 2011). O papel das mães não abusadoras tem sido destacado entre os estudos. O apoio delas tem servido para mediar

efeitos negativos da situação abusiva (Santos & Dell’Aglío, 2009). Plummer (2006) também observou que, frente à revelação do abuso, as mães que utilizaram sua rede de apoio, tal como o suporte de pessoas próximas, demonstraram mais ações de proteção em relação a suas crianças, o que pode promover ajustamento emocional a estas.

Além dos fatores dinâmicos associados ao abuso sexual e dos processos resilientes que podem ocorrer entre vítimas desse tipo de violência, as estratégias de *coping* utilizadas por elas também contribuem para um melhor ou pior ajustamento. *Coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas (Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998; Folkman & Lazarus, 1980).

Um estudo procurou investigar as estratégias de *coping* e o processo de resiliência entre vítimas de abuso sexual (Barros, 2009). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 crianças vítimas de abuso de ambos os sexos com idades entre oito e 12 anos, investigando as formas como costumavam resolver problemas, as percepções sobre seus futuros, autoimagens e os grupos de apoio (família, escola, amigos). Entre o grupo de crianças que utilizou um maior número de estratégias de *coping* e que desenvolveu mais atributos resilientes, houve o relato de uma autoimagem positiva, a qual ajudava na resolução de problemas e propiciava a sensação de boas perspectivas de futuro, especialmente quanto a atividades profissionais. Também foi constatado que os membros da família eram vistos pelo participante como pessoas significativas para a superação das situações adversas.

Crianças mais novas, devido à sensação emocional desagradável provocada por episódios abusivos, podem adotar estratégias que tendem a minimizar o seu sofrimento. Entre essas podem ser observadas as tentativas do tipo internalizantes (como culpar-se, deprimir-se) ou externalizantes (como gritar, ser agressivo, culpar outra pessoa) (Barros, 2009). Quando a vítima consegue desenvolver competências motoras e cognitivas, pode aumentar a qualidade e a quantidade de estratégias possíveis. É consensual que, entre os seis e nove anos, há um acréscimo no uso de estratégias de aspecto emocional. Já em crianças mais velhas, há evidências de que utilizam mais estratégias cognitivas em comparação com as mais novas devido a um aumento na habilidade de pensar de forma abstrata e de capacidade para resolução de problemas (Lima, Lemos, & Guerra, 2002).

Da mesma forma, experiências negativas advindas de situações de violência, tais como quadros depressivos, quadros de transtornos de estresse pós-traumático, quadros de ansiedade, podem ser mediadas por esforços de *coping* do tipo evitativos como os de ignorar o problema, chorar, bater, gritar (Dempsey, 2002), contribuindo para o enfrentamento positivo do estressor. Ao mesmo tempo, tais estratégias evitativas podem ter efeitos moderadores em relação aos sintomas relacionados à situação de abuso sexual. Isso significa que elas podem influenciar a relação entre o evento estressor e a adaptação posterior, dificultando-a. Por outro lado, o uso de estratégias ativas pode servir como mediador para as consequências, tendo efeitos positivos como a redução de manifestações comportamentais, aumento de confiança e autoestima, redução de ansiedade (Tremblay, Hébert, & Piché, 1999).

Um estudo investigou as estratégias de *coping* adotadas por 28 crianças que sofreram abuso sexual e 28 crianças que não o sofreram, buscando compreender quais são os tipos

de estratégias mais utilizadas para lidar com situações estressoras. Foi verificado que as crianças vítimas de abuso consideradas resilientes apresentaram autodescrição favoráveis, valorizaram a relação com a família e com o grupo de amigos, e apresentaram soluções para os problemas englobando os recursos disponíveis e a realidade (Barros, 2009). As vítimas, em comparação às não vítimas, utilizaram mais estratégias ativas e as do tipo distração cognitivo-comportamental, as quais se referem à distração e proteção cognitiva de fontes de perigo, no qual a pessoa manifesta desatenção, tentando se afastar ou evitar uma ameaça. Foi considerado que ambas as estratégias são eficazes no sentido de reduzir a ansiedade vivenciada pelas crianças em situações de estresse.

Barros (2009) também verificou que as vítimas podem desenvolver mecanismos de avaliação pessoal e ambiental, os quais possibilitam a identificação de uma situação crítica e a análise dos recursos disponíveis, bem como de alternativas para lidar com o problema. Ao fazer essa avaliação pessoal e ambiental em um contexto de um evento estressor, a vítima pode desenvolver novas maneiras para lidar com fatos dessa natureza. Nesse sentido, a autora acredita que as crianças participantes do estudo possuem aspectos sadios preservados, tais como características de personalidade e estratégias eficazes, os quais se ativam em momentos de tensão, promovendo adaptação.

Além das características pessoais da vítima, destaca-se ainda o papel da sua rede de apoio social para uma melhor ou pior adaptação frente a situações de abuso. Em alguns casos, a rede de apoio, especialmente o apoio familiar, pode incrementar a aquisição de estratégias adaptativas das crianças, tendo em vista que passar por um episódio abusivo contando com algum tipo de apoio (escola, familiar não abusivo, amigos, entre outros) pode ajudá-las a superar o evento estressor (Barros, 2009; Siqueira, Arpini, & Savegnago, 2011).

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi discutir a ausência de sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual infantojuvenil, enfatizando o enfrentamento positivo deste tipo de violência. Procurou-se observar a manifestação de sintomas e quadros psicopatológicos, em situações em que os laudos apontavam a probabilidade de ocorrência de abuso sexual e em situações sem evidências, discutindo-se os conceitos de resiliência e de preservação de aspectos de saúde mental.

### **Método**

Trata-se de um estudo documental em que foram analisados 927 laudos do Departamento Médico-Legal de Porto Alegre/RS, resultantes de perícias psiquiátricas e psicológicas realizadas entre os anos de 2009 e 2011, por um grupo composto de quatro peritos psicólogos e oito peritos psiquiatras. As conclusões dos laudos apontam em termos probabilísticos a ocorrência ou a ausência de elementos para a afirmação da ocorrência do abuso sexual.

Para a realização desta pesquisa, todos os procedimentos éticos foram assegurados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, sob protocolo nº 2010063. A Direção do Departamento Médico Legal (DML) de Porto Alegre assinou o Termo de Concordância da Instituição e a pesquisadora assinou o Termo de Confidencialidade, Divulgação e Utilização dos Dados.

Foram utilizados todos os laudos aos quais foi possibilitado acesso, sendo excluídos apenas os que não continham as informações necessárias para o estudo ou não se encaixavam nos critérios de seleção (idade entre sete e 19 anos e presença da criança na entrevista). O laudo é composto dos seguintes elementos: Dados básicos do(a) periciado(a), Requisição, Difusão, Motivo da Solicitação, Data e Local de Perícia, Procedimentos, Entrevista e Obtenção da História, Exame do Estado Mental, Considerações Técnicas/ Discussão/Análise, Conclusão e Resposta aos Quesitos. Os laudos são produzidos para atender aos quesitos oficiais do DML, formulados em parceria com o Ministério Público Estadual, além daqueles que são formulados pela autoridade policial em cada caso específico. Os quesitos oficiais envolvem não somente dados relativos a possíveis alterações emocionais e comportamentais, mas também dados relativos à credibilidade do relato fornecido pelo periciado.

Os laudos foram analisados quanto à presença ou ausência de sintomas e quadros psicopatológicos, o tipo de abuso vivenciado (intrafamiliar ou extrafamiliar), idade e sexo do periciado. Os dados foram digitados em planilha eletrônica para análises estatísticas descritivas. Foram realizadas análises descritivas acerca dos dados epidemiológicos dos casos e dos sintomas e quadros psicopatológicos identificados dentro do grupo de laudos em que não foi possível apontar a probabilidade de ocorrência de abuso e dentro do grupo em que foi possível verificar a probabilidade de ocorrência de abuso.

## Resultados

A análise dos documentos indicou que houve maior prevalência de casos em que foi possível apontar probabilidade de ocorrência de abuso. Dos 927 laudos, 673 (72,59%) apontaram evidências de que tenha ocorrido o abuso, enquanto que em 254 (27,41%) não foi possível afirmar a probabilidade de ocorrência de situação abusiva.

Observou-se que houve maior prevalência de casos entre meninas (Tabela 1). A maior incidência está na faixa etária compreendida entre onze e quatorze anos, sendo a maioria dos casos do tipo abuso intrafamiliar.

Tabela 1 – Características dos laudos com e sem probabilidade de ocorrência de abuso sexual

Características	Com probabilidade	Sem probabilidade
<b>Sexo</b>		
Masculino	115 (17,1%)	41 (16,1%)
Feminino	558 (82,9%)	213 (83,9%)
<b>Idade</b>		
Faixa etária 1: 7-10 anos	257 (38,2%)	118 (46,5%)
Faixa etária 2: 11-14 anos	295 (43,8%)	101 (39,8%)
Faixa etária 3: 15-19 anos	121 (18%)	35 (13,8%)
<b>Tipo de Abuso</b>		
Intrafamiliar	450 (66,9%)	155 (61%)
Extrafamiliar	180 (26,7%)	46 (18,1%)
Não consta no laudo	33 (4,9%)	47 (18,5%)
Intra e Extra	10 (1,5%)	6 (2,4%)

Quanto aos sintomas identificados nos laudos, destacaram-se: sintomas depressivos, medo ou pânico, prejuízo no desempenho escolar ou dificuldades de concentração, ansiedade, lembranças intrusivas ou pensamentos recorrentes, comportamento agressivo, alterações do sono e isolamento social (Tabela 2). Quanto aos quadros psicopatológicos, destacaram-se os quadros depressivos e quadros associados ao estresse, conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 2 – Frequência e percentual dos sintomas identificados nos laudos com e sem probabilidade de ocorrência do abuso sexual

Sintomas	Com probabilidade	Sem probabilidade
Assintomáticos	46 (6,8%)	131 (51,6%)
Medo ou pânico	312 (46,4%)	25 (9,8%)
Raiva	98 (14,6%)	6 (2,4%)
Culpa	72 (10,7%)	5 (2%)
Vergonha	94 (14%)	5 (2%)
Mal-estar subjetivo, apreensão	114 (16,9%)	6 (2,4%)
Sentimento de diferença em relação aos iguais	10 (1,5%)	0
Angústia	78 (11,6%)	5 (2%)
Agitação	41 (6,1%)	23 (9,1%)
Ansiedade	193 (28,7%)	30 (11,8%)
Irritabilidade	104 (15,5%)	15 (5,9%)
Capacidade para confiar prejudicada	8 (1,2%)	1 (0,4%)
Ideações suicidas	36 (5,3%)	4 (1,6%)
Sintomas depressivos (tristeza, choro, humor deprimido)	370 (55%)	51 (20,1%)
Comportamento sexual inadequado	42 (6,2%)	17 (6,7%)
Comportamento agressivo	142 (21,1%)	33(13%)
Comportamento autodestrutivo	12 (1,8%)	2 (0,8%)
Comportamento regressivo (enurese, encoprese, birras)	45 (6,7%)	17 (6,7%)
Comportamento suicida	15 (2,2%)	1 (0,4%)
Alterações do sono	175 (26%)	17 (6,7%)
Alterações do apetite ou alimentação	48 (71,%)	7 (2,8%)
Isolamento social ou retraimento	135 (20,1%)	12 (4,7%)
Fugas do lar	22 (3,3%)	6 (2,4%)
Mentiras, furtos, transgressões domésticas	23 (3,4%)	11 (4,3%)
Abuso de substâncias	9 (1,3%)	2 (0,8%)
Prejuízo do desempenho escolar ou dificuldade de concentração	205 (30,5%)	25 (9,8%)
Queixas somáticas	43 (6,4%)	7 (2,8%)
Hiperatividade	3 (0,4%)	3 (1,2%)
Autodesvalorização/baixa autoestima	30 (4,5%)	4 (1,6%)
Lembranças intrusivas	160 (23,8%)	4 (4,6%)
Insegurança	48 (7,1%)	7 (2,8%)
Interesse reduzido em atividades habituais ou abatimento	68 (10,1%)	5 (2%)
Hipervigilância	10 (1,5%)	0
Outros sintomas	94 (14%)	21 (8,3%)

Tabela 3 – Frequência e percentual dos quadros psicopatológicos identificados nos laudos com e sem probabilidade de ocorrência do abuso sexual

<b>Quadros Psicopatológicos</b>	<b>Com Probabilidade</b>	<b>Sem Probabilidade</b>
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	46 (6,8%)	4 (1,6%)
Reação ao Estresse Grave	85(12,6%)	2 (0,8%)
Reação Inespecífica ao Estresse	6 (0,9%)	0
Reação Aguda ao Estresse	16 (2,4%)	1 (0,4%)
Quadros Depressivos	98 (14,6%)	11 (4,3%)
Outros Transtornos de Ansiedade	60 (8,9%)	10 (3,9%)
Transtorno de Conduta	6 (0,9%)	2 (0,8%)
Transtornos de Atenção	3 (0,4%)	1 (0,4%)
Transtorno de Personalidade Borderline	2 (0,3%)	0
Transtornos Dissociativos	0	1 (0,4%)

Quanto aos quadros psicopatológicos, na Tabela 4 são apresentadas as frequências e percentuais de presença dos quadros, tanto nos casos em que havia evidências de abuso como nos casos sem evidências.

Tabela 4 – Percentuais de quadros psicopatológicos quanto à conclusão dos laudos com e sem probabilidade de ocorrência do abuso sexual

<b>Número de quadros</b>	<b>Com probabilidade</b>	<b>Sem probabilidade</b>
Nenhum	409 (60,8%)	229 (90,2%)
Um quadro	207 (30,8%)	18 (7,1%)
Dois quadros	56 (8,3%)	7 (2,8%)
Três quadros	1 (0,1%)	0

Também foi possível observar a manifestação de sintomas em casos em que não havia evidências para afirmar a ocorrência de abuso. Por outro lado, não houve apresentação de sintomas em alguns laudos que apontavam a probabilidade de abuso, conforme a Tabela 5.

Tabela 5 – Percentual de apresentação de sintomas quanto à conclusão dos laudos com e sem probabilidade de ocorrência do abuso sexual

<b>Presença de sintomas</b>	<b>Com probabilidade</b>	<b>Sem probabilidade</b>
Sem apresentação de sintomas	46 (6,8%)	131 (51,6%)
Um sintoma	35 (5,2%)	20 (7,9%)
Dois sintomas	104 (15,5%)	31 (12,2%)
Três sintomas	103 (15,3%)	31 (12,2%)
Quatro a nove sintomas	362 (53,8%)	41 (16,1%)
Dez a quinze sintomas	23 (3,4%)	0

### **Discussão**

Os resultados da análise descritiva apontam para uma maior prevalência de vítimas do sexo feminino, corroborando os achados de outros estudos (Pffeifer & Salvagni, 2005; Serafim, Saffi, Achá, & Barros, 2011). Esses dados podem indicar que as meninas são mais vulneráveis à vitimização quando comparadas aos meninos. Verificou-se ainda uma maior prevalência de casos de abuso sexual intrafamiliar, de acordo com o resultado de estudo anterior (Serafim *et al.*, 2011), que aponta o contexto familiar como o principal local de ocorrência desse tipo de violência.

Entre os laudos que apontavam a probabilidade de ocorrência e de abuso e entre os que não a apontavam, foi observada uma ampla variabilidade de alterações e quadros psicopatológicos, havendo a apresentação desde um até nove sintomas diferentes, e de um até três quadros psicopatológicos. No estudo de Silva Junior (2006), realizado com 108 laudos psicológicos de crianças, avaliadas no Instituto Médico Legal de Brasília, que apresentaram notícia-crime de abuso sexual, foi observado que os sintomas mais frequentes eram na categoria de efeitos interpessoais (como dificuldade de relacionamentos interpessoais, agressividade, timidez e reação defensiva) e em efeitos emocionais (como ansiedade, bloqueio, insegurança e embotamento afetivo), demonstrando também grande variação de sintomatologia nos casos.

De acordo com Beltran e Marin (2012), não existe um padrão de sintomas apresentados por vítimas de violência. As alterações ocorrem de forma heterogênea, podendo, inclusive, não ocorrer. Assim não é possível estabelecer uma síndrome para definir e englobar os problemas emocionais, cognitivos e sociais relacionados com a experiência do abuso sexual. De maneira semelhante, Pereda, Jiménez-Padilla e Gallardo-Pujol (2011) enfatizam a dificuldade em estabelecer relações causais entre a experiência de abuso na infância e o desenvolvimento de transtornos de personalidade na vida adulta. Essas oscilações de sintomas e psicopatologias podem ser entendidas em razão de que o impacto da violência sexual é mediado por uma série de fatores. Por conseguinte, não necessariamente as vítimas de abuso sexual irão apresentar sintomas ou desenvolver quadros psicopatológicos, pois estudos demonstram a existência de vítimas assintomáticas

(Pfeiffer & Salvagni, 2005; Saywitz *et al.*, 2000; Silva Junior, 2006). Assim, a seguir serão discutidos os dados que demonstraram a frequência de supostas vítimas assintomáticas e/ou ainda sem presença de transtornos mentais.

Em 6,8% das perícias não foi identificado nenhum tipo de sintoma e em 60,8% não foi observado nenhum quadro psicopatológico, entre os laudos que apontavam evidências de abuso sexual. Ainda nesse grupo, 5,2% apresentaram apenas um sintoma; enquanto que no grupo em que não foi possível verificar evidências de situação abusiva, 7,9% também apresentaram apenas um sintoma. Diante disso, questiona-se se a presença de um sintoma poderia discriminar o provável acontecimento de abuso ou não, tendo em vista que nos dois grupos foi encontrado tal dado.

Além da verificação da presença ou ausência de sintomas, é importante considerá-los de forma contextualizada. As alterações identificadas são relativamente comuns entre jovens em geral, em diferentes situações ao longo do desenvolvimento infantil e adolescente. Dificuldades de aprendizagem representam alterações presentes de 2 a 10% entre escolares (DSM-IV-TR, 2002). Queixas como dificuldade de concentração, hiperatividade e agitação, por exemplo, podem estar relacionadas ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, o qual acomete cerca de 3 a 5% de jovens em idade escolar (DSM-IV-TR, 2002). Desse modo, a manifestação de sintomas ou de psicopatologias em vítimas de abuso pode não estar diretamente relacionada à situação abusiva, ainda que possa ser agravada devido à vivência do evento estressor. Deve-se atentar para a possibilidade de que tais alterações podem estar refletindo aspectos já presentes anteriormente à situação de violência.

Assim, devem ser considerados outros fatores nos quais as crianças e adolescentes periciados também estão envolvidos, evitando atribuir as alterações exclusivamente à situação de abuso sexual. Um dos fatores é o fato de estarem passando por uma investigação criminal. Tal situação pode ser considerada uma variável interveniente, na medida em que a investigação é vivenciada, em geral, como uma situação ansiogênica e estressora. Desde o processo de revelação até a notificação policial, pode haver intercorrências que podem provocar algum tipo de alteração, o que deveria ser considerado no momento da avaliação das vítimas. Dobke, Santos e Dell'Aglio (2010) demonstram como muitas vezes o processo judicial que inicia com a notificação pode ser demorado, angustiante e prolongar o sentimento da vítima e do responsável. A falta de orientação e informações sobre os trâmites da notificação até o depoimento judicial pode contribuir para falhas na proteção, ocasionando sentimentos de desamparo para a vítima e sua família.

Considerando a complexidade de elementos envolvidos no que se refere ao impacto do abuso sexual para as vítimas, não há como estabelecer *a priori* o aparecimento de sintomas ou quadros psicopatológicos e o prejuízo deles para o ajustamento emocional. Além disso, muitas pesquisas vêm demonstrando aspectos relacionados a uma adequada readaptação, apesar da vivência de uma experiência estressora como a violência sexual.

Martins (2011) observou em um estudo qualitativo a presença de vítimas de abuso assintomáticas que demonstraram uso de estratégias de resiliência. Essas mulheres contaram com a ajuda de pessoas significativas para elas (amigos, família ou serviços de saúde). A autora enfatiza a capacidade de enfrentamento e o estímulo de potencialidades,

os quais podem facilitar o processo de ajustamento psicológico, como importantes para enfrentar os desafios estressores.

Da mesma forma, Rosenthal, Feiring e Taska (2003) investigaram em estudo longitudinal o apoio emocional percebido por 147 vítimas de violência sexual, procurando detectar se houve um melhor ajustamento, que foi tomado como indicador de resiliência. Observaram que tanto crianças como adolescentes reportaram maior satisfação com o suporte dos cuidadores, seguido do apoio dos amigos, sendo que a satisfação foi significativamente relacionada com o ajustamento. Os jovens que relataram maior satisfação com o apoio dos cuidadores referiram menos sintomas depressivos e melhor autoestima. O apoio apareceu como preditor para processos de resiliência. Williams e Nelson-Gardell (2012) também encontraram apoio social, engajamento com a escola e esperança como preditores de resiliência. Enfatizaram ainda a importância do contexto dos adolescentes no que se refere ao incremento de processos de resiliência.

Outro estudo encontrou resultados semelhantes ao investigar os recursos que jovens abusados possuem para a sua mudança espontânea em direção à resiliência. No grupo considerado não resiliente, foi verificada uma forte estigmatização associada a diversos sentimentos negativos em relação ao abuso. Já no grupo resiliente, foi destacado o papel do grupo de pares, o suporte emocional familiar e de professores. No que se refere aos recursos pessoais mais utilizados estavam a revelação do abuso com um significado libertador, a expectativa de justiça em relação ao abusador, as crenças religiosas e a percepção de competência pessoal e autocontrole (Antunes, 2011).

O uso de estratégias que facilitam o processo de readaptação posterior à situação abusiva pode ajudar a diminuir o risco para o desenvolvimento de transtornos psicopatológicos. Perrot, Morris, Martin e Romans (1998), em um estudo longitudinal, identificaram estratégias de enfrentamento, avaliando as influências dessas em transtornos psiquiátricos em mulheres que sofreram abuso na infância. Verificaram que as que deliberadamente “suprimiram” o episódio abusivo tiveram maior tendência a apresentar baixa autoestima, enquanto que as que reformularam o abuso, através de estratégias cognitivas de reinterpretação do evento, foram menos propensas a desenvolver transtorno psiquiátrico.

Himelein e McElrath (1996) examinaram estratégias de *coping* associadas com resiliência de um grupo de mulheres que não sofreram abuso sexual e de um grupo de mulheres vítimas de abuso na infância, buscando avaliar distorções cognitivas da realidade que implicavam em uma visão positiva de si e da história do abuso. Verificaram que as mulheres com história de abuso com um bom nível de ajustamento tinham uma tendência maior a usar estratégias cognitivas como revelar e falar sobre o abuso, minimização do fato, reformulação positiva e reformulação negativa do evento ao dar ênfase a essa experiência. Outro estudo demonstrou que o estilo de apego e as estratégias cognitivas mediam os efeitos do abuso, influenciando em um melhor ou pior funcionamento psicológico (Shapiro & Levendosky, 1999).

Tendo em vista tais achados de diferentes pesquisas, observa-se que ter passado pela situação de abuso não necessariamente determina um desajustamento psicológico, ainda mais se as vítimas utilizam estratégias que as favoreçam no sentido de uma melhor adaptação posterior. Entre elas, podem-se citar as estratégias de *coping*, especialmente as

estratégias de resolução de problemas, esforços positivos, ativos e focados no problema estressor, em que há busca de informações e apoio para a resolução do conflito. Essas estratégias utilizadas, quando adaptativas, e em conjunto com outros fatores do contexto da vítima, podem promover processos de resiliência, colaborando para um enfrentamento positivo da situação.

Alguns fatores têm sido considerados importantes para um melhor restabelecimento após a situação de violência. Entre eles estão a forma como a criança ou o adolescente percebe o impacto do abuso, as crenças associadas com a experiência, a quem atribui a culpa pelo ocorrido, que tipo de sentimentos são despertados e mantidos, a maneira como se percebe, o senso de autoeficácia, as estratégias utilizadas para entender e lidar com o acontecimento e o apoio emocional percebido de familiares ou outras pessoas próximas (Antunes, 2011; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003; Shapiro & Levendosky, 1999). Nesse sentido, a noção de resiliência, dentro da proposta da psicologia positiva, confere ao ser humano a capacidade de saber contornar ou mesmo superar situações adversas, a qual traz uma nova visão sobre o enfrentamento e as consequências de situações estressantes.

Ao mesmo tempo em que se verifica a necessidade de uma análise criteriosa de sintomas e de quadros psicopatológicos, aponta-se a importância de, ao realizar a avaliação dos casos de abuso sexual, verificar também aspectos de saúde mental preservados e/ou que podem ser desenvolvidos. É necessário compreender a percepção da vítima sobre o episódio abusivo e sobre o abusador; sobre a que ou a quem atribui a culpa pelo abuso; a presença ou a possibilidade de busca de rede de apoio e de fatores protetivos; as perspectivas da vítima em relação ao seu futuro; o interesse ou a intenção de envolvimento em atividades profissionais ou acadêmicas; seu senso de autocontrole; a forma como percebe a si; os sinais de processos resilientes, de forma que os processos positivos possam ser identificados e estimulados.

Entende-se que tão relevante quanto avaliar as dificuldades ou fragilidades presentes em um evento estressor é também perceber os indicadores que favorecem um restabelecimento para uma situação favorável. Pode-se compreender, então, que é possível e esperado ocorrer uma desestabilização a uma vítima de abuso sexual. Ao mesmo tempo, o jovem pode, ao utilizar-se de recursos pessoais e de seu contexto, conseguir superar as adversidades por que passou sem apresentar graves alterações. Isso pode querer dizer que, ao nos depararmos com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual sem quadros aparentes de alterações psíquicas, podemos estar diante de pessoas que em dado momento conseguiram – apesar da ocorrência de algo potencialmente adverso e danoso – elaborar formas diferenciadas de atravessar tal situação que as conduziram no caminho do desenvolvimento saudável.

### **Considerações finais**

Este estudo buscou discutir a ausência de sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual infantojuvenil, enfatizando o enfrentamento positivo deste tipo de violência. Os resultados revelaram que houve a manifestação de sintomas e/ou quadros psicopatológicos em casos em que não havia evidências para afirmar a

ocorrência de abuso, assim como não houve apresentação de sintomas e/ou quadros psicopatológicos em laudos que apontavam a probabilidade de abuso. Esses dados apontam para a necessidade de analisar criteriosamente a presença, a magnitude e o impacto de sintomas e quadros psicopatológicos, além do histórico de desenvolvimento, antes de afirmar a existência de dano psíquico em supostas vítimas de abuso sexual.

Quanto às limitações do presente estudo, deve-se destacar que o impacto do abuso sexual depende de uma série de fatores que não foram controlados, tais como a duração do abuso, a idade da criança no início do abuso, a intensidade da violência, o grau de segredo e de ameaças, o apoio social, entre outros. Sendo assim, os resultados aqui descritos devem ser interpretados com cautela, uma vez que também podem ter sido influenciados por essas variáveis não controladas. Além disso, estudos longitudinais, que possam acompanhar mais qualitativamente o processo de enfrentamento após a revelação da violência sexual, são necessários para que o impacto desse evento seja mais bem compreendido.

Por fim, é importante atentar para a necessidade de uma visão mais positiva dos profissionais que trabalham direta ou indiretamente com vítimas de abuso. Na avaliação dos casos, devem ser considerados os recursos pessoais de enfrentamento dos jovens, as estratégias de *coping* adaptativas e os processos de resiliência, assim como os fatores protetivos, tais como a rede de apoio presente, que possam representar um efetivo recurso para as vítimas, contribuindo para um desenvolvimento saudável.

## Referências

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 42-54.
- Antunes, C. M. V. M. (2011). *Abuso sexual na infância e adolescência: uma leitura narrativa do impacto e dos processos conducentes à resiliência*. Tese de Doutorado. Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Arboleda, M. R. C., Canton-Cortes, D., & Canton Duarte, J. (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 19(1), 41-56.
- Barros, D. R. S. (2009). *Estratégias de coping em crianças vítimas de abuso sexual*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Batista, A. P. (2009). *Abuso sexual infantil intrafamiliar: a subnotificação e os serviços de saúde*. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, RJ.
- Beltran, N. P., & Marin, M. A. (2012). Exploración psicológica forense del abuso sexual en la infancia: una revision de procedimientos e instrumentos. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 36-47.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS) (2011). *Viva: Instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: MS. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sinanweb>.

- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect*, *34*(1), 454-464.
- Dempsey, M. (2002). Negative *coping* as mediator in the relation between violence and outcomes: Inner-city African American youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, *72*(1), 102-109.
- Dobke, V. M., Santos, S. S., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Abuso sexual intrafamiliar: da notificação ao depoimento no contexto processual-penal. *Temas em Psicologia*, *18*(2), 167-176.
- DSM-IV-TR (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*(4), 219-239.
- Habigzang, L. F., Ramos, M. S., & Koller, S. H. (2011). A revelação do abuso sexual: As medidas adotadas pela rede de apoio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *27*(4), 467-473.
- Habigzang, L. F., Silva, R. S., & Koller, S. H. (2013). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Definições, mitos e indicadores. In: M. Poletto, A. P. L. Souza, & S. H. Koller (Eds.), *Direitos humanos, prevenção à violência contra crianças e adolescentes e mediação de conflitos: Manual de capacitação para educadores*. (pp. 190-204). Porto Alegre: Ideograf.
- Himelein, M. J., & McElrath, J. A. V. (1996). Resilient child sexual abuse survivors: Cognitive *coping* illusion. *Child Abuse & Neglect*, *20*(8), 747-758.
- Lima, L., Lemos, M. S., & Guerra, M. P. (2002). Estudo das qualidades psicométricas do SCI (Schoolagers' Coping Strategies Inventory) numa população portuguesa. *Análise Psicológica*, *4*(1), 555-570.
- Martins, R. C. (2011). Abuso sexual e resiliência: enfrentando as adversidades. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, *XI*(2), 727-750.
- Neves, A. S., Castro, G. B., Hayeck, C. M., & Cury, D. G. (2010). Abuso sexual contra a criança e o adolescente: Reflexões interdisciplinares. *Temas em Psicologia*, *18*(1), 99-111.
- Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse I: psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*(1), 85-91.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *29*(2), 328-338.
- Pereda, N., Jiménez-Padilla, R., & Gallardo-Pujol, D. (2011). Personality disorders in child sexual abuse victims. *Actas Españolas de Psiquiatria*, *39*(2), 131-139.
- Perrot, 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.
- Pfeiffer, L., & Salvagni E. P. (2005). Current view of sexual abuse in childhood and adolescence. Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, *81*, 197-204.
- Plummer, C. A. (2006). The discovery process: What mothers see and do in gaining awareness of the sexual abuse of their children. *Child Abuse & Neglect*, *30*, 1227-1237.

- 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.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(1), 119-144.
- Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais*. São Paulo: M. Books.
- Santos, S. S., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Revelação do abuso sexual infantil: reações maternas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 85-92.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2001). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Serafim, A. P., Saffi, F., Achá, M. F., & Barros, D. M. (2011). Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4), 143-147.
- Shapiro D. L., & Levendosky, A. A. (1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: The mediating role of attachment style and *coping* in psychological and interpersonal functioning. *Child Abuse Neglect*, 23, 1175-1191.
- Silva Junior, A. P. (2006). *Dano psíquico em crianças vítimas de abuso sexual sem comprovação de ato libidinoso ou conjunção carnal*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Siqueira, A. C., Arpini, D. M., & Savegnago, S. D. O. (2011). Família e abuso sexual na perspectiva de adolescentes em vulnerabilidade social. *Aletheia*, 34, 109-122.
- 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
- World Health Organization. (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.

---

Recebido em julho de 2013

Aceito em setembro de 2013

---

**Doralúcia Gil da Silva:** Psicóloga (UFRGS), Mestranda em Psicologia (UFRGS) Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Lara Lages Gava:** Psicóloga (UFES), Mestre em Filosofia (UFRGS) e Doutora em Psicologia (UFRGS), Instituto Geral de Perícias do Rio Grande do Sul- Departamento Médico-Legal Porto Alegre/RS.

**Débora Dalbosco Dell'Aglio:** Psicóloga (PUCRS), Mestre e Doutora em Psicologia (UFRGS), Professora Pós-Graduação Psicologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Contato:** doralu.gil@gmail.com