

Sintomas e Quadros Psicopatológicos Identificados nas Perícias em Situações de Abuso Sexual Infanto-Juvenil

Lara Lages Gava
Doralúcia Gil da Silva
Débora Dalbosco Dell'Aglio

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMO

Este estudo investigou a sintomatologia e os quadros psicopatológicos identificados em crianças e adolescentes supostamente vítimas de abuso sexual no contexto da perícia. Para tanto, foram analisados 674 laudos do Departamento Médico-Legal do Rio Grande do Sul resultantes de perícias psiquiátricas e psicológicas que apontaram a probabilidade de ocorrência do abuso. As supostas vítimas possuíam entre sete e 19 anos ($M=11,7$; $DP=2,88$), sendo 82,8% de meninas, com 66,9% de abuso do tipo intrafamiliar. Verificou-se que as variáveis idade, sexo e tipo de abuso (intra ou extrafamiliar) mostraram-se associadas à sintomatologia e aos quadros psicopatológicos identificados nos laudos. Conclui-se que, embora não exista um quadro único sintomatológico em vítimas de abuso sexual, alguns sintomas apresentam maior prevalência de acordo com idade, sexo e tipo de abuso, devendo, por isso, ser observados na avaliação pericial psíquica.

Palavras-chave: Abuso sexual; sintomas; quadros psicopatológicos; perícia psicológica; perícia psiquiátrica.

ABSTRACT

Symptoms and Psychopathology Pictures Identified in Forensic Evaluations of Sexual Abuse in Childhood and Adolescence

This study investigated, in the context of forensic evaluation, the symptomatology and psychopathology identified in child and adolescent victims of alleged sexual abuse. For this purpose, 674 reports of psychological and psychiatric forensic evaluations from the Department of Legal Medicine of Rio Grande do Sul were analyzed. The alleged victims were aged between seven and 19 years old ($M=11.7$; $SD=2.88$), 82.8% were girls and 66.9% of the abuses were intra-familial. The variables age, sex and type of abuse (intra or extra-familial) were associated with the symptomatology and psychopathology identified in the reports. We concluded that, although there is no single symptomatology framework in victims of sexual abuse, some symptoms have greater prevalence according to age, sex and type of abuse. Therefore, these symptoms should be observed in the forensic psychological evaluation.

Keywords: Sexual abuse; symptoms; psychopathology, psychological expertise; psychiatric expertise, forensic evaluation.

RESUMEN

Síntomas y Cuadros Psicopatológicos Identificados en Peritajes en Situaciones de Abuso Sexual Infanto-Juvenil

Este estudio investigó la sintomatología y la psicopatología encontradas en niños y adolescentes supuestamente víctimas de abuso sexual en el contexto del peritaje psicológico. Para tanto, fueron analizados 674 informes del Departamento Médico-Legal de Rio Grande del Sur resultantes de peritajes psiquiátricos y psicológicos que apuntaron la probabilidad de ocurrencia del abuso. Las supuestas víctimas tenían entre siete y 19 años ($M=11,7$; $DP=2,88$), siendo 82,8% niñas, con 66,9% de abuso de tipo intrafamiliar. Se constató que las variables edad, sexo y tipo de abuso (intra o extrafamiliar) se asociaron con la sintomatología y cuadros psicopatológicos identificados en los informes. Se concluye que, aunque no exista un cuadro único sintomatológico en víctimas de abuso sexual, algunos síntomas presentan mayor prevalencia de acuerdo con la edad, el sexo y tipo de abuso, debiendo, por eso, ser observados en el peritaje psíquico.

Palabras clave: Abuso sexual; síntomas; cuadros psicopatológicos; peritaje psicológico; peritaje psiquiátrico.

INTRODUÇÃO

O abuso sexual infantil pode ser definido como qualquer interação entre uma criança ou adolescente e alguém em estágio sexual de desenvolvimento mais adiantado, tendo por fim a satisfação sexual deste último (World Health Organization – WHO, 1999, 2006). As interações são impostas à vítima através de força física, ameaça, coerção ou indução de sua vontade (Araújo, 2002; Habigzang, Koller, Azevedo, e Machado, 2005), e podem ser diferenciadas em duas categorias, conforme o contexto de sua ocorrência: intrafamiliares e extrafamiliares. Enquanto os casos intrafamiliares referem-se aos que são perpetrados por alguém que mantenha laços significativos com a vítima, sejam consanguíneos ou afetivos (Habigzang e Caminha, 2004), nos extrafamiliares o agressor é estranho ao núcleo familiar (Koller, Moraes e Cerqueira-Santos, 2005). 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 (Araújo, 2002; Faleiros, 2003; Finkelhor, 2009; Habigzang et al., 2005; Pereda, Guilera, Forns e Gómez-Benito, 2009).

O abuso sexual infanto-juvenil, compreendido como um evento traumático e um fator de risco para o desenvolvimento das vítimas, tem sido considerado um grave problema de saúde pública (Habigzang et al., 2005). Além disso, deve ser ressaltado que a violência sexual infanto-juvenil é crime, com tipificação prevista no Código Penal Brasileiro, Título VI – “Dos Crimes contra a Dignidade Sexual” – Capítulo I – “Dos Crimes contra a Liberdade Sexual” (Código Penal – CP, 2009)”. Um dos principais fatores que dificultam a apuração desse crime é a dificuldade em comprová-lo mediante a realização da perícia física (Silva Júnior, 2006), já que muitas vezes o abuso sexual não deixa marcas no corpo da criança (Araújo, 2002; Pfeiffer e Salvagni, 2006). Embora a maior parte dos exames médicos não seja afirmativa quanto à ocorrência do crime, na maioria dos casos as vítimas apresentam sinais e sintomas indicativos de sofrimento psíquico associado à experiência vivenciada (Silva Júnior, 2006), de modo que a realização de uma perícia psicológica ou psiquiátrica poderia auxiliar na comprovação do fato abusivo.

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 (Briere e Elliot, 2003; Kendall-Tackett, Williams e Finkelhor, 1993; Tyler,

2002). Dentre as possíveis alterações, as vítimas podem apresentar ansiedade, sintomas depressivos, culpa, vergonha, ódio, medo, raiva, ideação e comportamento suicidas, abuso de substâncias, baixa autoestima, comportamentos agressivo e regressivo, isolamento social, comportamento sexual inadequado à faixa etária, furtos, fugas do lar, prejuízo no desempenho escolar, alterações do apetite ou alimentação e sensação de diferença em relação aos pares, dentre outros (Amazarray e Koller, 1998; Cohen, Mannarino e Rogal, 2001; Habigzang e Koller, 2006; Haugaard, 2003; Kendall-Tackett et al., 1993; Mebarak, Matínez, Herrera e Lozano, 2010; Tyler, 2002). Entre as psicopatologias mais encontradas em vítimas de abuso estão: Transtornos Dissociativos, Transtornos de Humor, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Alimentares, Depressão, Hiperatividade e Déficit de Atenção (TDAH), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtorno de Abuso de Substâncias (Briere e Elliott, 2003; Cohen et al., 2001; Duarte e Arboleda, 2004; MacMillan et al., 2001; Putnam, 2003; Usta e Farver, 2010). O TEPT tem sido encontrado com maior prevalência entre jovens vítimas de abuso, estimando-se que 20% a 70% das vítimas possam apresentar esse quadro (Nurcombe, 2000; Paolucci, Genuis e Violato, 2001).

Podem ser diversas, portanto, as naturezas do impacto psicológico sofrido pelas vítimas de abuso sexual. Embora haja uma série de estudos, tanto internacionais quanto nacionais, envolvendo os prejuízos psíquicos associados ao abuso sexual infantil, ainda é limitado, no Brasil, o número de estudos que analisam tais prejuízos no contexto jurídico criminal. Foram identificados apenas três estudos nacionais realizados no contexto da investigação criminal que tratam dos possíveis efeitos psíquicos nas supostas vítimas do abuso sexual (Serafim, Saffi, Achá e Barros, 2011; Silva Júnior, 2006; Rios, 2009). Diante disso, o presente estudo visa a analisar os sintomas e quadros psicopatológicos identificados em situações de abuso sexual infanto-juvenil no contexto da perícia psíquica forense.

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, quantitativo, em que foram analisados 674 laudos do Departamento Médico-Legal do Rio Grande do Sul, 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. 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 07 e 19 anos e presença da criança na entrevista). Além disso, na medida em que os laudos referiam-se a fatos sob investigação criminal (isto é, ainda não julgados), foram considerados apenas os documentos que apontavam a probabilidade de ocorrência do abuso, sendo excluídos os laudos em que tal probabilidade não era apontada, de modo a aumentar a confiabilidade dos dados obtidos.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E PROCEDIMENTOS

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, e pelo Conselho Técnico-Científico do Departamento Médico-Legal. 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.

Foram realizadas análises descritivas acerca dos dados epidemiológicos dos casos e dos sintomas e quadros psicopatológicos identificados e análises inferenciais, através do qui-quadrado, para observar associações entre os sintomas e quadros psicopatológicos e as variáveis sexo, tipo de abuso e faixa etária (7-10; 11-14; 15-19 anos). Também foi realizado um somatório do número de sintomas e dos quadros psicopatológicos verificados em cada caso, observando-se diferenças por faixa etária (através da Anova), sexo e tipo de abuso (através do teste t de Student).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características dos laudos estudados, mostrando que houve maior prevalência de casos de suspeita de abuso sexual entre as meninas. Mostra também que a maior incidência de suspeitas de abuso encontra-se na faixa etária compreendida entre onze e quatorze anos, e que há prevalência do tipo de abuso intrafamiliar.

A Tabela 2 apresenta resultados relativos aos sintomas identificados nos laudos referentes a supostas vítimas e a Tabela 3 mostra a frequência dos quadros psicopatológicos, de acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10 (OMS, 1997). Observa-se que alguns sintomas foram mais prevalentes: sintomas depressivos, medo ou pânico, prejuízo no desempenho escolar ou dificuldades de concentração, ansiedade, lembranças intrusivas ou

TABELA 1
Características dos laudos estudados (N=674)

<i>Características</i>	<i>f(%)</i>
Sexo	
Masculino	155 (17,1)
Feminino	558 (82,8)
Idade	
Faixa etária 1: 7-10 anos	258 (38,3)
Faixa etária 2: 11-14 anos	295 (43,7)
Faixa etária 3: 15-19 anos	121 (17,9)
Tipo de Abuso	
Intrafamiliar	451 (66,9)
Extrafamiliar	180 (26,7)
Não consta no laudo	33 (4,9)
Intra e Extra	10 (1,5)

TABELA 2
Frequência e percentual dos sintomas encontrados nos laudos analisados

<i>Sintomatologia</i>	<i>f(%)</i>
Assintomáticos	48 (7,1)
Sintomas depressivos (tristeza, choro, humor deprimido)	371 (55)
Medo ou pânico	312 (46,3)
Prejuízo do desempenho escolar ou dificuldade de concentração	205 (30,4)
Ansiedade	193 (28,6)
Lembranças intrusivas ou pensamentos recorrentes	161 (23,9)
Comportamento agressivo	142 (21,1)
Isolamento social ou retraimento	135 (20)
Mal estar subjetivo, apreensão	114 (16,9)
Irritabilidade	104 (15,4)
Raiva	98 (14,5)
Vergonha	95 (14,1)
Angústia	78 (11,6)
Culpa	72 (10,7)
Interesse reduzido em atividades habituais ou abatimento	68 (10,1)
Insegurança	48 (7,1)
Alterações do apetite ou alimentação	48 (7,1)
Comportamento regressivo (enurese, encoprese, birras)	45 (6,7)
Queixas somáticas (dores de cabeça, tonturas, falta de ar, dentre outros)	43 (6,4)
Comportamento sexual inadequado para a idade	42 (6,2)
Agitação	41 (6,1)
Ideações suicidas	36 (5,3)
Autodesvalorização ou baixa autoestima	30 (4,5)
Mentiras, furtos, transgressões domésticas	23 (3,4)
Fugas do lar	22 (3,3)
Comportamento suicida	15 (2,2)
Comportamento autodestrutivo	12 (1,8)
Hipervigilância	10 (1,5)
Sentimento de diferença em relação aos iguais	10 (1,5)
Abuso de substâncias	9 (1,3)
Capacidade de confiar prejudicada	8 (1,2)
Hiperatividade	3 (0,4)
Outros sintomas	92 (13,6)

pensamentos recorrentes, comportamento agressivo e, por fim, isolamento social ou retraimento. Dentre os quadros psicopatológicos, destaca-se o maior percentual daqueles associados ao estresse.

TABELA 3
Frequência e percentual dos quadros psicopatológicos identificados nos laudos analisados

<i>Quadros Psicopatológicos</i>	<i>f (%)</i>
Reações psicopatológicas relacionadas ao estresse	199 (29,5)
Reação ao Estresse Grave	85 (12,6)
Reação Mista de Ansiedade e Depressão	46 (6,8)
Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)	46 (6,8)
Reação Aguda ao Estresse	16 (2,4)
Reação Inespecífica ao Estresse	6 (0,9)
Quadros depressivos	52 (7,7)
Outros Transtornos de Ansiedade	14 (2,1)
Transtornos envolvendo perturbação da atividade e atenção	3 (0,4)
Transtorno de Conduta	6 (0,9)
Transtorno de Personalidade Borderline	2 (0,4)

Utilizou-se o qui-quadrado para verificar associações entre os sintomas e o sexo. Houve diferença significativa entre os sexos, com percentuais mais altos para as meninas em sintomas depressivos ($\chi^2=5,90$; $gl=1$; $p=0,015$), com 57,2% para as meninas e 44,3% para os meninos; angústia ($\chi^2=4,74$; $gl=1$; $p=0,029$), com 12,9% para as meninas e 5,2% para os meninos; medo ou pânico ($\chi^2=7,95$; $gl=1$; $p=0,005$), com 48,8% para as meninas e 33,9% para os meninos. Quanto aos meninos, estes apresentaram percentuais mais altos em comportamento agressivo ($\chi^2=25,90$; $gl=1$; $p<0,001$) com 39,1% e 17,4% para as meninas; agitação ($\chi^2=24,28$; $gl=1$; $p<0,001$), com 16,5% para os meninos e 3,9% para as meninas; comportamento regressivo ($\chi^2=10,29$; $gl=1$; $p<0,001$), com 13,9% para os meninos e 5,2% para as meninas.

Também foi utilizado o qui-quadrado com o objetivo de verificar associações entre os sintomas e o tipo de abuso. Para essas análises, foram excluídos os laudos que não possuíam a informação sobre o tipo de abuso e aqueles que se referiam a casos intra e extrafamiliares simultaneamente. Foram observadas diferenças significativas em relação ao tipo de abuso quanto aos seguintes sintomas: irritabilidade ($\chi^2=4,49$; $gl=1$; $p=0,034$), com um maior percentual entre os abusos intrafamiliares (17,7%) em relação aos extrafamiliares (10,6%); ideações suicidas ($\chi^2=4,12$; $gl=1$; $p=0,042$), com 6,7% nos casos intrafamiliares e 2,2% nos extrafamiliares; sintomas depressivos ($\chi^2=4,35$; $gl=1$; $p=0,037$), com 57,9% nos intrafamiliares e 48,3% nos extrafamiliares; e com-

portamento regressivo ($\chi^2=5,95$; $gl=1$; $p=0,015$), com 8,6% para os casos intrafamiliares e 2,8% para os extrafamiliares. Quanto aos quadros psicopatológicos, observou-se diferença significativa em Depressão ($\chi^2=7,42$; $gl=1$; $p=0,006$), com uma maior porcentagem nos casos intrafamiliares (9,5%) quando comparada aos extrafamiliares (2,8%). Não foi observada diferença significativa em nenhum dos casos em que a porcentagem dos sintomas ou quadros psicopatológicos foi maior no tipo de abuso extrafamiliar.

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise que teve por objetivo verificar associações entre os sintomas/quadros psicopatológicos e as faixas etárias, através do uso do qui-quadrado com resíduos ajustados. Observa-se que enquanto o percentual de alguns sintomas ou psicopatologias aumenta com o decorrer da idade, em outros diminui. O percentual dos sintomas depressivos, por exemplo, aumenta no decorrer do desenvolvimento, com diferença significativa entre todas as faixas etárias. Raiva, vergonha, mal-estar subjetivo, alterações do apetite, lembranças intrusivas, interesse reduzido em atividades habituais e depressão também aumentam no decorrer do desenvolvimento, mas com diferença significativa apenas entre as Faixas 1 e 3.

TABELA 4
Percentuais de manifestação das consequências psíquicas por faixa etária

<i>Sintoma</i>	<i>Faixa 1</i>	<i>Faixa 2</i>	<i>Faixa 3</i>	χ^2	<i>p</i>
Sintomas depressivos	41,5*	63,1*	64,5*	31,18	< 0,001
Raiva	9,7*	15,9	21,5*	10,04	0,007
Vergonha	8,5*	13,9	26,4*	20,18	< 0,001
Mal estar, apreensão, sofrimento	12,4*	17,3	25,6*	10,29	0,006
Alterações do apetite ou alimentação	4,7*	7,1	12,4*	7,47	0,024
Lembranças intrusivas	15,9*	25,8	36,4*	20,00	< 0,001
Interesse reduzido nas atividades	4,7*	11,5	18,2*	17,81	< 0,001
Depressão	3,1*	7,1	19*	29,53	< 0,001
TEPT	4,7	6,4	12,4*	7,89	0,019
Angústia	7*	15,6*	11,6	9,98	0,007
Reação Mista de Ansiedade e Depressão	3,1*	9,2*	9,1	9,11	0,010
Agitação	10,9*	3,1*	3,3	16,65	< 0,001
Comportamento regressivo	12,4*	3,1*	3,3	22,00	< 0,001
Isolamento social ou retraimento	13,6*	23,1	26,4	11,52	0,003
Comportamento sexual inadequado	10,1*	5,1	0,8*	13,21	0,001
Comportamento agressivo	23,3	23,1	11,6*	8,00	0,018

Nota: *resíduos ajustados > 1,96.

Enquanto o TEPT aumenta, com diferença significativa apenas na terceira faixa etária, angústia e reação mista de ansiedade e depressão aumentam, com diferença significativa entre a primeira e segunda faixas, com leve diminuição a partir da terceira. Ao longo de desenvolvimento, os sintomas agitação e comportamento regressivo diminuem, com diferença significativa entre as Faixas 1 e 2; isolamento social diminui, com diferença significativa apenas na Faixa 1 e comportamento sexual inadequado também diminui, com diferença significativa entre as Faixas 1 e 3. Por fim, o comportamento agressivo diminui, com redução significativa na Faixa 3.

Por último, a partir do somatório do número de sintomas e de quadros psicopatológicos em cada caso, uma análise através da Anova indicou diferença significativa entre as faixas etárias, sendo observado um aumento de acordo com a idade. Quanto ao somatório dos sintomas [$F(2,671)=12,43$; $p<0,001$], as médias foram 3,96 (DP=2,74) na Faixa Etária 1; 4,78 (DP=2,86) na Faixa Etária 2 e 5,45 (DP=3,06) na Faixa Etária 3, com diferença significativa entre todas as faixas. Quanto ao somatório dos transtornos [$F(2,671)=17,41$; $p<0,001$], as médias foram 0,27 (DP=0,44) na Faixa 1; 0,45 (DP=0,53) na Faixa 2 e 0,59 (DP=0,61) na Faixa 3, também com diferença significativa entre todas as faixas. No entanto, não foram observadas diferenças significativas nas médias de sintomas e de transtornos tanto entre os sexos quanto por tipo de abuso.

DISCUSSÃO

Dados epidemiológicos

Os resultados da análise descritiva dos dados apontam para uma maior prevalência de vítimas do sexo feminino, corroborando o resultado de outros estudos (Braun, 2002; De Lorenzi, Pontalti e Flech, 2001; Pfeiffer e Salvagni, 2005; Serafim et al., 2011). Esses resultados podem indicar que as meninas são mais vulneráveis à vitimização quando comparadas aos meninos. Contudo, devido a estereótipos associados à masculinidade, os meninos parecem possuir mais dificuldades em relatar sobre suas experiências de violência sexual (Hohendorff, Habigzang e Koller, 2012). Considerando este dado, é possível que a porcentagem de notificações de violência sexual contra os meninos esteja reduzida em relação a real frequência.

Verificou-se ainda uma maior prevalência na realização de laudos referentes a supostas vítimas na faixa etária compreendida entre onze e quatorze anos seguida da faixa etária entre sete e dez anos, com uma

menor porcentagem nos casos acima de quinze anos. Dados semelhantes relativos à proporção em cada faixa etária já haviam sido encontrados no próprio Rio Grande do Sul, em estudo no qual Braun (2002) analisou documentos registrados do Departamento Estadual da Criança e do Adolescente da Polícia Civil do RS (DECA/RS), incluindo boletins de ocorrência policial e termos de informação das supostas vítimas.

Verificou-se ainda uma maior prevalência de casos de abuso sexual intrafamiliar, corroborando o resultado de estudos anteriores (Araújo, 2002; Faleiros, 2003; Habigzang et al., 2005; Serafim et al., 2011), que apontam o contexto familiar como o principal contexto de abuso sexual infanto-juvenil. No contexto da investigação criminal, este dado ganha especial relevância, uma vez que as evidências corporais são encontradas mais facilmente quando há conjunção carnal ou quando a violência é com uso da força física, o que é mais frequente em casos de violência extrafamiliar (Gonçalves, 2004). Nos casos intrafamiliares, é mais comum as marcas físicas não existirem. A ausência destas marcas torna a perícia psíquica um elemento essencial da investigação, uma vez que, ao contrário da perícia física, poderia auxiliar na comprovação do delito.

Sintomatologia e quadros psicopatológicos

Quanto à frequência encontrada dos sintomas, observa-se que alguns são mais prevalentes, como sintomas depressivos, medo ou pânico, prejuízo no desempenho escolar ou dificuldades de concentração, ansiedade, lembranças intrusivas ou pensamentos recorrentes, comportamento agressivo, rebeldia ou revolta e, por fim, isolamento social ou retraimento. Embora esses sintomas já tenham sido encontrados em outros estudos (Myers, 2006; Nurcombe, 2000; Tyler, 2002), salienta-se que os percentuais referentes à frequência dos sintomas variam bastante entre diferentes pesquisas (Kendall-Tackett et al., 1993). Esta variação na frequência dos sintomas é, de certa forma, esperada, sobretudo quando se considera que o impacto da violência sexual é influenciado tanto por fatores individuais (como a capacidade de resiliência), quanto por fatores ambientais (como apoio social; Habigzang e Koller, 2006) e da própria dinâmica do delito (intensidade, duração da violência, proximidade com o agressor, dentre outros; Furniss, 1993). Destaca-se ainda que 7,1% dos laudos analisados não apresentaram nenhuma suposta vítima com sintoma. Embora esse resultado corrobore a literatura no que tange à existência de vítimas assintomáticas (Araújo, 2002; Pfeiffer e Salvagni, 2006), percebe-se, por outro lado, que a maioria das crianças e adolescentes

referida nos laudos apresentou prejuízos psíquicos possivelmente associados ao suposto abuso. Deve ser considerado que as crianças e adolescentes foram avaliadas num contexto não clínico, mas de investigação criminal, o que pode elevar as alterações emocionais e comportamentais encontradas nas avaliações. De todo modo, a informação de que a maioria apresentou prejuízos deve ser levada em consideração no que tange a encaminhamentos prévios e subsequentes à perícia psíquica, refletindo a necessidade de capacitação das equipes técnicas tanto para o acolhimento quanto para o acompanhamento psicológico das vítimas de violência sexual.

Dentre os quadros psicopatológicos, destaca-se a incidência das patologias referentes ao estresse, quando comparados a outros transtornos ansiosos, aos quadros depressivos e ao transtorno da personalidade borderline. Comparando as porcentagens desses quadros de estresse, chama a atenção o fato de que a Reação ao Estresse Grave possui elevada porcentagem frente aos outros diagnósticos. Isso poderia ser justificado por um entendimento que concebesse a própria estrutura do CID-10 juntamente ao tempo disponível para a realização das perícias psíquicas, a saber, de um a três encontros, em média. Em primeiro lugar, em relação ao CID-10, a Reação ao Estresse Grave apresenta-se como uma categoria, junto aos transtornos de ajustamento, nomeada pelo código F43. Esta categoria abrange diagnósticos que se caracterizam por um estado de perturbação emocional que surgem como consequência de um evento de vida estressante ou traumático (OMS, 1997). Todos os outros diagnósticos listados nesse estudo são subcategorias de F43, com critérios diagnósticos mais específicos do que a Reação ao Estresse Grave. Em segundo lugar, a perícia em casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes leva, em média, entre um a três encontros, ou seja, se trata de um acompanhamento de curto prazo. Isso quer dizer que o perito, em muitos casos, embora não possua tempo suficiente para fornecer um diagnóstico específico do caso, o que seria mais viável num acompanhamento terapêutico de longo prazo, consegue identificar um quadro de perturbação decorrente de causas estressantes, podendo classificar o caso na maior categoria (F43), mas não nas subcategorias que a compõem (F43.22, F43.1, F43.0, F43.9).

Em relação aos quadros psicopatológicos relacionados ao estresse, ainda há outro ponto que merece ser discutido. A literatura aponta que a psicopatologia decorrente do abuso sexual mais encontrada é o TEPT, com alta prevalência em vítimas de abuso sexual (Cohen et al., 2001). Saywitz et al. (2000), por exemplo, afirmam

que mais de 50% de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual apresentam critérios diagnósticos para TEPT. Borges e Dell'Aglio (2008) encontraram resultados semelhantes, com prevalência de 62,5% dentre os casos estudados. Para Nurcombe (2000), a incidência de TEPT em crianças vítimas de abuso sexual pode variar entre 20 e 70% dos casos. O presente estudo, contudo, encontrou o diagnóstico de TEPT em apenas 6,8% dos casos. Para interpretar a discrepância entre os resultados deste estudo e os da literatura, deve ser levado em consideração que enquanto grande parte das pesquisas que verificaram a prevalência de TEPT utilizaram instrumentos que auxiliassem no diagnóstico (Borges e Dell'Aglio, 2008; Ruggiero, McLeer e Dixon, 2000), os peritos que elaboraram os laudos deste estudo puderam contar apenas com uma avaliação clínica, a qual encontra dificuldades na identificação do diagnóstico de TEPT, sobretudo em crianças pequenas (Borges, Zoltowski, Zucati e Dell'Aglio, 2010). Caso os peritos tivessem se utilizado de um instrumento específico para esse fim, a porcentagem dos casos de TEPT poderia ter sido maior. Como já exposto anteriormente, a avaliação realizada na avaliação pericial é de curto prazo, o que parece tornar sensata a abstenção do perito quanto à afirmação do diagnóstico em diversas ocasiões, sobretudo no contexto da investigação criminal, em que um equívoco ou uma má interpretação poderia comprometer seriamente todos os envolvidos.

Por fim, pode haver ainda mais uma explicação para o número reduzido dos quadros de TEPT quando comparado à literatura. Como aponta o CID-10, o TEPT consiste em uma resposta tardia a um evento ou situação estressante (OMS, 1997). Sendo assim, provavelmente os peritos que formularam os laudos desse estudo só conseguiram detectar os casos de TEPT quando a perícia foi realizada algum tempo após a suposta ocorrência do abuso. Nos casos em que pouco tempo se passou entre o suposto abuso e a perícia, o perito não possuiu condições de diagnosticar o TEPT pela própria natureza tardia desse transtorno, o que pode ter contribuído para a diminuição do número de casos identificados.

Sintomas e quadros psicopatológicos × sexo do(a) periciado(a)

Embora o somatório do número de sintomas e quadros psicopatológicos em cada caso não tenha apresentado diferenças por sexo, foi observada diferença significativa em relação a alguns sintomas. Enquanto os sintomas depressivos, medo ou pânico e angústia apresentaram maior prevalência nas meninas, comportamentos agressivo, regressivo e agitação foram mais observados nos meninos. Este resultado corrobora

a hipótese de que há diferenças entre os sintomas apresentados por meninas e meninos (Compas, Ey e Grant, 1993; Garnefski e Arends, 1998; Steinberg, 1999), com as meninas apresentando mais reações emocionais e os meninos mais reações comportamentais. Isso poderia ser explicado em termos de comportamentos externalizantes e internalizantes, que são considerados categorias amplas de problemas de comportamento (Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira e Manfrinato, 2006; Giráldez, 2003). Enquanto o sexo masculino apresenta maior prevalência de comportamentos externalizantes, os quais também são conhecidos como atuação, manifestos em problemas comportamentais, o sexo feminino, por sua vez, apresenta mais comportamentos internalizantes, isto é, manifestos em sofrimento emocional e cognitivo (Bolsoni-Silva et al., 2006; Del Prette e Del Prette, 2005). Esse resultado também pode ser compreendido em termos dos estereótipos sexuais e dos comportamentos esperados em cada sexo de acordo com a cultura. Enquanto, por um lado, há uma maior condescendência para expressão de raiva e comportamento agressivo por parte dos meninos, por outro lado, é esperado que as meninas sejam mais calmas e comportadas, o que pode contribuir para a internalização de seu sofrimento (Bolsoni-Silva et al., 2006; Cole, Zahn-Waxler, e Smith, 1994; Wellman, 1993).

Sintomatologia e quadros psicopatológicos × tipo de abuso

Assim como em relação ao sexo, o número total sintomas e quadros psicopatológicos em cada caso não apresentou diferença por tipo de abuso. Por outro lado, os resultados indicaram associações entre alguns sintomas/quadros psicopatológicos e o tipo de abuso. Foi observada diferença significativa, com maior prevalência nos casos intrafamiliares, nas variáveis irritabilidade, ideações suicidas, sintomas depressivos, comportamento regressivo e depressão, indicando que quando o abuso ocorre dentro da família os danos emocionais às vítimas tendem a ser maiores (Kristensen, 1996). Isso poderia ser explicado pela própria natureza do abuso sexual intrafamiliar, pois a violência sexual nestes casos é praticada por pessoas afetivamente próximas à vítima, que deveriam protegê-la e nas quais deveria confiar (Morales e Schramm, 2002). Além disso, na medida em que o perpetrador ocupa uma posição de autoridade, pode se aproveitar da vulnerabilidade da criança, utilizando de meios como chantagem emocional ou ameaças (Furniss, 1993; Morales e Schramm, 2002). Nestes casos, a ideia do lar como local de proteção adquire uma perspectiva ameaçadora (Day et al., 2000; Serafim

et al., 2011), intensificando, assim, o sofrimento psíquico vivenciado pela vítima. Mesmo nos casos em que o abuso não ocorre em clima ameaçador ou mediante violência física, trata-se de experiência dolorosa devido à quebra de confiança básica no seu responsável (Cohen, 1997). Por fim, há de se ressaltar que a revelação do abuso sexual intrafamiliar, embora possa gerar medidas protetivas, pode trazer também para a criança sentimentos negativos, uma vez que a vítima pode experimentar sentimentos de medo e culpa ao temer as repercussões no sistema familiar (Santos, 2011).

Sintomatologia e quadros psicopatológicos × faixa etária

Enquanto o percentual de alguns sintomas ou psicopatologias aumentou com o decorrer da idade, em outros houve uma diminuição, o que parece estar associado a questões desenvolvimentais. Diminuíram os percentuais dos seguintes sintomas: agitação, comportamento regressivo, comportamento sexual inadequado, comportamento agressivo e isolamento social. Por outro lado, aumentaram os percentuais das seguintes variáveis: sintomas depressivos, raiva, vergonha, mal-estar subjetivo/apreensão, alterações do apetite/alimentação, lembranças intrusivas, interesse reduzido em atividades habituais, TEPT, angústia e reação mista de ansiedade e depressão.

Em relação ao isolamento social, é possível que tenha havido uma diminuição por ser típico da adolescência a inserção em grupos de pares (Oliveira, 2006). Os demais sintomas cujos percentuais diminuíram com o decorrer da idade (agitação, comportamento regressivo, comportamento sexual inadequado e comportamento regressivo) parecem estar relacionados ao controle dos impulsos, que também se dá a partir de um aprendizado ao longo do desenvolvimento (Medeiros, Loureiros, Linhares e Marturano, 2003). O percentual dos sintomas que aumentaram, por sua vez, pode estar relacionado ao fato de que, na medida em que a criança cresce e se desenvolve, passa a tomar conhecimento acerca dos fatos nos quais está envolvida. A leitura dos laudos desta pesquisa mostram que, de fato, é muito comum crianças relatarem que não entendiam o que estava acontecendo no momento dos abusos e que, apenas posteriormente, seja porque viram uma notícia na televisão, seja porque lhes foi ensinado na escola, passaram a compreender. Sendo assim, é possível interpretar o aumento dos sintomas como uma consequência da compreensão da criança acerca da ilicitude dos atos aos quais é submetida. Isso também poderia estar relacionado ao fato de que o somatório do número de sintomas e quadros psicopatológicos

aumentou significativamente de acordo com a faixa etária, indicando que crianças mais velhas aparentam ser mais sintomáticas que as mais novas, corroborando, assim, o resultado de outras pesquisas (Kendall-Tackett et al., 1993). Além disso, nos casos de abuso sexual intrafamiliar, as crianças mais velhas têm mais compreensão acerca das repercussões familiares que a revelação do abuso pode desencadear, sendo que essa consciência pode contribuir para que se sinta culpada por todo o desarranjo familiar, aumentando possíveis sintomas e especialmente a ansiedade (Santos, 2011). Por fim, além da compreensão da ilicitude dos atos, o aumento da apresentação dos prejuízos psíquicos com o decorrer da idade pode estar relacionado a um acréscimo na capacidade de reconhecimento das próprias emoções, que é um aspecto a ser trabalhado pela criança ao longo do desenvolvimento, de modo que quanto maior a idade, maior a capacidade para reconhecer emoções (Del Prette e Del Prette, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou avaliar alguns aspectos relacionados aos sintomas e quadros psicopatológicos observados em laudos periciais referentes a crianças e adolescentes supostamente vítimas de abuso sexual. Os resultados apontam que o sexo e idade da suposta vítima, bem como o tipo de abuso sofrido, estão associados à natureza e à intensidade da sintomatologia identificada. Foram observadas mais reações emocionais entre as meninas e mais reações comportamentais entre os meninos, associações entre alguns sintomas/quadros psicopatológicos e o tipo de abuso, assim como mudanças na manifestação do tipo de sintoma ao longo do desenvolvimento. Estas características reforçam a importância de se considerar estas variáveis na avaliação dos casos.

Contudo, deve ser ressaltado que, para além das variáveis avaliadas, o impacto do abuso sexual em crianças e adolescentes depende de uma série de fatores que neste estudo não foram controlados, tais como a duração do abuso, a idade da criança no início do abuso sexual, a intensidade da violência envolvida, o grau de segredo e de ameaças, assim como a presença de figuras parentais e de apoio social. Além disso, as supostas vítimas encontravam-se envolvidas em investigação criminal, o que, por si só, pode ser considerada uma variável interveniente, na medida em que tal investigação é vivenciada, em geral, como uma situação ansiogênica. 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, alguns

dos sintomas e quadros psicopatológicos identificados poderiam estar presentes mesmo antes da ocorrência do suposto abuso sexual. Não obstante, pode-se concluir que embora não exista um quadro sintomatológico único em vítimas de abuso sexual, alguns sintomas apresentam maior prevalência de acordo com a idade, sexo e tipo de abuso e, por isso, devem ser observados na avaliação pericial psíquica. Destaca-se ainda, por fim, a necessidade da capacitação das equipes que atuam nas avaliações destes casos, tendo em vista que o reconhecimento dos sintomas e dos quadros psicopatológicos torna-se importante não só para a própria avaliação, mas para os encaminhamentos e atendimentos subsequentes.

REFERÊNCIAS

- Amazarray, M.R. & Koller, S.H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11(3), 546-555. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721998000300014>>.
- Araújo, M.F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7(2) 3-11. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722002000200002>>.
- Bolsoni-Silva, A.T., Marturano, E.M, Pereira, V.A. & Manfrinato, J.W. (2006). Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: comparando avaliações de mães e de professoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 460-469. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000300015>>.
- Borges, J.L. & Dell'Aglio, D.D. (2008). Relações entre abuso sexual na infância, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicologia em Estudo*, 13, 371-379. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000200020>>.
- Borges, J.L., Zoltowski, A.P.C., Zucati, A.P.N. & Dell'Aglio, D.D. (2010). Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na infância e adolescência: Prevalência, diagnóstico e avaliação. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 87-98.
- Braun, S. (2002). *A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo*. Porto Alegre: Age.
- Briere, J. & Elliott, D.M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Código Penal. (2009). Porto Alegre: Saraiva.
- Cohen, C. (1997). O incesto. In M.A. Azevedo & V.N.A. Guerra (Eds.). *Infância e violência doméstica: Fronteiras do conhecimento* (pp. 212-225). São Paulo: Cortez.
- Cohen, J.A, Mannarino, A.P. & Rogal, S. (2001). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 25, 123-135.
- Cole, P.M., Zahn-Waxler, C. & Smith, K.D. (1994). Expressive control during a disappointment: Variations related to preschoolers' behavior problems. *Developmental Psychology*, 30, 835-846.
- Compas, B.E., Ey, S. & Grant, K. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 114, 323-344.
- Day, V., Telles, L., Zoratto, P., Azambuja, M., Machado, D., Silveira, M., Debiaggi, M., Reis, M., Cardoso, R. & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 9-21. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400003>>.

- De Lorenzi, D.R.S., Pontalti, L. & Flech, R.M. (2001). Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. *Revista Científica da AMECS*, 10(1), 47-52.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Duarte, J.C. & Arboleda, M.R.C. (2004). Sintomatologia, avaliação e tratamento do abuso sexual infantil. In V. Caballo (Ed.). *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos gerais* (pp. 293-321). São Paulo: Santos.
- Elliot, A.N. & Carnes, C.N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6(4), 314-331.
- Faleiros, E. (Ed.). (2003). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes. Os descaminhos da denúncia*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial de Direitos Humanos.
- Finkelhor, D. (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children*, 19(2), 169-194.
- Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Garnefski, N. & Arends, E. (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 21, 99-107.
- Giráldez, S.L. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescência: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 85, 19-28.
- Gonçalves, H.S. (2004). Violência contra a criança e o adolescente. In E.P. Brandão & H.S. Gonçalves (Eds.). *Psicologia Jurídica no Brasil* (pp. 277-307). Rio de Janeiro: NAU Editora.
- 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., Azevedo, G.A., Koller, S.H. & Machado, P.X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 21(03), 341-348. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722005000300011>>.
- Habigzang, L.F. & Koller, S.H. (2006). Terapia cognitivo-comportamental e promoção de resiliência para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar. In D.D. Dell’Aglío, S.H. Koller & M.A.M. Yunes (Eds.). *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção* (pp. 233-258). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Haugaard, J.J. (2003). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Introduction. *Child Maltreatment*, 9(2), 123-130.
- Hohendorff, J.V., Habigzang, L.F. & Koller, S.H. (2012). Violência sexual contra meninos: Dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicologia USP*, 23(2), 395-415. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642012005000007>>.
- Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Koller, S.H., Moraes, N.A. & Cerqueira-Santos, E. (2005). *Perpetradores de abuso sexual: Um estudo com caminhoneiros. Relatório Técnico de Pesquisa*. Porto Alegre: World Childhood Foundation.
- Kristensen, C.H. (1996). *Abuso sexual em meninos. Dissertação de Mestrado (não publicada) – Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre*.
- MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E. et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878-1883.
- Mebarak, M.R., Martínez, M.L., Herrera, A.S. & Lozano, J.E. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*, 25, 128-154.
- Medeiros, P.C., Loureiros, S.R., Linhares, M.B.M. & Marturano, E.M. (2003). O senso de auto-eficácia e o comportamento orientado para aprendizagem em crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 93-105. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100011>>.
- Morales, A.E. & Schramm, F.R. (2002). Amoralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 265-273.
- Myers, J.E.B. (2006). *Child protection in America: Past, present and future*. New York: Oxford University Press.
- Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse I: psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), 85-91.
- Oliveira, M.C.S. (2006). Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 427-436. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200022>>.
- OMS. (1997). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L. & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135(1), 17-36.
- 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, 328-338. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>>.
- Pfeiffer, L. & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81(5, supl.), 197-204. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572005000700010>>.
- Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Rios, A. (2009). *Violência infantil: levantamento de perícias realizadas em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual no período entre 2007 e 2009. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Psiquiatria – Centro de Estudos José de Barros Falcão, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre*.
- Ruggiero, K.J., McLeer, S.V. & Dixon, J.F. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 951-964. <[http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00144-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00144-7)>.
- Santos, S.S. (2011). *Uma análise do contexto de revelação e notificação do abuso sexual: A percepção de mãe e de adolescentes vítimas*. Tese de Doutorado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- 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.
- 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. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000400006>>.
- Steinberg, L. (1999). *Adolescence*. New York: Knopf.
- Silva Júnior, A.P. (2006). *Dano psíquico em crianças vítimas de abuso sexual sem comprovação de ato libidinoso ou conjunção carnal*. Dissertação de Mestrado (não publicada) – Universidade de Brasília, Brasília, DF.

- Tyler, K.A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior, 7*(6), 567-589. <[http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00047-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00047-7)>.
- Usta, J. & Farver, J. (2010). Child sexual abuse in Lebanon during war and peace. *Child Care, Health & Development, 36*(3), 361-368. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01082.x>>.
- Wellman, M.M. (1993). Child sexual abuse and gender differences: Attitudes and prevalence. *Child Abuse & Neglect, 17*, 539-547. <[http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(93\)90028-4](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(93)90028-4)>.
- World Health Organization. (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. 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: 04.06.2012. Aceito em: 08.10.2012.

Autoras:

Lara Lages Gava – Psicóloga. Mestre em Filosofia e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Perita Criminal do Instituto Geral de Perícias do Rio Grande do Sul.

Doralúcia Gil da Silva – Psicóloga. Mestranda em Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Débora Dalbosco Dell'Aglio – Psicóloga. Doutora em Psicologia e Professora Associada do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Enviar correspondência para:

Lara Lages Gava
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia – UFRGS
Av. Ramiro Barcelos, 2600, sala 115
CEP 90.035-003, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: laralagesgava@gmail.com