

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA FORENSE

Regiane Aparecida Baú Gomes

**SINTOMAS DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO,
DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM MÃES DE VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

Curitiba

2022

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA FORENSE

Regiane Aparecida Baú Gomes

**SINTOMAS DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO,
DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM MÃES DE VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

Dissertação apresentada no Curso de Pós-graduação em Psicologia Forense da Universidade Tuiuti do Paraná, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Forense.

Orientação: Prof. Dr^a. Maria Cristina Antunes

Curitiba

2022

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sidnei Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuiú do Paraná

G633 Gomes, Regiane Aparecida Baú.

Sintomas de transtorno de estresse pós-traumático,
depressão e ansiedade em mães de vítimas de abuso sexual /
Regiane Aparecida Baú Gomes; orientadora Prof.^a Dr.^a Maria
Cristina Antunes.

107f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná,
Curitiba, 2022

1. Abuso sexual. 2. Transtorno de estresse pós-traumático.
3. Ansiedade. 4. Depressão. 5. Pais não agressores.
I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Forense / Mestrado em Psicologia Forense. II. Título.

CDD – 616.8527

Bibliotecária responsável: Heloisa Jacques da Silva – CRB 9/1212

Resumo

O objetivo geral da pesquisa foi analisar a ocorrência de sintomas de estresse, ansiedade e depressão em mães e verificar se tais sintomas estavam relacionados aos sintomas de seus filhos que sofreram abuso sexual. Os objetivos específicos foram: descrever os sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade em mães de vítimas de abuso sexual; analisar se classe social, nível educacional, raça, renda, abuso sexual da criança ser intrafamiliar ou extrafamiliar, e o fato de a mãe ter sofrido abuso sexual foram fatores preditores para os sintomas de transtorno de estresse pós traumático, ansiedade e depressão nas crianças/adolescentes e em suas mães. Participaram desta pesquisa 65 mães de filhos(as) com idades entre 6 e 18 anos, recrutadas por meio de redes sociais e grupos de apoio. Para a pesquisa, foram aplicados os seguintes instrumentos: Child Behavior Checklist; Inventário de Ansiedade de Beck; Inventário de Depressão de Beck; Posttraumatic Stress Disorder Checklist e Questionário com dados sociodemográficos e características do abuso sexual. A coleta de dados foi realizada de forma on-line por meio do Google Forms. Os resultados apresentaram níveis grave e moderado para ansiedade e depressão, bem como estresse pós-traumático, em 70,8% da amostra de participantes. No CBCL dos filhos, foram obtidos resultados clínicos na maioria dos itens, em especial na competência atividade e total, problemas internalizantes e total de problemas. Foram realizadas análises de regressão linear múltipla, demonstrando que as variáveis sociodemográficas, o abuso sexual intrafamiliar, a mãe ter sofrido abuso sexual e as variáveis do CBCL não foram preditores para sintomas de ansiedade e depressão das mães. Para os sintomas de estresse pós-traumático das mães, observou-se que as queixas somáticas dos filhos foram preditoras, explicando 70,8% do desfecho. Conclui-se que a maioria dos sintomas apresentados pelos filhos que sofreram abuso sexual não está relacionada com os sintomas das mães, evidenciando que a ocorrência do abuso sexual por si só é um fator de adoecimento para as mães.

Palavras-chave: abuso sexual, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, pais não agressores.

Abstract

The present work aimed to analyze the occurrence of symptoms of stress, anxiety and depression of mothers and if they were related to the symptoms of their children who suffered sexual abuse. The specific objectives were: to describe the symptoms of post-traumatic stress disorder, depression and anxiety in mothers of sexually abused children; to analyze whether social class, educational level, race, income, sexual abuse of the child being intrafamilial or extrafamilial, mother had suffered sexual abuse, were predictive factors for the symptoms of PTSD, anxiety and depression in children/adolescents and their mothers. Had been participated in this research 65 mothers of children aged between 6 and 18 years, who was recruited through social networks and support groups. For the research, the following instruments have been applied: Child Behavior Checklist; Beck Anxiety Inventory; Beck Depression Inventory; Posttraumatic Stress Disorder Checklist and Questionnaire with sociodemographic data and characteristics of sexual abuse. Data collection was performed online through Google Forms. The results showed severe and moderate levels of anxiety and depression, as well as post-traumatic stress in 70.8% of the sample of participants. Clinical results were obtained on 12 children's CBCL items. Multiple linear regression analyzes were performed, demonstrating that sociodemographic variables, intrafamilial sexual abuse, the mother having been sexually abused, and CBCL variables were not predictors for mothers' anxiety and depression symptoms. For the mothers' post-traumatic stress symptoms, it was observed that the children's somatic complaints were predictive, explaining 70,8% of the outcome. It is concluded that most of the symptoms presented by the children who suffered sexual abuse are not related to the mothers' symptoms, showing that the occurrence of sexual abuse, in itself, is a factor of illness for the mothers.

Keywords: sexual abuse, post-traumatic stress disorder, anxiety, depression, non-offending parents.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	6
1.1	O abuso sexual e suas sequelas para as vítimas	10
1.2	Pesquisas sobre sintomas/sequelas do abuso sexual nas mães das vítimas	17
1.3.	Revisão sistemática sobre os sintomas em mães de vítimas de abuso sexual.	20
2.	OBJETIVOS	40
3.	MÉTODO	41
3.1	Participantes	41
3.2	Instrumentos	42
3.3	Procedimentos	45
3.4	Análise de dados	45
4.	RESULTADOS	47
5.	DISCUSSÃO	53
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	64
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	80
	ANEXO B – <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL/YSR)	83
	ANEXO C – Inventário de Depressão de Beck (BDI)	87
	ANEXO D – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	89
	ANEXO E – <i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist</i> (PCL-C)	90
	ANEXO F – Questionário sociodemográfico e características do abuso sexual	91

1. INTRODUÇÃO

Considerado um problema social e de saúde pública mundial que está longe de acabar, o abuso sexual infantil (ASI), especificamente, afeta o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da vítima, com danos que podem persistir por toda a vida (Caminha & Habigzang, 2008). É reconhecido como a forma mais comum de violência contra crianças e adolescentes, tendo em vista que ocorre diariamente em todo o mundo, causando sequelas físicas e psicológicas (Furniss, 1993). Múltiplas desordens são consideradas como possíveis consequências do abuso sexual, dentre elas os transtornos de humor, a ansiedade e a depressão (Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005).

Revisões realizadas nos últimos anos sobre o tema relataram taxas de prevalência de ASI entre 5% e 18% entre crianças e adolescentes, dependendo do contexto geográfico e cultural em que os estudos foram realizados (Cunha & Dutra, 2019). Em 93% dos casos, as vítimas de agressão sexual infantil conhecem o perpetrador (Habigzang et al., 2005). A faixa etária de maior risco é entre 6 e 12 anos, e as meninas têm três vezes mais probabilidade de sofrer abuso em comparação aos meninos (Senn, Braksmajer, Urban, Coury-Doniger, & Carey, 2017). No entanto, observou-se que, devido a aspectos relacionados à masculinidade e ao medo de serem rotulados e estigmatizados, os meninos muitas vezes não admitem ter sido abusados, o que dificulta a precisão da informação. É possível, portanto, que a proporção de meninos vítimas de abuso seja superior à reportada nos estudos da área (Pereda, Adad, & Guilera, 2016).

No Brasil, a legitimação de direitos específicos para crianças e adolescentes aconteceu com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que prevê expressamente, em seu artigo 227, a garantia da proteção aos direitos da criança, do adolescente e do jovem,

e o dever de todos – Estado, família e sociedade – para com a garantia desses direitos (Brasil, 1988). Dois anos depois, em 1990, foi ratificada no País a Convenção sobre os Direitos da Criança – adotada, em 20 de novembro de 1989, pela Assembleia Geral da ONU –, e foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), visto como grande passo em direção à proteção integral dessa parcela da população (Maciel, 2018).

Dados epidemiológicos recentes, contudo, apontaram o crescimento da violência sexual contra crianças e adolescentes, o que vai na contramão do que se entende por proteção dessa população. A cada hora, quatro meninas de até 13 anos de idade são abusadas sexualmente no Brasil, de acordo com dados coletados pelo *Anuário Brasileiro de Segurança Pública* de 2019. No que diz respeito ao perpetrador, a predominância é de indivíduos do sexo masculino, em sua maioria conhecidos da vítima, muitas vezes um dos familiares (Pereda et al., 2016). Segundo Relatório do *Child Trauma Academy*, uma em cada três mulheres, nos EUA, e um em cada cinco homens foram vítimas de abuso sexual antes dos 18 anos. Dados da Academia Americana de Especialistas em Estresse Traumático (AAETS) apontam, além disso, que 30% das crianças do sexo masculino foram molestadas de alguma forma, em comparação com 40% das crianças do sexo feminino (Lima & Diolina, 2017).

Em 18 de maio de 2020, dia nacional de combate à violência sexual contra crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde (Brasil, 2020) divulgou dados – referentes aos 159 mil registros feitos pelo Disque Direitos Humanos ao longo de 2019 – que representaram um aumento de quase 14% em relação ao ano de 2018; contudo, o estudo não indicou o índice de prevalência de abuso sexual entre meninos e meninas. O levantamento ainda permitiu verificar que, em 73% dos casos, a violência sexual aconteceu na própria casa da vítima ou do suspeito; em 40% das denúncias, o perpetrador foi o pai ou o padrasto. Em 87% dos registros, o suspeito é do sexo masculino e com idade entre 25 e 40 anos, ao passo que 46%

das vítimas são adolescentes do sexo feminino na faixa etária entre 12 e 17 anos (Brasil, 2020). Em 2019, a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (2021) recebeu um alto número de denúncias de agressões sexuais, em sua linha direta *Disque 100*, dentre as quais 10% correspondiam a vítimas de até 18 anos de idade – com relação a essa faixa etária específica, portanto, foram 80,4 mil denúncias em 2015; 76,1 mil em 2016; 84 mil em 2017; 76,2 mil em 2018; e 86,8 mil em 2019.

O CADÊ Paraná (Crianças e Adolescentes em Dados e Estatísticas) publicou, em setembro de 2019, relatório com números relativos a denúncias de abuso sexual contra crianças e adolescentes: em 2014, foram 1.807; em 2015, 1.895; em 2016, 2.127; em 2017, 2.515; e, por fim, em 2018, 3.114 – totalizando 11.458 denúncias no Estado. O relatório do Observatório da Criança e do Adolescente (2021) apontou que, no Brasil, somente em 2018, houve 31.799 denúncias de abuso sexual contra menores de 19 anos de idade; para essa mesma população, apenas na cidade de Curitiba (Paraná), foram 927 casos – 251 deles entre crianças de 5 a 9 anos, 293 na faixa etária seguinte, dos 10 aos 14 anos.

No início de 2019, é pertinente mencionar, o mundo foi acometido pela pandemia de Covid-19. Devido ao alto índice de disseminação da doença, implementaram-se medidas de isolamento social em todo o País. As aulas presenciais foram suspensas, bem como houve o fechamento das escolas e dos lugares de convívio social de crianças e adolescentes – situação que perdura parcialmente até o momento em que este trabalho é escrito. Nesse contexto, a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (2021) publicou que o ano de 2020 teve queda de 4,5% nas denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes em relação a 2019. Foram 14.621 registros no primeiro ano da pandemia e, em 2021, até 12 de maio, o *Disque 100* registrou média de 6 mil denúncias de violência infantil.

A Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Brasil, 2021) emitiu uma nota chamando a atenção para o fato de que, como a maior parte das ocorrências de abuso sexual advêm do meio intrafamiliar, as vítimas ficaram mais vulneráveis e com menos voz devido ao isolamento social, e que, portanto, é possível deduzir que a diminuição das denúncias tenha se dado em razão das medidas restritivas impostas por ocasião da pandemia da Covid-19. Outro ponto decorre do fato de as crianças não estarem frequentando o ambiente escolar, lugares públicos ou realizando atividades recreativas – situações em que outras pessoas poderiam fiscalizar potenciais situações de risco e violência contra essas crianças e realizar a denúncia.

Diante dos dados apresentados, foi possível observar que, apesar dos esforços para manter crianças e adolescentes em segurança, não existem meios totalmente eficazes no combate aos casos de violência sexual existentes no Brasil e no mundo. Recentemente, esse quadro foi agravado pelo contexto da pandemia de Covid-19, os riscos de manter isolados crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, a exposição excessiva e/ou falta de monitoramento pelos responsáveis. Apesar da diminuição dos números relativos às denúncias, estes continuam altos e instáveis (Brasil, 2021).

Assim, notou-se que no Brasil, mesmo com estatísticas alarmantes, foi difícil mensurar a real dimensão do problema. Isso se dá devido à subnotificação desses casos, uma vez que, em sua maioria, eles ocorrem no ambiente familiar e longe de testemunhas. Além disso, os abusos sexuais, em grande parte, ocorrem na infância e início da adolescência, fase em que as vítimas são jovens demais para saber como expressar o que está acontecendo e procurar ajuda. Tal fato dificulta, ainda, o tratamento precoce e adequado, podendo então resultar em uma vida inteira de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão e

ansiedade, tendo em vista que o evento é capaz de produzir um trauma particularmente severo em razão dos sentimentos de vergonha e culpa que recaem sobre a vítima (Penteado, 2016).

Outrossim, é importante pontuar quão traumático o abuso sexual é para os familiares não agressores (mães, pais, avós). Isso porque a revelação de que tal incidente tenha ocorrido com alguma criança ou adolescente sob seus cuidados induz, nesse cuidador, sensação de culpa, impotência e outros sentimentos negativos que podem se transformar em TEPT, depressão e ansiedade (Stelko-Pereira & Williams, 2019).

1.1. O abuso sexual e suas sequelas para as vítimas.

O abuso sexual infantil (ASI) ocorre quando um adulto, aproveitando-se de sua superioridade, usa uma criança ou um adolescente para proporcionar prazer, estimulação ou gratificação sexual; pode ocorrer através do contato físico (por exemplo: sexo vaginal, oral ou anal), ou pela visualização de pornografia, nudez, exibição de adultos ou solicitações de favores sexuais (Brattfjell & Flam, 2019). O ASI pode ocorrer em um único ato ou em vários episódios, de curta ou longa duração, e é capaz de provocar danos à saúde, à sobrevivência e/ou à dignidade da vítima (Eisenstein, 2004). Abuso sexual pode envolver o contato sexual com penetração (coito oral, coito vaginal ou coito anal) ou sem penetração (manipulação dos órgãos genitais, beijos, masturbação, pornografia, exibicionismo e telefonemas obscenos) (Lima & Diolina, 2017). Trata-se de evento capaz de produzir um trauma particularmente severo, devido à vergonha e à culpa que recaem sobre a vítima.

Como mencionado anteriormente, o ASI ocorre na infância e início da adolescência, fase em que as vítimas geralmente são jovens demais para conseguir procurar ajuda e expressar o que está acontecendo. Quando não tratado adequadamente, pode resultar em uma

vida inteira de TEPT, depressão e ansiedade (Penteado, 2016). É pertinente frisar que a maior parte dos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes acontece no contexto familiar, geralmente praticada por pessoas próximas, que desempenham papel de cuidadoras; isso justifica que tais abusos sejam qualificados de intrafamiliares ou incestuosos (Mauer, Waterman, Edwards, & Banyard, 2021). O abuso sexual extrafamiliar, por sua vez, tem uma dinâmica de funcionamento específica: inicia-se sutilmente e, conforme o abusador adquire a confiança da vítima, de forma gradual, tornam-se mais íntimos e iniciam-se os contatos físicos, que podem variar de um afago a uma relação sexual genital, oral ou anal. O agressor, por se tratar de pessoa próxima à criança, faz que ela confie, apropriando-se desse poder que exerce sobre a vítima para garantir que o abuso permaneça em segredo. Há que frisar, ademais, que a dependência emocional em relação ao abusador também garante esse sigilo (Doucette, Collibee, & Rizzo, 2021).

Portanto, trata-se de situação que engloba diversas questões legais ligadas à proteção da criança e à punição do agressor, admitindo-se, ainda, ações terapêuticas voltadas para a atenção à saúde física e mental da criança/adolescente e de sua mãe ou responsável legal do sexo feminino, levando-se em consideração as consequências psicológicas que decorrem das situações de abuso (Williams, 2014). Essas consequências estão intimamente relacionadas a fatores como a faixa etária da criança, a duração do abuso, as condições em que essa situação ocorreu (envolvendo as violências e as ameaças), o nível de relacionamento com o agressor e ausência de uma figura paternal protetora (Mathews & Collin-Vézina, 2019).

Dentre as variáveis relacionadas à vitimização sexual consideradas por Schaefer, Brunnet, Lobo, Carvalho e Kristensen (2018), além do transtorno de estresse pós-traumático, estão presentes a ansiedade, a depressão e a dificuldade para dormir. As sequelas do abuso sexual infantil são distintas e severas. Crianças e adolescentes que passaram por uma situação

de abuso sexual tendem a apresentar mais sintomatologias clínicas do que aquelas que não foram violentadas. Schaefer, et al, apontam, também, que o abuso sexual é associado tanto a sintomas externos, como é o caso dos comportamentos agressivos, quanto internos, como depressão, ansiedade, isolamento, dificuldades de foco e atenção e queixas somáticas.

A psicoterapia é crucial para a vítima de abuso sexual. Além de diminuir ou prevenir os sintomas de TEPT, ansiedade e depressão, também pode ajudar a reduzir a possibilidade de a vítima repetir o padrão abusivo (Florentino, 2014). Os efeitos ocasionados pela situação de abuso sexual exercem um forte impacto no desenvolvimento das crianças e adolescentes vitimados. Impacto este que pode ser medido por meio de inúmeros fatores (Borges & Dell'Aglio, 2008). Tais fatores, por sua vez, estão ligados às características individuais da criança, da família e, ainda, ao contexto em que vive, ao contexto de abuso e ao contexto de revelação (Nurcombe, 2000). É importante destacar que a idade em que o abuso sexual foi iniciado, sua frequência e sua duração, a presença ou não de penetração e a primeira pessoa para quem a criança revelou o abuso são variáveis que auxiliam na medição do impacto do ASI (Ruggiero, McLeer, & Dixon, 2000).

Os traumas desse abuso são distintos e severos. Podem ser físicas – como doenças sexualmente transmissíveis, sinais de trauma na área genital (sangramento inexplicável ou hematomas, dentre outros), comportamento sexual inadequado para a idade da criança e conversa excessiva ou conhecimento de cunho sexual, abortos ou gravidez indesejada na adolescência – e, ainda, psicológicas/emocionais, manifestando-se por meio do medo, da depressão, da ansiedade e do sentimento de culpa (Lima & Diolina, 2017).

O fato de ter sofrido algum episódio de ASI tem sido associado a um pior funcionamento psicológico, ao comportamento agressivo, a problemas interpessoais e a dificuldades educacionais. É notável que a experiência da criança ou do adolescente como

vítima do abuso explica como eles costumam expressar excessivo sentimento de culpa, independentemente do nível da cooperação e da vontade de participar do abuso sexual. (Tavares, Silva Santos, Lira, Lima Gondim, & Targino, 2020). Outro aspecto a ser levado em consideração é que, além dos quadros psiquiátricos que decorrem desses abusos, observam-se mudanças de comportamento afetivas e cognitivas nas vítimas – como é o caso, por exemplo, de agressividade, fugas do lar, irritabilidade, baixo rendimento escolar, sentimentos constantes de culpa e raiva (Habigzang & Caminha, 2004).

Há uma grande variedade de sintomas clínicos relacionados às situações abusivas vivenciadas por essas crianças e adolescentes agredidos, como medo, choro, comportamento sexualizado e enurese (Borges & Dell’Aglia, 2008). De acordo com Schaefer et al. (2018), crianças que vivenciaram alguma forma de abuso sexual, em algum momento da vida, apresentam certos fatores em seu comportamento capazes de causar grande impacto em sua vida emocional, social e psiquiátrica, tais como: comportamentos sexuais inadequados, como o toque frequente nos genitais de outras pessoas; possuir interesse e conhecimento sexual amplo, avançado para a idade; masturbação frequente e até pública; preocupações e pensamento de natureza sexual; sensações atípicas para a fase de desenvolvimento na qual a criança/adolescente se encontra, que ocorrem em uma frequência muito maior do que a esperada; e conflitos sexuais (é comum que haja respostas negativas aos estímulos sexuais e medo recorrente de serem explorados sexualmente).

Estudos que analisaram os efeitos do ASI no desenvolvimento infantil detectaram a presença desses sintomas como principais mecanismos que motivaram as mudanças emocionais e comportamentais das crianças e adolescentes que foram abusados sexualmente de forma intrafamiliar ou extrafamiliar (Tyler, 2002). Tais sintomas clínicos fornecem bases importantes à análise e avaliação dos casos e/ou suspeitas de abuso (Borges & Dell’Aglia,

2008). Apontam, ainda, para o fato de que a presença desse quadro sintomatológico pode servir como um instrumento para indicar a presença de ASI. Entretanto, há que levar em consideração que a heterogeneidade dos sintomas e as psicopatologias em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual acabam fomentando uma visão mais simplista do tipo causa-efeito (Putnam, 2003).

A saúde mental das vítimas é muito frágil, uma vez que sintomas e transtornos psiquiátricos diversos podem se manifestar ao longo de suas vidas. Verifica-se que as vítimas de abuso infantil têm quatro vezes mais chances de desenvolver transtornos de personalidade quando comparadas com a população em geral, o que se configura um problema de saúde pública (López, Gigato, & Alvarez, 2012).

Morrison, Bruce e Wilson (2018) elencam sete tópicos que se tornaram evidentes em relação à situação de abuso: medo do que irá acontecer; as reações dos outros no momento da descoberta do abuso; a descrença; as emoções e o impacto do abuso; a oportunidade para contar; a preocupação consigo mesmo e com os outros; e os sentimentos relacionados ao abusador. Segundo os autores, tais temas apontam para a importância de as vítimas terem acesso a suporte, estrutura e oportunidade para que o relato desse abuso e a sua divulgação sejam facilitados, com vistas a ajudar as agências a desenvolverem práticas capazes de favorecer essa divulgação e libertar essas crianças/adolescentes do sofrimento acarretado pela situação de abuso.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um distúrbio de saúde mental que ocorre após situações que envolvem algum tipo de violência, dano físico ou, alternativamente, situações que contêm uma ameaça iminente de violência (Williams, 2014). Trata-se da sequela mais presente nos casos de abuso sexual, tanto os sintomas intrusivos (memórias involuntárias acerca do evento traumático, flashbacks e pesadelos) quanto os

sintomas evitativos (dificuldades para lidar com estímulos vinculados ao trauma). Ocorre, também, o aumento da ativação fisiológica (estado de alerta constante) (Cougler, Timpano, Sachs-Ericsson, Keough, & Riccardi, 2010). A vítima reage de forma intensa a partir da dor, do pavor, do medo e/ou do terror (Borges & Dell'Aglio, 2008).

Diante desse cenário, alguns autores afirmam que o evento traumático propicia o desenvolvimento do TEPT; e que, apesar de o estresse pós-traumático se tratar de uma resposta esperada após a ocorrência de um trauma em uma dimensão cognitiva, é definido como uma espécie de transtorno que envolve também a memória. Assim, o conceito de TEPT perpassa pelos fatores voltados às falhas no processamento da memória traumática advindos da generalização dos estímulos comuns ao evento traumático. Vive-se em um estado frequente de ameaça. Somam-se a isso os problemas neuropsicológicos que se manifestam nas funções de aprendizagem verbal, na memória e nos problemas de foco e atenção. Além disso, os pesquisadores identificaram que os comportamentos sexuais inadequados (manipulação da genitália, atração por pornografia, tocar na parte íntima de pessoas) estão relacionados com os sintomas associados ao TEPT, pois cerca de um terço das crianças vítimas de abuso sexual apresentam sintomas pós-traumáticos significativos (Broadus-Shea, Scott, Reijnders, & Amin, 2021).

As crianças vítimas de ASI têm probabilidade 20% maior de desenvolver TEPT em comparação com crianças sadias. Ademais, existe uma crescente de 40% para TEPT em meninas/os vítimas de abuso (Collin-Vézina, Daigneault, & Hébert, 2013). Outro estudo, realizado entre crianças dos EUA, demonstrou que o risco de vítimas de algum tipo de negligência ou abuso, incluindo o sexual, desenvolverem TEPT é 1,75 vezes maior do que entre crianças que não sofreram tais situações. As vítimas de abuso sexual possuem prevalência de desenvolvimento de TEPT entre 21% e 74% (Banyard, 2003). Em outra

pesquisa, 91,7% da amostra que relatou ter sofrido abuso sexual na infância possuía, na data do estudo, quadro de TEPT resultante da violência sofrida (Finkelhor, 2009).

Brattfjell e Flan (2019) analisaram que os efeitos do ASI motivaram mudanças emocionais e comportamentais de crianças e adolescentes que foram abusados sexualmente de forma intrafamiliar ou extrafamiliar. Tais sintomas clínicos fornecem bases importantes à análise e avaliação dos casos e/ou suspeitas de abuso. Os pesquisadores apontam para o fato de que a presença do quadro sintomatológico pode servir como um instrumento para indicar a presença de ASI. Entretanto – vale chamar a atenção novamente para esse aspecto –, há que levar em consideração que a heterogeneidade dos sintomas e as psicopatologias em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual acabam fomentando uma visão mais simplista do tipo causa-efeito. Para detectar tais sintomas, devem ser considerados os aspectos advindos do modelo multifacetado do trauma. Com isso, percebe-se que a variedade dos resultados negativos relacionados ao desenvolvimento seria uma análise mais apropriada do que a avaliação de uma síndrome mais específica do ASI (Tyler, 2002; Borges & Dell'Aglio, 2008).

De acordo com os autores, a experiência vivenciada pela vítima é um fator capaz de explicar o comportamento pós-abuso que acaba por perdurar até a fase adulta, resultando em baixa autoestima durante toda a vida da pessoa abusada, e incluindo outros aspectos como a presença da criminalidade e o uso de substâncias. Devido à série de consequências psicológicas que acompanham a experiência do abuso sexual, os efeitos se manifestam de maneira frequente e com maior intensidade em vítimas que evitam falar sobre a experiência sofrida na infância. Dessa forma, o aconselhamento é crucial para a vítima de abuso sexual, pois auxiliará na diminuição, ou mesmo prevenção, dos sintomas de depressão, ansiedade e

TEPT, bem como poderá reduzir a possibilidade de repetição do padrão abusivo por parte da vítima (Tavares et al., 2020).

De acordo com Dworkin e Schumacher (2018), o TEPT, a ansiedade e a depressão são os sintomas mais predominantes no que toca aos transtornos mentais ligados à agressão sexual, tendo em vista que o episódio é largamente traumático. Nesse sentido, é importante analisar os sintomas de TEPT, depressão e ansiedade não somente nas crianças vítimas desse evento, mas avaliá-los também nas mães dessas vítimas de ASI, a fim de verificar se existe relação entre os sintomas da criança e os de sua mãe.

1.2. Pesquisas sobre sintomas do abuso sexual nas mães das vítimas.

Manter crianças e adolescentes seguros é um grande desafio. Isso porque o abuso sexual infantil não se restringe a um único padrão de acontecimentos, bem como não se prende a nenhuma classe socioeconômica, cultural, religiosa ou familiar específica. Sua ocorrência se dá em todas as camadas da sociedade e não escolhe raça, credo, condição social ou financeira da vítima. Falar sobre o abuso sexual sofrido pela filha ou pelo filho pode desencadear uma variedade de reações comportamentais e emocionais nos cuidadores não agressores, incluindo tristeza, raiva, negação, assim como também pode gerar condições de apoio e proteção para a vítima (Godbout, Vaillancourt-Morel, Bigras, Briere, Briere, & Hébert, 2019). Embora o ASI possa ocorrer no meio extrafamiliar (vizinhos, professores, colegas da escola, desconhecidos), é pertinente reafirmar que a maior parte dos casos acontece no contexto familiar e é praticada por pessoas próximas – dentre as quais, em grande parte dos casos, aquelas desempenham o papel de cuidador: padrastos, tios, primos e até irmãos (Mauer et al., 2021).

No que diz respeito ao abuso sexual intrafamiliar, a figura materna, em geral, fica fortemente envolvida com a situação, e pode vivenciar essa violência de três formas: como uma vítima, como uma testemunha ou como uma perpetradora (Mauer et al., 2021). Nota-se que, na maior parte das situações de abuso sexual, a figura materna não é vista como perpetradora do abuso, mas como alguém para quem essa situação, em um primeiro momento, costuma ser revelada (Kreklewetz & Piotrowski, 1998).

A revelação – quando a vítima conta para alguém a situação de violência que sofria ou que está sofrendo – é um passo decisivo nesse processo. Alguns autores destacam que a revelação do abuso sexual fomenta uma crise imediata nas famílias, o que torna necessárias ações integradas e de abordagem multidisciplinar para a recuperação das vítimas e de suas mães sem causar qualquer tipo de dano maior, em virtude da situação de exposição e das rupturas promovidas pela revelação do abuso sexual (Mauer et al., 2021). Essa informação pode ficar restrita ao contexto familiar ou pode, ainda, tornar-se pública (Santos & Dell’Aglia, 2010). A divulgação da situação violenta experienciada fomenta intervenções movidas por diversas entidades e profissionais, cujo intuito é a proteção da vítima e a responsabilização do agressor (Brady, Ashley, & Zedaker, 2019).

É comum que, após a revelação do abuso sexual, os cuidadores não infratores, especialmente as mães, se questionem sobre aspectos como: a veracidade do relato da criança; como agir diante do assunto; como se relacionar com o agressor (se este fizer parte do núcleo familiar); autoquestionamentos sobre a própria capacidade de cuidar da vítima; demandas com os cuidados físicos e psicológicos da vítima e de seus irmãos (quando houver); e sobre as finanças familiares, quando se trata de agressor que contribui financeiramente com a família (Stelko-Pereira e Williams, 2019).

Nesse contexto familiar, é comum a ideia de que a mãe, vista como mais próxima à criança, devesse estar atenta aos sinais de abuso sexual. Contudo, Carvalho, Galvão e Cardoso (2009) frisam que, por processos inconscientes, as genitoras tendem a negar as evidências. Dessa forma, não se deve “crucificar” a mãe, mas sim perceber a dinâmica familiar como um todo. Os autores compreendem que a mãe faz parte, também, do universo vitimado, e que deve ser referenciada como uma vítima, assim como a criança ou o adolescente agredido; porém, trata-se de uma vítima secundária (Carvalho, Galvão, & Cardoso, 2009).

Com relação à conduta das mães de crianças vítimas de ASI, elas em geral carregam sentimento de culpa por não terem se dado conta do risco iminente e, conseqüentemente, não terem conseguido evitar o abuso de seus(suas) filhos(as). Outro aspecto extremamente relevante a ser apontado é que muitas dessas mães também sofreram abusos na infância ou na juventude, e não receberam nenhum tipo de intervenção na época em que vivenciaram tal situação (Downing, Akinlotan, & Thornhill, 2021).

O TEPT, a ansiedade e a depressão são os sintomas que mais predominam nas mães de crianças e adolescentes, no que toca aos transtornos mentais ligados à agressão sexual sofrida por seus filhos, tendo em vista que o episódio é largamente traumático para pais não agressores (Dworkin & Schumacher, 2018). As mães de vítimas de ASI têm probabilidade 20% maior de desenvolver TEPT quando comparadas a pais e mães que não relatam, em seu histórico familiar, agressão sexual contra seus filhos (Kimberg & Wheeler, 2019).

Kimberg e Wheeler (2019) apontam para uma relação de, aproximadamente, 40% para TEPT e 30% para transtornos de ansiedade e depressão em mães de filhos vitimizados. Já Mathews & Collin-Vézina (2019), por sua vez, identificaram uma prevalência entre 21% e 74% de desenvolvimento de TEPT para essa mesma população. De acordo com outro

estudo, realizado entre mães nos EUA, o risco de depressão suicida é 1,75 vezes maior do que em mães de crianças que não sofreram tais situações. Em outra pesquisa, 91,7% das mães cujos filhos sofreram abuso sexual relataram ter, elas mesmas, também sofrido abuso sexual na infância; e, na data do estudo, possuíam quadro de TEPT resultante da violência sofrida (Merrick, 2019). Nesse sentido, reitera-se a relevância de analisar mais a fundo os sintomas de TEPT, depressão e ansiedade nas mães de vítimas de ASI, com o intuito de verificar a possível relação entre os sintomas da criança e os de suas mães.

1.3. Revisão sistemática sobre os sintomas em mães de vítimas de abuso sexual.

Com o objetivo de ampliar a compreensão sobre o estado da arte, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, que assume caráter teórico e empírico, acerca dos sintomas em mães de vítimas de abuso sexual. Embora ainda haja poucos estudos a esse respeito, principalmente em países de renda baixa e média, como o Brasil, o impacto causado pelo abuso sexual de crianças e adolescentes sobre as mães dessas vítimas tem sido descrito como um dos preditores mais importantes de doenças mentais nessa população específica. Pesquisas encontradas relatam a importância que o apoio oferecido a essas mães pode ter para a diminuição dos transtornos, tanto nelas como nas vítimas, afetando de maneira importante a saúde mental dessa população.

A presente revisão sistemática buscou sintetizar as evidências disponíveis na literatura acerca dos sintomas de TEPT, depressão e ansiedade em mães de vítimas de ASI. Para isso, seguiu os procedimentos metodológicos descritos na literatura (Galvão, Pansani, & Harrad, 2015). A primeira fase dos procedimentos de busca e seleção se deu no mês de abril de 2021, e foi realizada em periódicos revisados por pares e indexados nas bases de

periódicos eletrônicas *Science Direct*, *Psycinfo* (APA) e Biblioteca Virtual em Saúde. Tais bases de dados foram escolhidas em virtude da multidisciplinaridade de suas publicações e dos conteúdos que se supõe estar a elas vinculados. A seleção dos descritores foi baseada em uma consulta prévia ao *Medical Subject Headings* (MeSH), nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e em artigos científicos sobre o tema.

Foram utilizados descritores relacionados aos sintomas de TEPT, de depressão e de ansiedade em mães de vítimas de ASI. A combinação dos descritores foi realizada por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”. As sintaxes e os descritores utilizados foram: (“abuso sexual na infância” OR “abuso sexual infantil”) AND (“transtorno de estresse pós-traumático” OR “ansiedade” OR “depressão”) AND (“pais não agressores”) AND (“sintomas de abuso sexual em mães”). Foram também utilizadas as respectivas versões em inglês: (“child sexual abuse”) AND (“post-traumatic stress disorder” OR “anxiety” OR “depression”) AND (“non offending parents”) AND (“mother symptoms sexual abuse”).

Na segunda fase de busca e seleção, foram estabelecidos os seguintes critérios: (1) inserção dos descritores em língua portuguesa e letras minúsculas; (2) inserção dos descritores em língua inglesa e letras minúsculas; (3) filtragem por artigos; e (4) seleção de materiais publicados nos últimos cinco anos. Na terceira fase de busca e seleção, os artigos selecionados foram submetidos ao teste de relevância, que representa publicações com respostas afirmativas ao seguinte questionamento: 1) A pesquisa utiliza instrumentos para identificar sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e/ou depressão em mães de vítimas de ASI? Para essa pergunta, a resposta positiva teria como resultado a inclusão do artigo na análise, ao passo que a resposta negativa resultaria na exclusão do artigo.

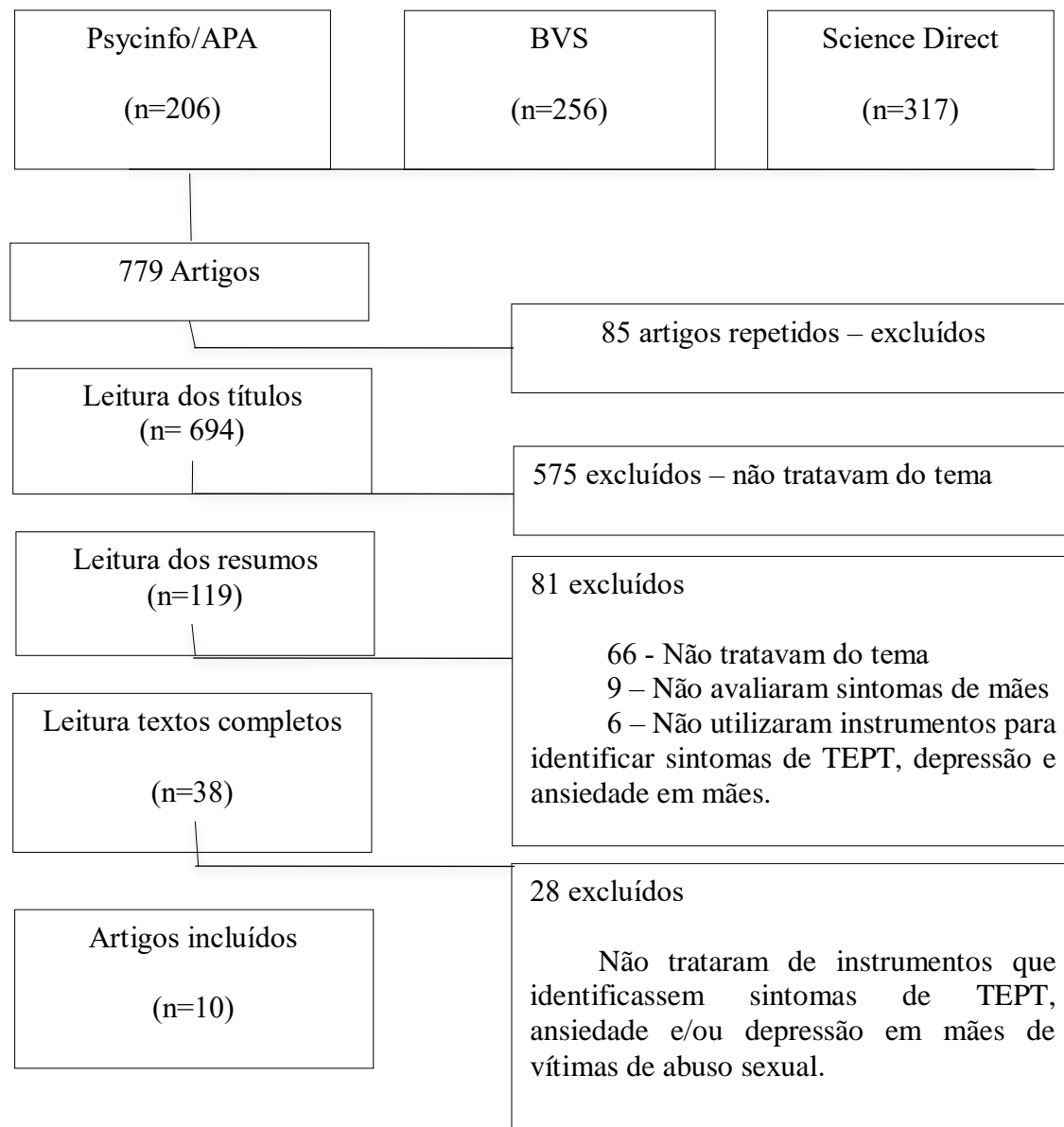
A busca inicial identificou 779 títulos (85 repetidos). Após a leitura dos títulos não repetidos (694), foram excluídos 575, pois não se relacionavam com o tema. Em seguida, realizou-se a leitura dos resumos (119), o que resultou na exclusão de 81 artigos por não tratarem do tema; não avaliarem sintomas de mães de vítimas de ASI; não utilizarem instrumentos para identificar sintomas de TEPT, depressão e ansiedade nessas mães. Por fim, foram selecionados 38 artigos para leitura na íntegra. Após a leitura, 28 estudos foram excluídos por não tratarem de instrumentos que identificassem sintomas de TEPT, ansiedade e/ou depressão em mães de vítimas de ASI. Ao final, portanto, apenas 10 dentre todos os artigos analisados passaram no teste de relevância e foram incluídos (Figura 1).

O levantamento dos artigos relacionados a esse tema demonstrou a necessidade de mais pesquisas na área, especificamente em países de renda baixa e média, visto que a grande maioria dos estudos são oriundos de países de renda alta. Foram incluídos artigos extemporâneos aos cinco anos, devido à escassez, levando em conta a afinidade com o assunto aventado nesta pesquisa e sua relevância temática. Assim, restaram: um artigo de 1993; um artigo de 2013; dois artigos de 2016; um artigo de 2019; um artigo de 2020; e quatro artigos de 2021.

Dentre os estudos selecionados, seis foram retirados da base de dados APA/Psycinfo; dois da Science Direct, e dois da Biblioteca Virtual em Saúde. Os respectivos artigos foram publicados nos seguintes periódicos: *Elsevier Ltd* (n=3), *Family Psychology Journal* (n=1), *Child Sexual Abuse Journal* (n=1), *Human Sciences Press Inc* (n=2), *American Orthopsychiatric Association, Inc.* (n=1), e *International Society for the Study of Traumatic Stress* (n=2).

Os artigos eram escritos predominantemente em língua inglesa. Dentre as áreas de conhecimento dos periódicos em que os artigos analisados foram publicados, destacam-se os eixos de saúde pública, psicologia e multidisciplinar.

Figura 1. Etapas de seleção dos artigos incluídos na revisão sistemática.



Fonte: Elaborado pela autora.

No total, os estudos incluíram relatos de 2.608 indivíduos. A idade dos cuidadores (mães, pais e outros parentes) não agressores variou de 24 a 58 anos, com idade média de 36 anos. A quantidade de mães não agressoras participantes dos estudos equivale a 79% da amostra, ao passo que os cuidadores do sexo masculino equivalem a 21%, aproximadamente. Comumente, é a mãe quem desempenha o principal papel em relação aos cuidados com os filhos, e é sobre ela que em geral recai a responsabilidade de perceber indícios de um possível abuso sexual (Davies, Morgan & Bennett, Demara, 2021; Langevin, Hébert, & Kern, 2021). Nesse cenário, de forma equivocada, é comum que a mãe seja tratada como alguém que não exerceu adequadamente seu papel, no entanto, uma análise cuidadosa deve ser realizada, pois as mães, assim como seus filhos, precisam de cuidados após a revelação (Espery, Horta., Gherardi-Donato & da Silva, Cristina, 2020).

A leitura dos estudos mostra que o impacto da descoberta do ASI provoca sensação de desamparo, culpa e vergonha nessas mães (Jose-Shields, Swiecicki, Fritz, Stinnette, & Hanson, 2016; Davies, Morgan Amanda & Bennett, Demara Beth, 2021). Em regra, após a revelação do abuso, cabe às mães acompanhar os filhos vitimizados nas interações com os profissionais de saúde e nesse momento, existe a necessidade de mãe e filho reinventarem seus papéis a partir das necessidades que surgiram após a descoberta do abuso sexual (Langevin, Hébert, & Kern, 2021).

O levantamento e a comparação desses dados podem fornecer informações sobre impacto do abuso sexual para as vítimas e suas mães; e, ao identificar sintomas e consequências diante do abuso ocorrido, ajudar a verificar comportamentos relacionados às práticas parentais e à saúde mental das mães e esses dados também poderão auxiliar no acompanhamento dos casos existentes, nos serviços que atendem a essa demanda (Hahn, Putnam, Epstein, Marans & Putnam, 2019).

Em relação aos perpetradores do abuso sexual, a maioria deles eram pais, padrastos ou pessoas que exerciam a figura paterna, além de irmãos, primos, tios e avós, e a taxa de homens abusadores é de aproximadamente 90% e a maioria das vítimas foram abusadas uma ou duas vezes, ao passo que a grande minoria foi abusada um número desconhecido de vezes (Davies, Morgan & Bennett, Demara (2021).

A gravidade do abuso foi dividida em uma escala de três intensidades, da mais alta para a mais baixa: a) penetração envolvida (anal, vaginal ou oral); b) carícias ou manipulação genital; e c) exposição e pornografia e dentre os participantes envolvidos, aqueles com o maior nível de angústia e TEPT foram os que sofreram abuso sexual com algum tipo de penetração (Hahn, Putnam, Epstein, Marans, & Putnam, 2019).

Tabela 1- Síntese de resultados obtidos

País/Ano	Autor(es)	Tamanho da amostra	Instrumentos	Resultados
EUA/1993	Newberger et al.	42 mães	1. Brief Symptom Inventory (BSI)	Escores de: 56,9% de depressão; 55,5% de somatização; 59,9% de obsessão compulsiva; 58,3% de ansiedade; 58,9% de hostilidade.
EUA/2013	Fong et al.	22 cuidadores de ambos os sexos	1. Questionário sociodemográfico. 2. Questionário de autorrelato. 3. Symptom checklist (SCL-90-R).	Apresentaram culpa, choque, devastação, indignação, angústia, preocupações com a saúde física da criança e com infecções por DST, problemas de saúde mental e preocupação em superar o abuso.
EUA/2016	Jobe-Shields et al.	96 cuidadores de ambos os sexos	1. Brief Symptom Inventory (BSI). 2. Caregiver parenting behaviors (APQ) 3. Beck's Anxiety Inventory (BAI) 4. Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms Scale (PSS-SR).	Um total de 24% da amostra de cuidadores apresentou angústia; 10% depressão; 7% TEPT e 6% no grupo combinado Todos os escores obtiveram pontuações na faixa clinicamente significativa.
Holanda/2016	Delft et al.	72 mães	1. Questionnaire of Adverse Childhood Experiences (ACEs). 2. Three domain aversion scale (TDDS). 3. Impact of Event Scale-Revised (IES-R).	38,9% das mães foram vítimas de ASI e isso indicou maiores níveis de TEPT diante da revelação do abuso de seus filhos (R=0,39), bem como quando o agressor era biologicamente ligado à criança. Mães com níveis

				mais altos de aversão sexual mostraram níveis mais altos de TEPT (R=0,35).
EUA/2019	Hhann et al.	649 díades cuidador-criança	1. Posttraumatic Checklist–Civilian (PCL-C). 2. Child PTSD Symptom Scale (CPSS)	37% dos cuidadores apresentaram estresse pós-traumático abaixo do ponto de corte, e 22% acima.
Brasil/2020	Espery et al.	10 cuidadoras do sexo feminino	1. Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). 2. Perceived Stress Scale (PSS-14). 3. Beck's Anxiety Inventory (BAI) 4. Questionário sociodemográfico.	A maior frequência de respostas foi na categoria sintomas somáticos (dor de cabeça, sono ruim, sensações desagradáveis no estômago, falta de apetite, tremores nas mãos). A pontuação média de estresse foi de 33.3 (DP=8,6) e 50% apresentaram ansiedade leve, 20% moderada e 30% grave.
Canadá/2021	Langevin et al.	997 cuidadoras do sexo feminino.	1. Questionário sociodemográfico. 2. Psychiatric Symptom Index (PSI). 3. Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms Scale (PSS-SR). 4. Dissociative Experiences Scale II (DES-II).	Em relação aos sintomas após o conhecimento do ASI, as diferenças foram significativas para os escores de sofrimento psicológico, dissociação e TEPT para mães abusadas sexualmente na infância quando comparados com mães que não foram abusadas.
Canadá/2021	Daignault et al.	298 mães	1. Psychological Distress Scale (IDP). 2. Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms Scale (PSS-SR). 3. Dissociative Experiences Scale (DES-II). 4. Conflict Tactics Scale (CTS). 5. Family Empowerment Scale (FES). 6. Questionário de Maneiras de Enfrentar (CTS)	Mais da metade da amostra relatou sofrimento psicológico e 1/4 da amostra atingiu nível clínico de sintomas de TEPT e dissociação; 9,4% da amostra apresenta, concomitantemente, TEPT e dissociação.
EUA/2021	Davies e Bennett	66 cuidadores	1. Parenting Stress Index (PSI-4-SF). 2. Stress Index for Parents of Teenagers (SIPA).	A pesquisa identificou alto nível de estresse parental, depressão e tristeza em cuidadores não ofensores após a descoberta do ASI.
EUA/2021	Jouriles et al.	356 mães biológica, adotiva e madrastra.	1. Behavioral risk factor surveillance system (BRFS). 2. Brief Symptom Inventory (BSI). 3. Relationship network inventory (NRI). 4. Questionário de características do abuso sexual.	As participantes experimentaram vitimização psicológica e física por seu parceiro íntimo ao longo da vida. Essas experiências estão correlacionadas com maior sofrimento psíquico, angústia, estresse e relatos de conflito mãe-filho após a revelação do abuso sexual.

Os 10 artigos analisados descreveram que as mulheres os sintomas de ansiedade, depressão e TEPT são antecessores ou agravantes após a descoberta do abuso sexual de seus filhos. Apesar de pouco estudada, a população de cuidadores não infratores possui papel fundamental na recuperação de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. A pesquisa de Newberger, Grenny, Waternaux e Newberger (1993), realizada nos EUA, foi um estudo pioneiro nessa área e buscou avaliar a sintomatologia materna perante a revelação de abuso sexual de seus filhos. A pesquisa mostrou que, dentre as participantes, 55,5% apresentaram somatização; 56,9% depressão; 57,3% fobia de ansiedade; 58,3% ansiedade; 58,9% hostilidade; 59,9% obsessão compulsiva, e 60,3% ideias paranoicas e psicoticismo, que é um padrão de personalidade tipificado por agressividade e hostilidade interpessoal. Esse estudo ressaltou a importância de atender às necessidades psicológicas de uma mulher como parte integrante do tratamento do abuso sexual de seu filho. Como um estudo pioneiro, os dados apontaram para uma forma alternativa de pensar nas mães, que também estão traumatizadas pelo abuso de seus filhos. O sofrimento emocional das mães, assim como os relatos sobre as emoções de seus filhos, deve ser considerado, para que intervenções adequadas sejam realizadas.

Daignault, Hébert, Cyr, Pelletier e McDuff (2021), Jobe-Schiels, Swiecicki, Fritz, Stinnette e Hanson, (2016) e Hahn, Putnam, Epstein, Marans e Putnam (2019) concluíram que entre a depressão e os sintomas de TEPT em mães, pais e responsáveis de crianças e jovens abusadas sexualmente comprometem o suporte emocional e a garantia de proteção aos filhos após a descoberta do abuso sexual. Com demasiada frequência, quando seus filhos são abusados sexualmente, mães se sentem culpadas – se não pelo abuso em si, então por suas reações após a descoberta.

Jobe-Schiels et. al (2016) constatou média de 7,84% de sintomas de TEPT, na qual 24% da amostra apresentou angústia; 17% depressão e 6% no grupo combinado. Hahn et. al. (2019) verificou que 22% de todos os cuidadores estavam acima do ponto de corte clínico para TEPT e 62% estavam com o nível subclínico. Após a intervenção clínica, os autores concluíram que o índice de TEPT do cuidador em relação ao abuso sexual do seu filho reduziu para 37%. Daignault et. al (2021), revelou que 57,8% apresentou sofrimento psicológico e 23% traumas relacionados aos sintomas. Isso porque, 51,4% das mães sofreram abuso sexual antes de atingir a idade adulta; 45,3% das mães estavam atualmente ou recentemente sofrendo violência do parceiro e 18% foram expostas à violência interparental quando crianças. Os autores evidenciam que a descoberta do abuso sexual dos filhos influencia diretamente na saúde mental do cuidador. No entanto, também se descobriu que alguns sintomas do TEPT, ansiedade e depressão não estejam relacionados apenas à descoberta do abuso sexual, mas também a outros eventos traumáticos da vida do cuidador. A saúde mental das mães que sofreram violência sexual em algum momento da vida é muito mais comprometida após a revelação do abuso sexual do filho. Os sintomas de sofrimento psicológico atingiram níveis clínicos nas 3 pesquisas e o sentimento de culpa também foi percebida como forte preditor dos sintomas de TEPT da mãe. Os resultados também indicaram que mães expostas à violência conjugal possuem menor repertório de estratégias de resolução de problemas quando confrontadas com a revelação de abuso sexual do filho. Nesse sentido, esse estudo sugere que pesquisas futuras avaliem quais eventos traumáticos anteriores a revelação do abuso agravam a sintomatologia do cuidador.

Além disso, após analisar os estudos de Jouriles, Gower, Rancher, Johnson, Jackson e McDonald (2021); Davies e Bennett (2021) notou-se que esse sofrimento intenso pode interferir na capacidade da mãe em ajudar seu filho na recuperação da violência sexual. Ao

saber do abuso sexual do filho, grande parte dos participantes descreveram seu estado emocional como “montanha russa” de raiva, choque, ansiedade, medo, vergonha, impotência, culpa, depressão e tristeza. Os dados encontrados revelaram que 42% dos cuidadores não infratores demonstraram um estresse parental elevado e que mães que não receberam o apoio psicológico adequado apresentarão dificuldade em ajudar seus filhos a se recuperarem do abuso sexual sofrido. Da mesma forma, os escores de interação pai-filho foram negativos, o que pode indicar ameaça ao vínculo fraterno (Davies & Bennett, 2021). Essas pesquisas sugerem que os cuidadores não agressores sejam considerados vítimas sobreviventes secundárias e recebam suporte emocional no tratamento de abuso sexual de seus filhos, intervenções que visem o tratamento de mães e filhos incluam uma triagem específica para mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo (VPI), tendo em vista que frequentemente são notados, nestas, elevados níveis de conflito e angústia em comparação a mulheres que não foram vítimas de VPI. Desse modo, seria possível gerenciar o TEPT e a depressão para melhorar a capacidade de atender às necessidades de seus filhos e oferecer-lhes apoio consistente.

A pesquisa de Langevin, Hébert e Kern (2021) dividiu as participantes em dois grupos: a) mães que sofreram abuso sexual na infância e b) mães que não sofreram abuso sexual na infância. Descobriu-se que os efeitos do ASI podem ultrapassar gerações, pois a história materna de violência sexual está associada a maiores dificuldades no relacionamento com crianças abusadas sexualmente. A cuidadora com sua própria história de abuso sexual foi associada ao aumento do sofrimento psicológico, sintomas de TEPT e dissociação após a revelação do abuso sexual sofrido pelo filho. No mesmo sentido, a pesquisa de Van-Delft, Finkenauer, Tybur e Lamers-Winkelmann (2016) revelou que 1/3 (38,9%) das mães relataram terem sido vítimas de violência sexual; e 43,1% dos filhos dessas mães sofreram abuso sexual

grave com penetração. Vinte e oito mães (38,9%) pontuaram acima de 1,5, indicando altos níveis de sintomas de TEPT.

Esses resultados vão ao encontro daqueles encontrados nos estudos de Daignault et. al (2021) e Hahn et. al. (2019) que sugeriram avaliar a possível história de ASI em mães de crianças abusadas sexualmente e determinem, com a ajuda multiprofissional, a melhor forma de apoiá-las para lidar com as consequências da revelação de seu filho e com seu próprio passado traumático. Certificar-se de que as mães de crianças abusadas sexualmente são o melhor apoio para seus filhos definitivamente promoverá a recuperação e o processamento de traumas dos filhos, bem como ajudará as crianças e adolescentes abusados sexualmente a retomarem uma trajetória de desenvolvimento saudável (Langevin et al., 2021). Além disso, pesquisas qualitativas devem ser consideradas, por se tratar muitas vezes de sentimentos não mensuráveis, como raiva, mágoa, decepção. Futuros estudos podem considerar métodos mistos de investigação, como: questionários específicos (pesquisa quantitativa) + sessões de grupos focais (pesquisa qualitativa), com o objetivo de ampliar a compreensão sobre o tema e realizar intervenções eficientes para essa população.

Com relação a adesão ao tratamento dos sintomas traumáticos, Fong, Bennett, Mondestinc, Scribanoc, Mollend e Woodb (2013), descreveu as percepções dos cuidadores sobre os serviços de saúde mental após o abuso sexual infantil, explorou os fatores que afetaram a vinculação de seus filhos aos serviços e os instrumentos utilizados buscaram avaliar o nível de angústia dos cuidadores em quatro dimensões: ansiedade, depressão, irritabilidade e problemas cognitivos. Os cuidadores que se vincularam aos serviços descreveram fortes emoções e múltiplas preocupações sobre a ocorrência de abuso de seus filhos, expressaram emoções e sentimento de culpa por não proteger o filho, choque, devastação, raiva do suposto agressor e angústia interna. Enquanto alguns cuidadores

apresentaram preocupações com a saúde física de seus filhos, outros estavam mais preocupados com a saúde mental e problemas comportamentais destes, bem como temor de que os filhos se tornassem perpetradores de abuso foram manifestados no estudo de Fong et al. (2013).

Enquanto isso, estudo brasileiro de Espery e Gherardi-Donato (2020) teve como objetivo analisar a adesão ao tratamento psicológico e psiquiátrico de 10 cuidadoras do sexo feminino de vítimas de abuso sexual. Os dados mostraram que em relação ao tratamento psicológico ou psiquiátrico atual, 60% das mulheres relataram fazer acompanhamento profissional e 20% referiram usar algum medicamento psicotrópico prescrito pelo médico. Com relação à avaliação de sintomas psiquiátricos, todas elas apresentavam algum nível de ansiedade: 50% ansiedade leve, 20% ansiedade moderada e 30% ansiedade grave. A pontuação média de estresse percebido foi de 36,3 pontos, com um mínimo de 29 e máximo de 50 pontos (DP = 8,6). Os resultados sobre a exposição das mulheres à violência na infância indicaram que todas as entrevistadas foram expostas ao Estresse Precoce, com pontuação moderada a grave – 70% das mulheres relataram abuso emocional; 60% abuso físico; 60% abuso sexual; 80% negligência física; e 100% negligência emocional.

A análise dos estudos revelou que a maioria esmagadora das mulheres dos estudos foram expostas a algum nível de violência durante a vida e quando se tornam mães de crianças abusadas sexualmente estão mais propensas à comorbidade psiquiátrica, sintomatologia ansiosa e exposição pessoal a violência. Um cenário preocupante se revela, pois o cuidado adequado dessas crianças é permeado por condições desfavoráveis, uma vez que a cuidadora não infratora mais próxima possui um estado de saúde mental fragilizado e impactado por suas próprias experiências traumáticas (Espery e Gherardi-Donato, 2020). Existe a necessidade de aumentar a comunicação com os cuidadores sobre os benefícios

específicos dos serviços de intervenção a saúde mental para seus filhos, bem como de abordar proativamente as preocupações desses cuidadores.

Conclusão

A revisão sistemática demonstrou haver um consenso a respeito das consequências que o ASI provoca – não apenas nas vítimas, mas em todo o círculo familiar. Nessa perspectiva, mães desempenham um papel delicado após a revelação do ASI, e necessitam de tratamento adequado para os sintomas que desenvolvem em decorrência desse evento traumático. Como visto, enquanto essas mães não estiverem saudáveis mentalmente para ajudar seus filhos, estes também não estarão saudáveis. De acordo com os estudos já realizados, grande porcentagem das mães que têm filhos abusados também sofreram abuso sexual em algum momento de sua vida. Portanto, incluir essa variável em futuros estudos é primordial para melhor compreender o tema e, assim, garantir as condições para promover a necessária adaptação das intervenções e políticas públicas.

Foi possível observar, também, que o baixo nível econômico e a baixa escolaridade colocam essa população em situação de maior vulnerabilidade. Nesse sentido, verifica-se uma lacuna a ser investigada: são necessárias pesquisas a respeito dos sintomas de TEPT, depressão e ansiedade em mulheres brasileiras com filhos abusados, pois a maior parte dos estudos encontrados foram internacionais, especialmente americanos, o que não representa o contingente do Estado Brasileiro. Além disso, é necessário buscar compreender quanto esse cenário traumático afeta as relações mãe-filho, como esses sintomas se relacionam e quais as intervenções específicas mais indicadas para as mães visando o histórico de cada uma.

Dessa forma, são necessários estudos que avaliem todos esses aspectos de acordo com o contexto e a realidade brasileira, para que, após tal avaliação, possam ser desenvolvidas

políticas públicas voltadas para essa população. Afinal, como já dito anteriormente, enquanto as mães não tiverem um tratamento adequado para esses sintomas, como demonstrado nos estudos revisados, as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual não encontrarão o apoio necessário em suas cuidadoras.

Contudo, a literatura ainda não contempla um único estudo específico que tenha se dedicado a identificar se os sintomas de depressão, ansiedade e TEPT das mães (ou responsáveis) estão relacionados aos sintomas de seus filhos vítimas de abuso sexual. O levantamento de dados em pesquisas brasileiras pode abastecer e comparar informações que poderão delinear o impacto do abuso sexual nas famílias. Diversas variáveis decorrentes do abuso sexual podem estar relacionadas entre si. Dessa forma, seria possível descrever e comparar o comportamento infantil e a saúde mental materna após a revelação do abuso sexual de seu(a) filho(a), de modo que os dados contribuam com a práticas parentais que envolvam os aspectos emocionais de mães e filhos(as) e as consequências do abuso sexual.

Posto isso, e apesar do sofrimento experimentado em relação ao ASI, ressalta-se a necessidade de que sejam desenvolvidas e aprofundadas pesquisas voltadas às mães, seus sintomas decorrentes da revelação do abuso e as relações entre estes e os sintomas de seus filhos vitimizados, tendo em vista que o impacto do abuso sexual para a vítima também depende da forma como seus familiares vão enfrentar essa ocorrência. Ademais, chama-se a atenção para o fato de que ter uma mãe adoecida, especialmente pelo evento traumático do abuso sexual de seu filho(a), dificulta a recuperação da saúde mental de todos os envolvidos. Espera-se, assim, que outros estudos, com maiores amostras e com instrumentos direcionados ao tema, possam trazer informações complementares àquelas encontradas neste trabalho.

2 OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi analisar a ocorrência de sintomas de estresse, ansiedade e depressão nas mães (ou responsáveis), e verificar se estes estavam relacionados aos sintomas de seus filhos que sofreram abuso sexual.

Os objetivos específicos desta pesquisa foram:

- Verificar a presença de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão e ansiedade em mães de vítimas de abuso sexual.
- Analisar se as variáveis classe social; nível educacional; raça; renda; abuso sexual infantil (ASI) intrafamiliar ou extrafamiliar; e mãe ter sofrido abuso sexual foram fatores preditores para os sintomas de TEPT, ansiedade e depressão nas crianças/adolescentes e em suas mães.

3 MÉTODO

3.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 65 mães de crianças e adolescentes com idade entre 6 e 18 anos vítimas de abuso sexual. A idade média das participantes foi de 34,2 anos (DP=7,6). A quantidade de filhos variou de 1 a 5, com média de 2,1 por participante (DP=1,07). Em relação ao estado civil, 24,6% eram solteiras; 20% casadas; 38,5% viviam junto com parceiro(a); e 16,9% eram divorciadas. Com relação à cor/raça, observa-se que 32,3% eram brancas; 32,3% pardas; 20% amarelas; e 15,4% pretas. No tocante a religião, 35,4% afirmaram não ter religião; 35,4% eram evangélicas; 16,9% eram católicas; e 12,3% eram espíritas. A maior parte das participantes (84,6%) residia na região Sul do Brasil. O restante da amostra estava dividido entre as outras regiões: 1,5% no Norte; 1,5% no Nordeste; 6,2% no Sudeste; e 6,1% no Centro-Oeste.

Com relação ao grau de instrução das participantes, 10,8% eram analfabetas ou tinham ensino fundamental incompleto; 35,4% tinham fundamental I completo ou fundamental 2 incompleto; 23,1% tinham fundamental II completo ou ensino médio incompleto; 20,0% tinham ensino médio completo ou curso superior incompleto; e 10,8% tinham superior completo. A maior parte das participantes trabalhava (80%), e a renda média era de R\$ 1.624,51 (DP=R\$ 1254,87). A renda média familiar era de até R\$ 3.186,31 (DP=R\$ 1820,26). De acordo com a classificação socioeconômica do Critério Brasil (ABEP, 2022), 38,5% das participantes eram da classe D-E; 20% da classe C2; 21,5% da classe C1; 13,8% da classe B2; 3,1% da classe B1; e 3,1% da classe A.

3.2 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

1- *Child Behavior Checklist (CBCL/YSR)*. Desenvolvido por Achenbach e Rescorla (2001), tem por objetivo aferir comportamentos infantis por idade. Existem duas versões para aplicação desse instrumento de avaliação: uma para crianças de 1 a 5 anos de idade, e outra para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos de idade. Nesta pesquisa, foi utilizada a segunda versão (Anexo B), com alimentação dos dados pelas mães de vítimas de abuso sexual, pois trata-se de instrumento também destinado aos pais ou responsáveis, a fim de que estes forneçam respostas sobre aspectos comportamentais e sociais de seus filhos. O instrumento é composto de 138 sentenças, dentre as quais 118 referem-se a problemas de comportamento e 20 à capacidade social. Essa escala é composta de 20 itens que incluem atividades da criança/adolescente, como brincadeiras, jogos e tarefas; participação em grupos; relacionamento com familiares e amigos e desempenho escolar. Para cada um dos itens, o responsável deve marcar a frequência com que esses problemas de comportamento ocorrem, de forma que “0 = quando não é verdadeiro”; “1 = se é um pouco verdadeiro ou às vezes verdadeiro”, “2 = se é muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro”. Nesta versão, aconselha-se que os pais ou cuidadores legais comparem o comportamento da criança/adolescente com o de outras crianças/adolescentes da mesma idade.

2. Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Anexo C). Foi aplicado nas mães (ou responsáveis) das crianças vítimas de abuso sexual. Esse inventário foi desenvolvido originariamente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961), e adaptado por Cunha (2011). Obedece aos critérios de diagnóstico de transtornos depressivos descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014). Usado inicialmente para

pacientes psiquiátricos, o inventário teve sua aplicação posteriormente estendida para a população em geral, tornando-se uma medida de avaliação amplamente utilizada em pesquisa e na clínica com a finalidade de medir escala sintomática de depressão. Trata-se de uma escala de autorrelato formada por 21 itens que abordam temas como tristeza, fracasso, falta de satisfação, pessimismo e sensação de culpa. Cada item apresenta quatro alternativas de resposta. O escore total é resultado da soma dos escores individuais dos itens. Se o escore total ficar entre 0 e 11, o nível de depressão é mínimo; se ficar entre 12 e 19, o nível de depressão é leve; entre 20 e 35, o nível de depressão é moderado; e, por fim, se o escore total estiver entre 36 e 63, trata-se de nível de depressão grave. O escore total é calculado por meio da soma dos escores individuais dos itens, permitindo a classificação dos níveis de intensidade de depressão. O BDI, portanto, é capaz de medir a intensidade da depressão através do padrão sintomático revelado pelo examinado. O alfa de Cronbach é uma ferramenta estatística que quantifica, numa escala de 0 a 1, a confiabilidade de um questionário. O valor mínimo admissível para que se considere um questionário confiável é 0,7 (Cronbach, Gleser, Nanda, & Rajaratnam, 1972). O índice de fidedignidade do BDI, medido em seis estudos amostrais originais com pacientes psiquiátricos, variou entre 0,79 e 0,90; para pacientes não psiquiátricos, em 15 amostras, o índice de fidedignidade resultante foi de 0,81 (Beck, Sterr, & Garbin, 1988).

3. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Anexo D). Também desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961), trata-se de um teste de autorrelato para medir os sintomas de ansiedade. É composto de 21 itens, os quais apresentam informações descritivas de sintomas de ansiedade que devem ser relatados pelo próprio paciente em referência a si mesmo. Para cada item/sintoma, o nível de gravidade vai de um a quatro: 1. Absolutamente não; 2. Levemente: não me incomodou muito; 3. Moderadamente: foi muito

desagradável, mas pude suportar; 4. Gravemente: dificilmente pude suportar. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais. A classificação recomendada é: para escores totais entre 0 e 7, nível mínimo de ansiedade; para escores de 8 a 15, nível leve; de 16 a 25, moderado; e para escores entre 26 e 63, nível grave (Cunha, 2001). O BAI provou ser altamente consistente internamente, com índice de fidedignidade de 0,94, segundo o teste alfa de Cronbach (Beck, A. T. & Steer, R. A., 1990).

4. *Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C)* (Anexo E). Desenvolvido em 1993 por Weathers, Litz, Huska e Keane, do *National Center for PTSD* (EUA), foi aplicado nas mães/responsáveis por crianças vítimas de abuso sexual. Instrumento por meio do qual é possível avaliar a presença de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e as consequências de diversos acontecimentos traumáticos. Compreende um questionário com 17 questões que correspondem aos sintomas atribuídos ao TEPT. Para respondê-las, a pessoa deve informar o quanto foi incomodada por cada um dos sintomas no último mês: 1 igual “nada”, 2 igual “um pouco”, 3 igual “médio”, 4 igual “bastante”, e 5 igual “totalmente”. O escore varia de 17 a 85, tendo como nota de corte 50 pontos para sintomas clinicamente significativos para caracterização de TEPT. Para esse teste, o índice de confiabilidade foi de 0,90, segundo o teste alfa de Cronbach (Lima & Barreto, 2012).

5. Questionário com dados sociodemográficos, segundo o Critério Brasil, e concepções acerca do abuso sexual, elaborado pela pesquisadora (Anexo F). O instrumento traz 45 questões, abordando os seguintes temas: ocorrência e características do abuso sexual, causas, consequências para a criança, informações para crianças e pais, características do agressor, punição do agressor, época da ocorrência, revelação do abuso, busca de psicoterapia. O questionário foi baseado no Critério de Classificação Econômica do Brasil (ABEP, 2021) e no questionário do estudo de Polli e Antunes (2020).

3.3 Procedimentos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tuiuti do Paraná para aprovação. Em seguida, os participantes foram recrutados por meio de redes sociais (Facebook, Instagram, Twitter, Whatsapp e grupos de apoio), e a coleta de dados foi realizada on-line através de link construído na plataforma Google Forms. O convite aos participantes foi feito através de portfólio virtual no Instagram e no Facebook, meio através do qual também foram explicados o objetivo, os riscos e benefícios da pesquisa, e oferecida a garantia de anonimato. Os participantes acessaram o link da pesquisa no Google Forms, aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) e, em seguida, foram direcionados para a página do questionário. O tempo para responder as perguntas foi de aproximadamente 30 minutos. Os participantes puderam optar por receber uma devolutiva sobre os resultados da pesquisa, solicitando-a diretamente à equipe da pesquisa.

3.4. Análise de dados

Os instrumentos aplicados (CBCL, YSR, PCL-C, BAI, BDI-II) foram analisados por meio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 23.0). Foram descritas as frequências, a média e o desvio padrão. Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade dos dados ($p > 0.05$) e foi aplicado o teste de Mann-Whitney para testar a diferença nos resultados do BAI, BDI e PCL-C, com algumas variáveis relacionadas às mães.

A Correlação de Spearman foi utilizada para analisar a relação dos escores brutos dos sintomas das mães (BAI, BDI, PCL-C) com os sintomas dos filhos (CBCL). As variáveis

que tiveram $p < 0.20$ no teste de correlação foram utilizadas para a técnica de Regressão Linear Múltipla, método *backward*, para testar o efeito preditor dos escores brutos do CBCL dos filhos sobre os escores brutos do BAI, BDI e PCL-C das mães, a um nível de significância de 5%. Também foram testadas individualmente as seguintes variáveis, utilizando-se a Regressão Linear Simples, método *Enter*, para testar o efeito preditor na ansiedade, depressão e estresse pós-traumático das mães: idade da mãe, mãe estar trabalhando, mãe ter sofrido abuso sexual, quanto tempo abuso sexual durou, se a mãe faz tratamento psicológico, se a mãe faz tratamento psiquiátrico, sexo da criança, idade da criança, se abuso sexual do filho foi intrafamiliar ou extrafamiliar. As variáveis que obtiveram significância estatística foram incluídas na Regressão Linear Múltipla, com as variáveis acima descritas.

4 RESULTADOS

A análise dos dados demonstrou que 33,8% das participantes afirmaram ter sofrido abuso sexual, 7,7% faziam tratamento psiquiátrico e 9,2% faziam tratamento psicológico. Observa-se que 35,4% das mães tinham ansiedade grave, e 46,2% moderada. Índices altos também foram obtidos para a depressão, sendo que 23,1% tinham depressão grave, e 55,4% moderada. O PCL-C indicou que 70,8% das mães estavam com TEPT (Tabela 2). Foi realizado um teste de Mann-Whitney com o objetivo de investigar em que medida os níveis de ansiedade, depressão e TEPT eram equivalentes entre as mães que foram abusadas sexualmente e as que não foram. Não foram obtidas diferenças significativas nos escores brutos de ansiedade ($U = 350,500$, $z = -1,702$, $p < 0,089$), depressão ($U = 404,000$, $z = -0,958$, $p < 0,338$) e TEPT ($U = 454,500$, $z = -0,257$, $p < 0,797$) de mães que sofreram abuso sexual em comparação às mães que não sofreram abuso sexual.

Tabela 2 – Resultados dos inventários de ansiedade, depressão e TEPT de mães que sofreram abuso sexual x mães que não sofreram abuso sexual. (n=65)

Instrumento	Nível	Sofreu AS	Não sofreu AS	Total	p*
BAI Média escore bruto (DP)		28,8 (14,3)	24,3 (12,7)	25,8 (13,3)	0,089
BAI	Grave	50,0%	27,9%	35,4%	
	Moderado	36,4%	51,2%	46,2%	
	Leve	-	4,7%	3,1%	
	Mínimo	13,6%	16,3%	15,4%	
BDI Média escore bruto (DP)		28,5 (14,7)	25,8 (11,6)	26,7 (12,7)	0,338
BAI	Grave	27,3%	20,9%	23,1%	
	Moderado	54,5%	55,8%	55,4%	
	Leve	4,5%	18,6%	13,8%	
	Mínimo	13,6%	4,7%	7,7%	
PCL-C Média escore bruto (DP)		56,9 (16,9)	56,0 (14,9)	56,3(15,5)	0,797

BAI	Sim	68,2%	72,1%	70,8%
	Não	31,8%	27,9%	29,2%

Fonte: Elaborado pela autora.

* Teste de Mann-Whitney

Foi realizado um teste de Mann-Whitney com o objetivo de investigar em que medida os níveis de ansiedade, depressão e TEPT eram equivalentes entre mães que trabalhavam ou não; entre mães que faziam tratamento psicológico ou não; entre mães que faziam tratamento psiquiátrico ou não; e entre mães que estavam com problemas familiares atualmente ou não (Tabela 3). Na comparação das mães que trabalhavam com as mães que não trabalhavam, não foram obtidas diferenças significativas nos escores brutos de ansiedade ($U = 321,500$, $z = -0,271$, $p < 0,786$), depressão ($U = 245,000$, $z = -1,528$, $p < 0,127$) e TEPT ($U = 229,500$, $z = -1,783$, $p < 0,075$). Na comparação de mães que faziam tratamento psicológico com as mães que não faziam, não foram obtidas diferenças significativas nos escores brutos de ansiedade ($U = 147,500$, $z = -0,670$, $p < 0,513$), depressão ($U = 155,500$, $z = -0,488$, $p < 0,634$) e TEPT ($U = 144,500$, $z = -0,738$, $p < 0,471$). Na comparação de mães que faziam tratamento psiquiátrico com as mães que não faziam, não foram obtidas diferenças significativas nos escores brutos de ansiedade ($U = 136,000$, $z = -0,345$, $p < 0,747$), depressão ($U = 133,500$, $z = -0,407$, $p < 0,693$) e TEPT ($U = 120,500$, $z = -0,728$, $p < 0,479$). Na comparação de mães que estavam com problemas familiares atualmente com as mães que não estavam, não foram obtidas diferenças significativas nos escores brutos de ansiedade ($U = 411,000$, $z = -0,862$, $p < 0,389$), depressão ($U = 379,500$, $z = -1,298$, $p < 0,194$) e TEPT ($U = 352,500$, $z = -1,674$, $p < 0,094$).

Tabela 3 – Comparação dos escores brutos de ansiedade, depressão e TEPT das mães (n=65)

Instrumento	BAI	p*	BDI	p*	PCL-C	p*
-------------	-----	----	-----	----	-------	----

	m (dp)		m (dp)		m (dp)	
Trabalha atualmente						
Sim	25,7 (13,6)	0,786	27,9 (12,8)	0,127	57,9 (15,6)	0,075
Não	26,2 (12,6)		22,1 (11,7)		49,9 (13,7)	
Faz tratamento psicológico						
Sim	28,1 (14,4)	0,513	26,6 (14,7)	0,634	59,1 (22,5)	0,471
Não	25,6 (13,3)		26,7 (12,6)		56,0 (14,8)	
Faz tratamento psiquiátrico						
Sim	26,8 (15,7)	0,747	27,0 (16,4)	0,693	58,8 (25,2)	0,479
Não	25,7 (13,3)		26,7 (12,5)		56,1 (14,7)	
Problemas familiares atualmente						
Sim	27,1 (13,0)	0,389	28,6 (12,1)	0,194	58,9 (14,5)	0,094
Não	23,3 (14,0)		22,9 (13,2)		51,2 (16,5)	

Fonte: Elaborado pela autora.

* Teste de Mann-Whitney

Na Tabela 4, foram descritos os resultados do CBCL com níveis clínicos: 1) atividade 64,6%; 2) social 10,8%; 3) escolar 12,3%; e 4) competências totais 72,3%. Nas escalas de síndrome medidas pelo CBCL e YSR, foram obtidos os seguintes resultados clínicos: 1) ansiedade/depressão 7,7%; 2) isolamento/depressão 10,8%; 3) queixas somáticas 15,4%; 4) problemas sociais 13,8%; 5) problemas pensamento 15,4%; 6) problemas atenção 4,6%; 7) comportamento de quebrar regras 18,5%; e 8) comportamento agressivo 9,2%. Com relação às escalas de problemas internalizantes, externalizantes e totais, os resultados clínicos foram: 1) internalizante 50,8%; 2) externalizante 32,3%; e 3) problemas totais 52,3%. Para as escalas orientadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), foram obtidos os seguintes resultados clínicos: 1) problemas afetivos 27,7%; 2) ansiedade 1,5%; 3) somáticos 7,7%; 4) TDHA 3,1%; 5) transtorno desafiador opositor 0%; e 6) problemas de conduta 29,2%. Com relação às três últimas escalas, os resultados clínicos foram: 1) tempo cognitivo lento 21,5%; 2) problemas obsessivos-compulsivos 24,6%; e 3) estresse pós-traumático 24,6%.

Tabela 4 – Resultados do CBCL respondido por mães de crianças e adolescentes que sofreram violência sexual (n=65)

	Normal	Limítrofe	Clínico
Atividades	12,3	21,5	64,6
Social	75,4	13,8	10,8
Escolar	83,1	4,6	12,3
Competência total	12,3	15,4	72,3
Ansiedade/Depressão	64,6	27,7	7,7
Isolamento/Depressão	83,1	6,2	10,8
Queixas somáticas	61,5	23,1	15,4
Problemas Sociais	61,5	24,6	13,8
Problemas Pensamento	58,5	26,2	15,4
Problemas Atenção	86,2	9,2	4,6
Quebrar regras	56,9	24,6	18,5
Agressivo	80,0	10,8	9,2
Problemas Internalizantes	36,9	12,3	50,8
Problemas Externalizantes	46,2	21,5	32,3
Total Problemas	27,7	20,0	52,3
Afetivos	49,2	23,1	27,7
Ansiedade	80,0	18,5	1,5
Somáticos	80,0	12,3	7,7
TDAH	89,2	7,7	3,1
Desafiador opositor	96,9	3,1	-
Conduta	43,1	27,7	29,2
Tempo cognitivo lento	67,7	10,8	21,5
Problemas Obsessivos-Compulsivos	55,4	20,0	24,6
Estresse Pós-Traumático	53,8	21,5	24,6

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 5 apresenta as correlações obtidas entre os resultados dos inventários BAI, BDI e PCL-C aplicados nas mães participantes e os indicadores do CBCL dos seus filhos. Não foram obtidas correlações significativas entre os índices de ansiedade (BAI) das mães e os indicadores do CBCL dos filhos. Foram observadas correlações significativas ($p < 0.05$) apenas entre os seguintes resultados: correlação positiva fraca entre os escores de queixas somáticas e classificação internalizante dos filhos e os escores de TEPT (PCL-C) das mães;

correlação negativa fraca entre os escores de tempo cognitivo lento entre os filhos e os escores de depressão (BDI) das mães.

Tabela 5 – Correlação entre os escores do BAI, BDI e PCL-C das mães e os indicadores do CBCL de seus filhos (n=65).

CBCL		BAI	BDI	PCL-C
Competência-atividade	Coefficiente de Correlação	,198	-,079	-,022
	Sig. (bilateral)	,113	,533	,861
Competência social	Coefficiente de Correlação	,105	-,045	-,076
	Sig. (bilateral)	,407	,724	,549
Competência escolar	Coefficiente de Correlação	,070	,209	,088
	Sig. (bilateral)	,581	,095	,485
Competência total	Coefficiente de Correlação	,193	-,061	-,086
	Sig. (bilateral)	,123	,631	,496
Ansiedade/depressão	Coefficiente de Correlação	,143	-,024	,162
	Sig. (bilateral)	,256	,848	,198
Isolamento/depressão	Coefficiente de Correlação	,161	-,070	,159
	Sig. (bilateral)	,199	,580	,206
Queixas somáticas	Coefficiente de Correlação	,127	,079	,281*
	Sig. (bilateral)	,315	,530	,024
Problemas sociais	Coefficiente de Correlação	-,065	-,068	,037
	Sig. (bilateral)	,608	,589	,770
Problemas de pensamento	Coefficiente de Correlação	-,032	-,028	,075
	Sig. (bilateral)	,802	,826	,554
Problemas de atenção	Coefficiente de Correlação	-,121	-,112	,107
	Sig. (bilateral)	,337	,375	,394
Comportamento quebrar regras	Coefficiente de Correlação	-,010	,022	,160
	Sig. (bilateral)	,935	,863	,202
Comportamento agressivo	Coefficiente de Correlação	-,100	,019	,048
	Sig. (bilateral)	,427	,881	,706
Classificação internalizante	Coefficiente de Correlação	,187	-,001	,256*
	Sig. (bilateral)	,135	,995	,040
Classificação externalizante	Coefficiente de Correlação	-,050	,011	,116
	Sig. (bilateral)	,690	,930	,357
Classificação total problemas	Coefficiente de Correlação	-,005	-,062	,135
	Sig. (bilateral)	,972	,626	,282
Transtorno opositor desafiante	Coefficiente de Correlação	-,108	,006	-,004
	Sig. (bilateral)	,391	,962	,972
Problemas de condutas	Coefficiente de Correlação	-,092	-,067	-,019
	Sig. (bilateral)	,467	,596	,879
Tempo cognitivo lento	Coefficiente de Correlação	-,092	-,268*	-,030
	Sig. (bilateral)	,466	,031	,812
Problemas obsessivos-compulsivos	Coefficiente de Correlação	-,077	-,044	,036
	Sig. (bilateral)	,541	,725	,777
Stress pós-traumático	Coefficiente de Correlação	,066	,013	,141
	Sig. (bilateral)	,602	,921	,261
Problemas afetivos	Coefficiente de Correlação	-,023	-,143	-,016
	Sig. (bilateral)	,858	,255	,902
Ansiedade	Coefficiente de Correlação	,108	,066	,197
	Sig. (bilateral)	,391	,604	,116
TDAH	Coefficiente de Correlação	-,106	-,011	,088
	Sig. (bilateral)	,399	,930	,484

Problemas somáticos	Coeficiente de Correlação	,083	,100	,181
	Sig. (bilateral)	,513	,428	,148

Fonte: Elaborado pela autora.

* Correlação de Spearman, $p < 0.05$

A idade da mãe, ela estar trabalhando, ela ter sofrido abuso sexual, quanto tempo esse abuso sexual durou, se ela faz tratamento psicológico, se ela faz tratamento psiquiátrico, o sexo da criança, a idade da criança, se abuso sexual do filho foi intrafamiliar ou extrafamiliar, não foram preditores dos níveis de ansiedade, depressão e TEPT das mães. Foi realizada a análise de regressão linear simples de cada uma dessas variáveis (método *enter*) e não foram obtidos resultados estatisticamente significativos. Dessa forma, essas variáveis não foram inseridas na análise de regressão linear múltipla.

Foram realizadas análises de regressão linear múltipla com o objetivo de investigar em que medida os indicadores do CBCL dos filhos impactavam nos níveis de depressão, ansiedade e TEPT das mães. Foram utilizadas as variáveis do CBCL que obtiveram valor de $p < 0.20$ no teste de correlação de Spearman. Para ansiedade (BAI), foram testadas as variáveis competência atividade, competência total, isolamento/depressão e classificação internalizante. Não foram obtidos resultados significativos. Para depressão (BDI), foram testadas as variáveis competência escolar e tempo cognitivo lento. Também não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. Para o transtorno de estresse pós-traumático (PCL-C), foram testadas as variáveis ansiedade/depressão, queixas somáticas, TEPT, ansiedade e problemas somáticos. Os resultados demonstraram haver uma influência significativa das queixas somáticas dos filhos no estresse pós-traumático das mães ($F(1, 63) = 5,087$ $p < 0,019$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,070$). A Tabela 6 apresenta os coeficientes para o preditor significativo.

Tabela 6 – Variáveis predictoras de Estresse Pós-traumático das mães (PCL-C).

Preditores	Coeficientes padronizados		Sig.	R ²	DR ²
	Beta	t			
(Constant)	-	16,120	0,000	-	-
Queixas somáticas	0,291	2,410	0,019	0,084	0,070

Fonte: Elaborado pela autora.

5 DISCUSSÃO

As mães expressaram fortes reações diante da revelação do abuso sexual, o qual provavelmente desencadeou uma série de consequências emocionais negativas. Os altos índices de TEPT (70,8%), depressão grave (23,1%), depressão moderada (55,4%), ansiedade grave (35,4%) e ansiedade moderada (46,2%) presentes nessas mães demonstram o sofrimento emocional que elas enfrentam com a descoberta do abuso sexual de seus filhos, já que em 80% dos casos elas foram as primeiras pessoas que seus filhos escolheram para revelar o abuso sofrido.

Os dados apresentados neste estudo são corroborados por uma pesquisa em que 59% dos cuidadores, geralmente mães, ultrapassaram o limiar clínico do PCL-C para TEPT. Nesse estudo, os próprios cuidadores sofreram um impacto traumático após a revelação do abuso sexual de suas crianças e adolescentes, e ficaram seriamente comprometidos nesse papel de cuidador pós-traumático (Hahn et al., 2019). Outro estudo com cuidadores, no qual a maioria era do sexo feminino (90%), demonstrou que 65% apresentavam TEPT após a descoberta do abuso sexual de seus(as) filhos(as). Esse estudo também utilizou o PCL-C como instrumento para identificar a presença ou não de TEPT (Hagan, Brownen, Sulik, Ippen, Bush, & Lieberman, 2017). Uma pesquisa (Van-Delft, Finkenauer, Tybur, & Lamers-Winkelmann, 2016) avaliou mães de crianças abusadas sexualmente e a associação com sintomas de TEPT. Os resultados mostraram que mais de 1/3 dessas mães pontuaram acima de 1,5 no PCL-C, indicando altos níveis de sintomas de TEPT, sendo o resultado clinicamente significativo.

Um estudo conduzido por Langevin et al. (2021) realizou a descrição das consequências psicológicas em 96 cuidadores não agressores, divididos em dois grupos: 1) composto de pais que não tinham filhos abusados sexualmente; e 2) composto de pais que tinham filhos que foram abusados sexualmente. Apenas 7% dos cuidadores do grupo 1 tinham depressão, e 6% tinham algum grau de ansiedade. No grupo 2, por sua vez, 78% dos cuidadores sofriam de depressão clinicamente significativa, e 22% sofriam de depressão e ansiedade associadas. Níveis similares de depressão foram obtidos com as 65 mães deste estudo.

A partir da análise das informações coletadas, observam-se índices muito altos de adoecimento das mães, o que poderia justificar forte adesão dos cuidadores não agressores ao tratamento psicológico/psiquiátrico. Porém, não foi isso que aconteceu na prática. Esta pesquisa demonstrou que apenas 7,7% das mães participantes faziam tratamento psiquiátrico e 9,2% faziam tratamento psicológico. Em um estudo conduzido por Leen-Feldner, Knapp, Bunaciu, Blumen e Amstadter (2013) com os cuidadores não agressores, os motivos citados para recusar a terapia para si próprio após o abuso sexual dos filhos foram a falta de sintomas da criança e o desejo de que seu filho esqueça a violência sofrida. A mencionada pesquisa constatou que, apesar dos altos níveis de TEPT (82%) e TEPT associados a outras comorbidades psicológicas (52%) dos participantes, a recusa do tratamento psicológico estava relacionada ao próprio trauma da descoberta do abuso.

Ao comparar as mães que faziam tratamento psicológico e/ou psiquiátrico com as mães que não faziam, não foram obtidas diferenças significativas nos escores brutos de ansiedade, depressão e TEPT. É importante ressaltar que, muitas vezes, a primeira atenção clínica voltada ao(à) cuidador(a) ocorre durante o tratamento da criança, no qual a mãe a acompanha. Nesse contexto, estudos internacionais demonstram que há necessidade de

incluir para acolhimento psicológico as mães ou cuidadores de núcleos familiares nos quais tenha ocorrido o abuso sexual, pois a intervenção produz espaço para tratar sentimentos ambivalentes relacionados à sua descoberta (Corcoran & Pillai, 2008; Costas & Landreth, 1999; Deblinger, Stauffer, & Steer, 2001). A baixa adesão ao tratamento psicológico e a presença alarmante de sintomas estudados nessa pesquisa indicam a necessidade de que os cuidadores de vítimas de abuso sexual busquem psicoterapia para atenuar os sintomas de TEPT, ansiedade e depressão, bem como os efeitos ocasionados pela situação de abuso sexual de seus filhos, tendo em vista que essas medidas podem ajudar a reduzir o impacto do abuso nas crianças e adolescentes vitimados (Brady, Fansher, & Zedaker, 2019).

Outro estudo norte-americano pesquisou sintomas de estresse pós-traumático e depressão em uma amostra de 100 cuidadores e seus filhos que sofreram abuso sexual, na qual ambos não haviam aderido a nenhum tipo de tratamento psicológico. Os resultados das crianças indicaram que a afetividade parental se mostra afetada para os cuidadores com estresse pós-traumático. A depressão apresentada pelos cuidadores foi associada à parentalidade negativa, além de baixo envolvimento do cuidador com o filho vitimizado (Jobe-Shields et al., 2016).

Com o objetivo de investigar se outras variáveis estavam associadas aos altos níveis de ansiedade, depressão e TEPT dessas mães, observou-se que estar trabalhando ou não, estar passando por problemas familiares atualmente ou não, e até mesmo as próprias mães terem sido vítimas de abuso sexual ou não, não interferiram no seu grau de adoecimento. De modo similar, o estudo de Daignault, Hébert, Cyr, Pelletier e McDuff (2021) avaliou a relação da saúde mental das mães de filhos abusados com a renda familiar, escolaridade dos pais, situação ocupacional dos pais, número de tipos de maus-tratos infantis, sexo de pais e filhos, e se o abuso sexual da criança era intrafamiliar ou extrafamiliar. As análises estatísticas não

indicaram diferença para as variáveis estudadas. De igual modo, outro estudo não encontrou nenhuma associação entre o suporte social percebido e os sintomas de TEPT em 60 mães de filhos abusados sexualmente (Dyb, Holen, Steinberg, Rodriguez, & Pynoos, 2003). Estudo de Kilroy, Egan, Maliszewska e Sarma (2014), com 100 mães, investigou a contribuição de fatores sociais para o sofrimento psicológico materno e notou um pequeno efeito da variável “estar ou não trabalhando” em relação aos sintomas de angústia e ansiedade. Em contraste, um estudo americano demonstrou que a “renda familiar baixa” estava associada ao sofrimento materno (McGillivray, Pidgeon, Ronken, & Credland-Ballantyne, 2018).

Quanto ao abuso ser extrafamiliar ou intrafamiliar, os resultados nesta pesquisa foram inconclusivos sobre esse efeito. A identidade do perpetrador e o relacionamento com o cuidador não abusivo não foram considerados preditores de sofrimento psíquico das mães desta pesquisa. Em outros estudos (Cyr et al., 2016; Cyr et al., 2018), também não foi encontrada qualquer relação nesse sentido. Portanto, o fato de os autores da violência pertencerem ou não ao núcleo familiar, aparentemente, não aumenta ou agrava sintomas traumáticos dos familiares não agressores.

Assim, apesar de as evidências serem controversas na literatura, observa-se que o adoecimento das mães não está relacionado com outras variáveis estudadas nesta pesquisa. Não se pode afirmar que a revelação do abuso sexual dos seus filhos seja o único fator determinante para o desenvolvimento de depressão, ansiedade de TEPT nos cuidadores não agressores.

A literatura é unânime quanto aos efeitos devastadores da violência sexual em crianças e adolescentes, e tal experiência está associada a graves consequências psicológicas nas vítimas, bem como possui características próprias, que a distinguem de outras formas de abuso. Os níveis de depressão (35,4%), ansiedade (20%) e estresse pós-traumático (46,1%)

dos filhos das 65 mães participantes neste estudo se mostraram inferiores aos dados coletados em outros estudos de semelhante teor. Maiores índices foram obtidos em uma pesquisa norte-americana com 96 adolescentes vítimas de abuso sexual com idades entre 12 e 18 anos: 70% apresentaram TEPT, 86% depressão e ansiedade, e 55% apresentaram transtornos alimentares (Collin-Vézina et. al., 2013). De acordo com os resultados de outro estudo realizado nos EUA, por Banyard (2003), com 110 vítimas de abuso sexual cujas idades variavam entre 8 e 16 anos, 78% desenvolveram TEPT e os outros 22% possuíam prevalência de desenvolvimento de TEPT.

No mesmo sentido, pesquisa de Schaefer et al. (2018) com 98 crianças e adolescentes observou índices mais altos de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático analisados a partir do CBCL, que se mostraram clinicamente significativos em 82,6% da amostra. Nesse estudo também se verificou que 63,1% apresentaram problemas internalizantes e 53,8% problemas externalizantes (clínico e limítrofe).

Em um estudo com 17 meninas com 18 anos de idade, que responderam o YSR após um ano do abuso sexual sofrido, a taxa de depressão e ansiedade das participantes foi de 91,7% (Finkelhor, 2009). Similarmente, um estudo de Choi e Oh (2014) avaliou 171 participantes, entre 6 e 17 anos, por meio do Emotion Regulation Checklist; os comportamentos internalizantes e externalizantes dessa mesma amostra foram avaliados através do Child Behavior Checklist (CBCL). Os participantes apresentaram uma variedade de problemas de comportamento internalizantes, além de sintomas de TEPT (79%), ansiedade (88%) e depressão (62%). Outro estudo mediu a presença e progressão de sintomas de estresse pós-traumático após a violência sexual, com o tempo de ocorrência entre seis meses e um ano. Os escores de sintomas pós-traumáticos indicaram limites clínicos de 87% até seis meses e 83% até um ano entre 25 participantes (Oshodi et al., 2016).

Por fim, o estudo de Khadr et al. (2018) avaliou qualquer transtorno psiquiátrico seis meses após o abuso sexual, usando a Avaliação de Desenvolvimento e Bem-Estar (DAWBA), de acordo com os critérios do DSM-IV. Foram encontradas altas taxas de transtornos psiquiátricos em 79% dos participantes. A prevalência foi maior para TEPT (49%), transtorno depressivo (43%), transtorno de conduta (22%) e transtorno de ansiedade generalizada (18%); 55% dos participantes tinham dois ou mais transtornos.

Os sintomas de ansiedade e estresse pós-traumático apareceram em praticamente todos os estudos. A sintomatologia depressiva variou, embora os níveis tenham permanecido elevados na maioria dos estudos. Nesta pesquisa, a sintomatologia dos filhos foi mensurada pelo CBCL respondido pelas mães. Como estas estavam com altos níveis de depressão, ansiedade e TEPT, esse fator pode ter interferido na percepção dos sintomas dos filhos. Dessa forma, recomenda-se a realização de novos estudos nos quais o instrumento seja respondido pela própria criança ou adolescente, de maneira a verificar se os dados resultantes serão diferentes quando comparados àqueles obtidos pelo relato de mães com alto grau de adoecimento.

Embora os estudos revelem alto índice de adoecimento em mães e filhos abusados sexualmente, os dados desta pesquisa não encontraram relação direta nos sintomas psicológicos na díade mãe/filho. Os indicadores do CBCL dos filhos não estavam correlacionados com os índices de ansiedade (BAI) das mães. Foram apontadas correlações positivas fracas entre os escores de queixas somáticas e classificação internalizante dos filhos e os escores de TEPT (PCL-C) das mães. Também foi encontrada correlação negativa fraca entre os escores de tempo cognitivo lento dos filhos e os escores de depressão (BDI) das mães. Poucos estudos que analisavam a relação entre os sintomas de mães e dos filhos que sofreram o abuso sexual foram encontrados. Os pesquisadores vêm realizando investigações

sobre o repertório comportamental de crianças e adolescentes (Bolsoni-Silva, Loureiro, 2011; Marin, 2012; Alvarenga & Piccinini, 2001), sobre a saúde mental materna (Kavanaugh, 2006) e sobre a saúde mental materna e os comportamentos dos filhos (Pizeta, 2013; Cid, Matsukura, 2010). Contudo, esses dados têm sido descritos em relação à população geral, havendo ainda uma lacuna para pesquisas que analisem a relação entre o estado psicológico de pais não agressores e de seus filhos que sofreram violência sexual.

Pesquisas futuras devem analisar a relação entre os dados do comportamento da criança e do adolescente obtidos por meio de instrumentos respondidos pela própria vítima de abuso sexual, e os dados de saúde mental obtidos por instrumentos respondidos pelas mães. Desse modo, será possível comparar a saúde mental materna, o repertório comportamental infanto-juvenil e as consequências dessa forma de violência (Fong et al., 2013).

Neste estudo, como já observado anteriormente, o CBCL foi respondido pelas mães, o que pode ter interferido nos resultados. É importante mencionar que algumas pesquisas demonstram existir discrepâncias nos escores do CBCL quando feita a comparação entre as respostas dadas ao instrumento por parentes e aquelas dadas pela própria criança ou adolescente (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Salbach-Andrae, Lenz, & Lehmkuhl, 2009; Rocha, Ferrari, & Silvaes, 2011). Em virtude de o instrumento ser respondido pelas mães, acabam-se produzindo dados que são provenientes de diferente fonte de informação quando comparados àqueles dos estudos de autorrelato, o que pode colocar em dúvida a exatidão das respostas ao que está sendo questionado (Ocaranza & Weinberger, 2016). Dessa forma, conjectura-se que isso pode ter ocasionado uma subestimação, nesta pesquisa, dos sintomas mensurados pelo CBCL; outro fator a ser considerado é o tamanho

limitado da amostra, que pode ter influenciado na baixa evidência da relação do adoecimento da mãe e da criança.

Embora os pressupostos apresentados não tenham sido determinantes para identificar a relação entre os sintomas de TETP, ansiedade e depressão das mães e os sintomas dos(as) seus filhos(as) participantes do estudo, o alto índice de adoecimento dessas mães indica a necessidade de fortalecer o suporte emocional para todo o conjunto familiar após a descoberta do abuso sexual. Desse modo, os fatores que podem ajudar na intervenção e superação de traumas de violência sexual têm forte relação com as variáveis estudadas nesta pesquisa. É necessário reconhecer o sofrimento emocional das mães, assim como é preciso considerar os relatos sobre as emoções de seus filhos, para que intervenções adequadas sejam realizadas (Newberger et al., 1993).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho foi analisar a presença de sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão em mães de filhos abusados sexualmente e verificar se esses sintomas tinham relação com os sintomas de seus filhos vitimizados. Os dados demonstraram que os sintomas dos filhos, em sua maioria, não estão relacionados com os sintomas das mães, exceto para sintomas somáticos dos filhos e TEPT das mães, evidenciando que a ocorrência do abuso sexual por si só é um fator de adoecimento para as mães.

Uma limitação do presente estudo é o fato de que os dados do CBCL foram coletados por meio do relato das mães. A pandemia de Covid-19 limitou a possibilidade de coleta de dados em serviços de atendimento às vítimas de abuso sexual. Este estudo sofreu atraso e então a pesquisa foi redirecionada para que a coleta fosse realizada pela internet. Outro fator limitante foi o tamanho da amostra. Apesar de ter sido realizado impulsionamento pago nas redes sociais, a adesão foi menor do que se esperava. Sugere-se que pesquisas futuras sejam realizadas com maior número de participantes e que os instrumentos sejam aplicados diretamente nas crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Sugere-se, também, que futuras pesquisas observem o tempo entre a revelação inicial do ASI e a coleta de dados, bem como as consequências após a revelação do abuso sexual, tais como: a forma como a família acolheu, a denúncia judicial e possíveis desdobramentos.

O estudo descreveu os sintomas enfrentados por mães de crianças que revelaram abuso sexual, as quais têm um papel vital no apoio à criança/adolescente. Como geralmente se espera que os cuidadores não agressores sejam o principal suporte para seus filhos após a revelação, é pertinente a necessidade de suporte psicológico para essa população durante esse

período. A pesquisa indica que esses cuidadores experimentam níveis clinicamente elevados de ansiedade, depressão e TEPT, o que pode afetar sua capacidade de cuidar de seus filhos. Todavia, as políticas públicas do Brasil voltadas para apoio dos cuidadores não agressores de vítimas de abuso sexual ainda são muito precárias.

É necessária a implantação de serviços multidisciplinares especializados para as vítimas de abuso sexual e para os familiares não agressores. As redes governamentais responsáveis por abordar questões de abuso sexual precisam desenvolver estratégias de abordagem e orientação nas instituições escolares, religiosas e sociais frequentadas por pais e filhos. É de vital importância preparar os cuidadores para identificar sinais de violência sexual, uma vez que a maioria dos agressores fazem parte do núcleo familiar ou do convívio da criança/adolescente. Essa medida pode ser capaz de minimizar a ocorrência de ASI.

É necessário articular efetivamente a rede de atenção/proteção com uma comunicação dinâmica, efetiva e democrática para essa população. É clara a evidência de que essa população é significativamente mais angustiada psicologicamente do que a população normal e, por isso, requer um apoio eficaz.

As necessidades dos cuidadores não agressores de filhos abusados sexualmente têm sido frequentemente negligenciadas em ambientes de saúde pública, assistência social e jurídicos. Há, também, uma escassez de pesquisas sobre a compreensão das próprias experiências dos cuidadores, com estudos enfocando principalmente os resultados da criança e o comportamento dos pais. É claro, a partir da pesquisa existente, que essa população sofre dificuldades de saúde mental acentuadas quando comparada à população normal.

Essas descobertas trazem nelas embutida uma mensagem de esperança, pois os fatores destacados como mais evidentemente associados com o sofrimento psíquico – como cognições negativas ou baixo suporte social –, têm o potencial de ser identificados e alterados

por meio de suporte e intervenção. Isso ajudará a tirar conclusões mais firmes e a fornecer recomendações mais específicas para as práticas sociais e clínicas.

As abordagens de estudos e pesquisas científicas poderão identificar variáveis que possam influenciar no desenvolvimento e na consolidação da rede, ou, ainda, corroborar na investigação de outros elementos sociais e culturais inerentes ao tema. As descobertas podem, portanto, ajudar os serviços a tomar ciência das áreas a serem observadas e focadas ao apoiar os cuidadores.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*(2), 312-332.
- Aded, N. L. O., Dalcin, B. L. G. S., Moraes, T. M. de, Cavalcanti, M. T. (2006). Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão em 100 anos de literatura. *Rev. Clin. Psychiatry*, *33*(4), 204-213. doi: 10.1590/S0101-60832006000400006.
- Alvarenga, P., & Piccinini, C. A. (2001). Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *14*(3), 449-459.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil (2021). Recuperado de <https://www.abep.org/criterio-brasil>.
- Banyard, V. L. (2003). Explaining links between sexual abuse and psychological distress: identifying mediating processes. *Rev. Child Abuse Negl*, *27*(8), 869-75. Acesso em: 25 ago. 2021. doi: 10.1016/s0145-2134(03)00144-3.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., & Handelsman, L. (1998). Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: Effects of childhood maltreatment. *Rev. Addictive behaviors*, *23*(6), 855-868. doi: 10.1016/S0306-4603(98)00072-0.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. *Rev. Elsevier*, *8*(1), 77-100. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). Manual for the Beck Anxiety Inventory San Antonio, TX Psychological Corporation.

- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Rev. Child abuse & neglect*, 16(1), 101-118. doi: 10.1016/0145-2134(92)90011-F.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2011). Validação do Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P). *Aval. psicol.*, 9(1), 63-75. doi: 10.1590/S0103-863X2011000100008.
- Borges, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2008). Abuso sexual infantil: indicadores de risco e conseqüências no desenvolvimento de crianças. *Rev. Interamerican Journal Psychology*, 42(3), 528-536. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n3/v42n3a13.pdf>.
- Brady, Patrick Q., Fansher, Ashley K., & Zedaker, Sara B. (2019). Are parents at a higher risk for secondary traumatic stress? How interviewing child victims impacts relationships with forensic interviewer's friends and family. *Rev. Child abuse & neglect*. 88(1), 275-287. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.11.017.
- Brasil (2019). Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Recuperado de <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/12-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-no-brasil-a-urgencia-da-parceria-entre-educacao-e-seguranca-publica.pdf>.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- Brasil. (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. In: Lei nº 8.069/90. Recuperado de <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf>
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Instrutivo de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Recuperado de

https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/sinan/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf

Brasil. (2020). Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ministério divulga dados de violência sexual contra crianças e adolescentes. Recuperado de <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/ministerio-divulga-dados-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes>.

Brasil. (2021). Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Disque 100 tem mais de 6 mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes em 2021. Recuperado de <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/disque-100-tem-mais-de-6-mil-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-em-2021>.

Brasil. (2020). Secretária Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Covid-19: Cai número de denúncias de violações contra crianças e adolescentes no Disque 100. Recuperado de <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/julho/covid-19-cai-numero-de-denuncias-de-violacoes-contra-criancas-e-adolescentes-no-disque-100>.

Brasil (2021). Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Recuperado de <https://www.generonumero.media/violencia-sexual-infantil/#:~:text=%E2%80%9CPode%2Dse%20inferir%20que%20essa,potencial%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20viol%C3%Aancia%20e>.

Brattfjell, M. L., & Flåm, A. M. (2019). “They were the ones that saw me and listened.” From child sexual abuse to disclosure: Adults’ recalls of the process towards final disclosure. *Rev. Child abuse & neglect*, 89(2), 225-236. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.11.022.

- Broadus-Shea, E. T., Scott, K., Reijnders, Megin, & Amin, A. (2021). A review of the literature on good practice considerations for initial health system response to child and adolescent sexual abuse. *Rev. Child abuse & neglect*, 116(1). doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104225.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Rev. Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77. doi: 10.1037/0033-2909.99.1.66.
- Cadê Paraná. Violência sexual contra crianças e adolescentes. Publicado em 26 set, 2019. Recuperado de http://www.cadeparana.org.br/_publicacoes/violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-avancos-e-desafios-nas-acoes-de-enfrentamento/.
- Caminha, R. M., & Habigzang, L. F. (2008). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Carvalho, Q. C. M., Galvão, M. T. G., & Cardoso, M. V. L. M. L. (2009). Abuso sexual infantil: percepção de mães em face do abuso sexual de suas filhas. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 17(4). doi: 10.4013/ctc.2016.92.11.
- Choi, J. Y., & OH, K. J. Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea: mediating effects of emotion regulation. *Child Abuse Negl.* 38, 296–303, 2014. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.09.009.
- Cid, M. F. B., & Matsuruka, T. S. (2010). Mães com transtorno mental e seus filhos: risco e desenvolvimento. *O Mundo da Saúde*, 34(1), 73-81.
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Rev. Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 7(22). doi: 10.1186/1753-2000-7-22.

- Corcoran, J., & Pillai, V. (2008). A meta-analysis of parent involved treatment for child sexual abuse. *Research on Social Work Practice*, 18(5), 453-464. doi: 10.1177/1049731507313980.
- Costas, M., & Landreth, G. (1999). Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy*, 8(1), 43-66. doi: 10.1037/h0089427.
- Cogle, J., Timpano, K., Sachs-Ericsson, N., Keough, M., & Riccardi, C. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey Replication. *Rev. Psychiatry Research*, 177(1-2). doi: 10.1016/j.psychres.2009.03.008.
- Crami – Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (2004). Abuso sexual doméstico: atendimento as vítimas e responsabilização do agressor. Childtrauma.academy. Recuperado de <https://www.childtrauma.org/>.
- Cronbach, L. J., Gleser, G. C., Nanda, H., & Rajaratnam, N. (1972). The dependability of behavioral measurements: Theory for generalizability of scores and profiles. *Book Reviews*, 178(4067). doi: 10.1126/science.178.4067.1275.
- Cunha, Gabriela Gibson, & Dutra, Elza Maria Do Socorro. (2019). Um olhar fenomenológico para mães de crianças vítimas de abuso sexual: uma revisão de literatura. *Rev. da Abordagem Gestáltica*, 25(1), 103-110. doi: 10.18065/RAG.2019v25.10.
- Cyr, M., Frappier, J.-Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte, M. È. (2016). Psychological and physical health of non-offending parents after disclosure. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(7), 757-776. Recuperado de <https://www.iicsa.org.uk/reports->

recommendations/publications/research/impacts-csa/research-findings/2-impacts-csa-families-victims-and-survivors.

- Cyr, M., Frappier, J. Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte, M. E. (2018). Impact of child sexual abuse disclosure on the health of non-aggressive parents: a longitudinal perspective. *Journal of Child Custody*. doi: 10.1080/15379418.2018.146064.
- Daignault, I. V., Hébert, M., Cyr, M., Pelletier, M., & McDuff, P. (2021). Correlates and Predictors of Mothers – Adaptation and Trauma Symptoms Following the Unveiling of the Sexual Abuse of Their Child. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11-12). doi: 10.1177/0886260518808849.
- Deblinger, E., Stauffer, L. B., & Steer, R. A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6(4), 332-343. doi: 10.1177/1077559501006004006.
- Doucette, H., Collibee, C., & Rizzo, C. J. (2021). A review of parent-and family-based prevention efforts for adolescent dating violence. *Aggression and Violent Behavior*, 58(1), doi: 10.1016/j.avb.2021.101548.
- Downing, Nancy R., Akinlotan, Marvellous, & Thornhill, Carly W. (2021). The impact of childhood sexual abuse and adverse childhood experiences on adult health related quality of life. *Rev. Child abuse & neglect*. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105181.
- Dworkin, E. R., & Schumacher, J. A. (2018). Preventing posttraumatic stress related to sexual assault through early intervention: A Systematic Review. *Rev. Trauma, Violence, & Abuse*, 19(4), 459-472. doi: 10.1177/1524838016669518.

- Dyb, G., Holen, A., Steinberg, A. M., Rodriguez, N., & Pynoos, R. S. (2003). Allegedly sexual abuse in day care: impact on parents. *Child abuse and neglect*, 27(8), 939-950. doi: 10.1016/S0145-2134(03)00141-8.
- Eisenstein, E. (2004) Quebrando o silêncio sobre o abuso sexual. *Adolescência e Saúde*, 1(3), 26-29. Recuperado de <http://www.ceiiias.org.br/arquivos/artigos2.pdf>.
- EUA (2020). American Academy of Experts in Traumatic Stress. Recuperado de <https://www.aaets.org/>.
- Espery, Larissa Horta., Gherardi-Donato., & da Silva, Edilaine Cristina. (2020). Early Stress, Mindfulness and Mental Health in Mothers of Children Exposed to Sexual Violence. *Rev. Archives of Psychiatric Nursing*, 34(3), 110-114. doi: 10.1016/j.apnu.2020.03.004.
- Finkelhor D. (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *Rev. American Psychological Association*, 19(2), 169-194. doi: 10.1353/foc.0.0035.
- Florentino, B. R. B. (2014). Abuso sexual, crianças e adolescentes: reflexões para o psicólogo que trabalha no CREAS. *Revista de Psicologia*, 26(1), 59-70. Recuperado de <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4975/4817>.
- Fong, H. F., Bennett, C. E., Mondestin, V., Scribano, P. V., Mollen, C., & Wood, J. N. (2016). Caregiver perceptions about mental health services after child sexual abuse. *Rev. Child abuse & neglect*, 51(1), 284–294. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.09.009.
- Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar-Manejo, terapia e intervenção legal integrados*. (M. A. V. VERONESE, trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Galvão, T. F., Pansani, T. S. A., & Harrad,(2015) Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. *Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. doi: 10.5123/S1679-49742015000200017.

- Godbout, N., Vaillancourt-Morel, M. P., Bigras, N., Briere, N., Briere, J., & Hébert, M. (2019). Intimate Partner Violence in Male Survivors of Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Rev. Trauma, Violence & Abuse, 20*(1), 99–113. doi: 10.1177/1524838017692382.
- Guerra, C., Ocaranza, C., & Weinberger, K. (2016). Searching for social support moderates the relationship between polyvictimization and externalizing symptoms: A brief report. *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/0886260516642293.
- Hanna M. Grandgenetta, Samantha L. Pittengerb, Emily R. Dworkinc, & David J. Hansena. (2021). Telling a trusted adult: Factors associated with the likelihood of disclosing child sexual abuse prior to and during a forensic interview. *Rev. Child abuse & neglect, 116*(1), doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104193.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: teoria e pesquisa, 21*(3), 341-348. doi: 10.1590/S0102-37722005000300011.
- Hagan, M. J., Browne, D. T., Sulik, M., Ippen, C. G., Bush, N., & Lieberman, A. F. (2017). Parent and Child Trauma Symptoms During Child–Parent Psychotherapy: A Prospective Cohort Study of Dyadic Change. *Journal of Traumatic Stress, 30*(6), 690-697. doi: 10.1002/jts.22240.
- Hahn, H., Putnam, K., Epstein, C., Marans, S., & Putnam, F. (2019). Child and family traumatic stress intervention (CFTSI) reduces parental posttraumatic stress symptoms: A multi-site meta-analysis (MSMA). *Child abuse & neglect, 92*(1), 106-115. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.03.010.
- Hill, A. (2012). Help for children after child sexual abuse: Using a qualitative approach to design and test therapeutic interventions that may include non-offending parentes. *Sage*

- Journals*, 11(4). Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1473325012438078>.
- Holt, T., Cohen, J., Mannarino, A., & Jensen, T. K. (2014). Parental emotional response to children's traumas. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(10), 1057-1071. doi: 10.1080/10926771.2014.953717.
- Jose-Shields, L., Swiecicki, C. C., Fritz, D. R., Stinnette, J. S., & Hanson, R. F. (2016). Posttraumatic Stress and Depression in the Nonoffending Caregivers of Sexually Abused Children: Associations with Parenting Practices. *Journals Child Sexual Abuse*, 25(1), 110-125. doi: 10.1080/10538712.2015.1078867.
- Jouriles, E. N., Gower, T., Rancher, C., Johnson, E., Jackson, M. L., & McDonald, R. (2021). Families seeking services for sexual abuse: Intimate partner violence, mothers' psychological distress, and mother-adolescent conflict. *Journal of Family Psychology*, 35(1), 103-111. doi: 10.1037/fam0000798.
- Kavanaugh, M. (2006). Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practices and parenting behaviors for preschool children. *Ambul Pediat.*, 6(1), 32-7, 2006.
- Khadr, S., Clarke, V., Wellings, K., Villalta, L., Goddard, A., Welch, J., . . . Viner, R. (2018). Mental and sexual health outcomes after sexual assault in adolescents: a prospective cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(9), 654-665. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30202-5.
- Kilroy, S. J., Egan, J., Maliszewska, A., & Sarma, K. M. (2014). "Trauma sistêmico": o impacto sobre os pais cujos filhos sofreram abuso sexual. *Jornal de Abuso Sexual Infantil*, 23(5), 481-503. doi: 10.1080/10538712.2014.920458.

- Kimberg, L., & Wheeler, M. (2019). Trauma-informed healthcare approaches: A guide for primary care. *Rev. Springer*, 225-226. doi: 10.1007/978-3-030-04342-1.
- Kreklewetz, C. M., & Piotrowski, C. C. (1998). Incest survivor mothers: Protecting the next generation. *Child Abuse & Neglect*, 22(12), 1305-1312. doi: 10.1016/s0145-2134(98)00102-1.
- Langevin, R., Hébert, M., & Kern, A. (2021). Maternal History of Child Sexual Abuse and Maladaptive Outcomes in Sexually Abused Children: The Role of Maternal Mental Health. *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/08862605211013963.
- Leen-Feldner, E. W., Feldner, M. T., Knapp, A., Bunaciu, L., Blumenthal, H., & Amstadter, A. B. (2013). Offspring psychological and biological correlates of parental posttraumatic stress: Review of the literature and research agenda. *Clinical Psychology Review*, 33, 1106-1133. doi: 10.1016/j.cpr.2013.09.001.
- Lev-Wiesel, R., & First, M. (2018). Willingness to disclose child maltreatment: CSA vs. other forms of child abuse in relation to gender. *Child Abuse & Neglect*, 79, 183-191. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.02.010.
- Lima, E. P., Barreto, S. M., & Assunção, A. A. (2012). Estrutura fatorial, consistência interna e confiabilidade do Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C): um estudo exploratório. *Rev. Trends Psychiatry Psychother*, 34(4), 215-22. doi: 10.1590 / S2237-60892012000400007.
- Lima, Isabel Vieira Braz de, & Diolina, Josimara. (2017). Consequências Psicológicas do abuso Sexual na Infância e Adolescência: Uma Ferida Invisível. Recuperado de <http://www.site.ajes.edu.br/direito/arquivos/20131030201243.pdf>.
- López, Yahira Rodríguez, Gigato, Bertha Arenia Aguiar, & Alvarez, Iraidia Garcia. (2012). Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. *Eureka (Asunción) en Línea*, 9(1),

58-68. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100007&lng=pt&tlng=es.

Maciel, K. R. F. L. A. (2018). Curso de Direito da Criança e do Adolescente – Aspectos teóricos e práticos. São Paulo, SP: Saraiva.

Marin, A. H., Piccinini, C. A., Ribeiro, J. G., & Tudge, R. H. (2012). Parental child-rearing practices, behavior problems and pre-school children's social competence. *Rev. Estud. Psicol*, 17(1), 5-13. doi: 10.1590/S1413-294X2012000100002.

Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Rev. Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 131-148. doi: 10.1177/1524838017738726.

Mauer, V. A., Waterman, E. A., Edwards, K. M., & Banyard, V. L. (2021). Adolescents' Relationships with Important Adults: Exploring This Novel Protective Factor Against Interpersonal Violence Victimization and Perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/08862605211031252.

Merrick, M. T. et al. (2019). Vital signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention 2015–2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(44), p. 999. Recuperado de <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6844e1.htm>.

McGillivray, C. J., Pidgeon, A. M., Ronken, C., & Credland-Ballantyne, C. A. (2018). Resilience in non-offensive mothers of children who reported having been sexually abused. *Journal of Child Sexual Abuse*. doi: 10.1080/10538712.2018.1477221.

Morgan, A. D., & Demara, B. B. (2021): Parenting Stress in Non-Offending Caregivers of Sexually Abused Children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1-16. doi: 10.1080/10538712.2021.1985676.

- Morrison, S. E., Bruce, C., & Wilson, S. (2018). Children's disclosure of sexual abuse: A systematic review of qualitative research exploring barriers and facilitators. *Journal of child sexual abuse*, 27(2), 176-194. doi: 10.1080/10538712.2018.1425943.
- Newberger, C. M., Gremy, I. M., Waternaux, C. M., & Newberger, E. H. (1993). Mothers of sexually abused children: Trauma and repair in longitudinal perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(1), 92-102. doi: 10.1037/h0079398.
- Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse I: Psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), 85-91. doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00642.x.
- Observatório da Criança e do adolescente. (2021). Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes. São Paulo, SP: Fundação Abrinq. Recuperado de <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/violencia>.
- Oshodi, Y., Macharia, M., Lachman, A., & Seedat, S. (2016). Immediate and long-term mental health outcomes in adolescent rape survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-16. doi: 10.1177/0886260516682522.
- Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. (2021). Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Recuperado de <https://ouvidoria.mdh.gov.br/>.
- Penteadó, L. V. (2016). O livre convencimento motivado à luz do NCPC/15. *Revista DireitoNet*. Recuperado de <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/9859/O-livre-convencimento-motivado-a-luz-do-NCPC-15>
- Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2016). Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents. *Child Sex. Abus*, 25(2), 142-158. doi: 10.1080/10538712.2016.1123791.

- Pimentel, A. P. et al. (2019). Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Recuperado de https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf.
- Pizeta, F. A., Silva, T. B. F., Cartafina, M. I. B., & Loureiro, S. R. (2013). Maternal depression and risks for children's behavior and mental health: a review. *Rev. Estud. psicol.*, *18*(3), 429-437. doi: 10.1590/S1413-294X2013000300003.
- Polli, G. M., & Antunes, M. C. (2020). Prevenção do abuso sexual infantil com mães em escolas públicas em Curitiba. In Polli, G. M., & Antunes, M. C. (coords.). *Intervenções em Psicologia Comunitária e da Saúde*. (pp. 57-82). Curitiba, PR: Juruá.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, *42*(3), 269-278. doi: 10.1097/00004583-200303000-00006.
- Rimer, J. R. (2019). In the street they're real, in a picture they're not: Constructions of children and childhood among users of online child sexual exploitation material. *Child Abuse & Neglect*, *90*, 160-173, doi: 10.1016/j.chiabu.2018.12.008.
- Rocha, M. M., Ferrari, R. A., & Silvaes, E. F. M. (2011). Padrões de concordância entre múltiplos informantes na avaliação dos problemas comportamentais de adolescentes: implicações clínicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *11*(3), 948-964. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812011000300013&lng=pt&tlng=pt.
- Ruggiero, K. J., McLeer, S. V., & Dixon, J. F. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, *24*(7), 951- 964. doi: 10.1016/S0145-2134(00)00144-7.

- Runtz, M. G., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, *21*(2), 211-226. doi: 10.1016/S0145-2134(96)00147-0.
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2009) Patterns of agreement among parent, teacher and youth ratings in referred sample. *European Psychiatry*, *24*, 345-351. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.07.008.
- Santos, S. S. et al. (2016). Vivências de mães com filhos abusados sexualmente: uma abordagem fenomenológica. *Saúde e transformação social*, *9*(1,2,3), 96-102. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4944>
- Santos, S. S. D., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Psicologia & Sociedade*, *22*(2), 328-335. doi: 10.1590/S0102-71822010000200013.
- Schaefer, L. S., Brunnet, A. E., Lobo, B. D. O. M., Carvalho, J. C. N., & Kristensen, C. H. (2018). Indicadores psicológicos e comportamentais na perícia do abuso sexual infantil. *Trends in Psychology*, *26*(3), 1467-1482. doi: 10.9788/tp2018.3-12pt.
- Senn, T. E., Braksmajer, A., Urban, M. A., Coury-Doniger, P., & Carey, M. P. (2017). Teste piloto de uma intervenção integrada de redução de risco sexual para mulheres com histórico de abuso sexual na infância. *AIDS Behav*, *21*(11), 3247-3259. doi: 10.1007/s10461-017-1854-y.
- Silva, F. A. A. (2020). O silêncio da mãe diante do abuso: a omissão materna. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.11763/ccss2003silencio-mae-abuso>.

- Steely, M. et al. (2018). All part of the process? A qualitative examination of change in online child pornography behaviors. *Criminal Justice Studies*, 31, 279–296. doi: 10.1080/1478601X.2018.1492389.
- Stelko-Pereira, A. C., & Williams, L. C. A. (2019). Abuso sexual infantil: impacto em familiares não ofensores e estratégias de apoio. In XXX *Crianças e adolescentes vítimas de violência – Prevenção, avaliação e intervenção* (pp. 93-108). Curitiba, PR: Juruá.
- Tavares, B. B., Silva Santos, V. É. da, Lira, G. F. C. de, Lima Gondim, K. M. de, & Targino, G. C. (2020). Abuso sexual na infância e as sequelas no desenvolvimento psicológico das vítimas. *Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública*, 8(2), 102-115. Recuperado de <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/RDGP/article/view/7871>.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Rev. Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 567-589. doi: 10.1016/S1359-1789(01)00047-7.
- Unicef. (2021). Proteção das crianças e adolescentes durante a pandemia de Covid-19. Recuperado de https://www.unicef.org/brazil/media/8611/file/covid-19_crianças-adolescentes-e-cuidados-alternativos-ao-acolhimento-institucional.pdf.
- Van-Delft, I., Finkenauer, C., Tybur, J. M., & Lamers-Winkelmann, F. (2016). Disgusted by Sexual Abuse: Exploring the Association Between Disgust Sensitivity and Posttraumatic Stress Symptoms Among Mothers of Sexually Abused Children. *Journals Trauma Stress*, 29(3), 237-44. doi: 10.1002/jts.22099.
- Wamser-Nanney, R., & Sager Julia, C. (2018). Predictors of maternal support following children’s sexual abuse disclosures. *Rev. Child Abuse & Neglect*, 81, 39-47. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.04.016.

Williams, L. C. A. (2014) Sobre deficiência e violência: Reflexões para uma análise de revisão de área. *Rev. Brasileira de Educação Especial*, 9 (2), 141-154. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277244220_Sobre_deficiencia_e_violencia_reflexoes_para_uma_analise_de_revisao_de_area.

Zavaschi, M. L. S., Satler, F., Poester, D., Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. P., & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(4), 189-195. doi: 10.1590/S1516-44462002000400009.



ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Universidade Tuiuti do Paraná

Credenciada por Decreto Presidencial de 07 de julho de 1997 - D.O.U nº 128, de 08 de julho de 1997. Seção 1, Página 14295.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Regiane Aparecida Baù Gomes, Mestranda em Psicologia Forense, sob orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Antunes da Universidade Tuiuti do Paraná, estamos convidando você a participar de um estudo intitulado **“Sintomas de Estresse Pós-traumático, depressão e ansiedade em mães de filhos(as) vítimas de abuso sexual.”**

Este estudo é importante porque o abuso sexual infantil é considerado um problema social e de saúde pública mundial, causador de diversos transtornos físicos e emocionais nas vítimas e em suas mães.

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar os sintomas de estresse pós traumático, depressão e ansiedade provocadas nas mães de filhos(as) abusados sexualmente e quais os fatores preditores para essa ocorrência, a fim de fornecer dados para o meio acadêmico e científico sobre a relevância desse assunto.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que você preencha um questionário no google forms que será disponibilizado na internet.

c) Não será necessário que você compareça a nenhum lugar, pois a pesquisa será realizada de forma online, sendo assim, você precisa simplesmente acessar o link do questionário para responde-lo em qualquer lugar com acesso a internet. O tempo aproximado para responder o questionário será de 40 minutos. Os instrumentos serão respondidos de forma anônima, no qual as participantes serão identificadas através de um código de forma a garantir o sigilo dos dados.

d) É possível que você experimente algum desconforto psicológico, principalmente relacionado à cansaço, lembranças desconfortáveis ou constrangimento, mas terá a garantia do tratamento gratuito na Clínica de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná com sede na Rua Sidney Antônio Rangel Santos, 245, Bairro Santo Inácio, Curitiba/Paraná.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ocorrer como constrangimento e de dano psicológico. O risco será minimizado através do encaminhamento das participantes que quiserem ou necessitarem para o atendimento psicológico na Clínica de Psicologia da UTP, sem custo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

utp.edu.br | 41 3331-77

Campus Prof. Sydnei Lima Santos | Reitoria: Rua Sydnei A. Rangel Santos, 245 • Santo Inácio • 82010-330 • Curitiba - Paraná
Campus Bacacheri: Rua Cicero Jaime Bley, s/n Hangar 38 • Bacacheri • 82515-180 • Curitiba - Paraná
Campus Schaffer: Rua Padre Ludovico Bronny, 249 • Jardim Schaffer • 82100-280 • Curitiba - Paraná
Campus Mossunguê: Rua José Nicco, 179 • Mossunguê • 81200-300 • Curitiba - Paraná

Página | 1



Universidade Tuiuti do Paraná

Credenciada por Decreto Presidencial de 07 de julho de 1997 - D.O.U nº 128, de 08 de julho de 1997. Seção 1, Página 14295.

- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa é que os dados coletados sejam utilizados para tratamento de pessoas que foram abusadas sexualmente. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- g) A pesquisadora Regiane Aparecida Baú Gomes, responsável por este estudo poderá ser localizada pelo telefone (44) 999743599 ou no e-mail advocaciaregianebau@hotmail.com, no horário das 09hs às 12hs para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que cancelem este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento e/ou tratamento está garantido e não será interrompido caso você desista de participar.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como a orientadora deste estudo, professora Doutora Maria Cristina Antunes. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma anônima, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.
- j) Os questionários serão utilizados unicamente para essa pesquisa e ficarão guardados sob sigilo durante 05 anos, após esse período, os documentos serão destruídos/descartados.
- k) No caso de algum dano decorrente da sua participação nesta pesquisa, comprovado e relacionado com sua participação nesta pesquisa, você terá direito ao processo e indenização pela pesquisadora.
- l) A sua participação nesse estudo não acarretará custos, mas caso ocorra, você será imediatamente e integralmente ressarcido(a) de todos os gastos.
- m) No caso de algum dano, imediato ou tardio, decorrente da sua participação nesta pesquisa, você também tem o direito de ser indenizado(a) pelo pesquisador(a), bem como a ter o direito a receber assistência de saúde gratuita, integral e imediata. Ao participar dessa pesquisa você não abrirá mão de seus direitos, incluindo o direito de pedir indenização e assistência a que legalmente tenha direito.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

utp.edu.br | 41 3331-7700

Campus Prof. Sydnei Lima Santos | Reitoria: Rua Sydnei A. Rangel Santos, 245 • Santo Inácio • 82010-330 • Curitiba - Paraná

Campus Bacacheri: Rua Cicero Jaime Bley, s/n Hangar 38 • Bacacheri • 82515-180 • Curitiba - Paraná

Campus Schaffer: Rua Padre Ludovico Bronny, 249 • Jardim Schaffer • 82100-280 • Curitiba - Paraná

Campus Mossunguê: Rua José Nicco, 179 • Mossunguê • 81200-300 • Curitiba - Paraná

Página | 2



Universidade Tuiuti do Paraná

Credenciada por Decreto Presidencial de 07 de julho de 1997 - D.O.U nº 128, de 08 de julho de 1997. Seção 1, Página 14295.

- n) Se você sofrer algum dano ou doença, previsto ou não neste termo de consentimento, comprovado e relacionado com sua participação nesta pesquisa, o pesquisador pagará as despesas médicas necessárias e decorrentes do tratamento, pelo tempo que for necessário. E ainda, terá a garantia do tratamento gratuito na Clínica de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná perante quaisquer desconfortos ocasionados pelo estudo.
- o) Você não renunciará de seus direitos legais ao assinar este termo de consentimento, incluindo o direito de pedir indenização por danos resultantes de sua participação no estudo.
- p) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, ou serão apresentados apenas dados gerais de todos participantes da pesquisa.
- q) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo telefone (041) 3331-7668 / e-mail: comitedeetica@utp.br. Rua: Sidnei A. Rangel Santos, 245, Sala 04 - Bloco PROPPE. Horário de atendimento das 13:30 às 17:30.

Eu li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios deste estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu tratamento/atendimento. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item e.

Eu receberei uma via assinada e datada deste documento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local, ___ de _____ de 20____.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

utp.edu.br / 41 - 3331-7700
[Nome e Assinatura do Pesquisador]

Campus Prof. Sydnei Lima Santos | Reitoria: Rua Sydnei A. Rangel Santos, 245 • Santo Inácio • 82010-330 • Curitiba - Paraná

Campus Bacacheri: Rua Cícero Jaime Bley, s/n Hangar 38 • Bacacheri • 82515-180 • Curitiba - Paraná

Campus Schaffer: Rua Padre Ludovico Bronny, 249 • Jardim Schaffer • 82100-280 • Curitiba - Paraná

Campus Mossunguê: Rua José Nicco, 179 • Mossunguê • 81200-300 • Curitiba - Paraná

ANEXO B – Child Behavior Checklist (CBCL/YSR)

INVENTÁRIO DOS COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ENTRE 6 E 18 ANOS (CBCL)

ID (para uso exclusivo do aplicador): _____

NOME COMPLETO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE: _____

IDADE ____ ANOS	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	RAÇA OU ETNIA _____	TIPO DE TRABALHO DOS PAIS, mesmo que não estejam trabalhando no momento. (Por favor, seja específico - por exemplo: mecânico de automóveis, professor(a) de ensino médio, dona de casa, operário, vendedor de sapato, sargento do exército).			
DATA DE HOJE: Dia ____ Mês ____ Ano ____		DATA DE NASCIMENTO: Dia ____ Mês ____ Ano ____		TIPO DE TRABALHO DO PAI: _____		
SÉRIE ESCOLAR: ____ SÉRIE		Por favor, responda todos os itens de acordo com o modo como você vê o comportamento de seu/sua filho(a), mesmo que outras pessoas possam não concordar. Esteja a vontade para escrever quaisquer comentários adicionais abaixo de cada questão e no espaço livre da página 2. CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.		TIPO DE TRABALHO DA MÃE: _____		
<input type="checkbox"/> Não freqüente a escola				FORMULÁRIO PREENCHIDO POR (NOME COMPLETO): _____		
				SEU SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		
				SUA RELAÇÃO COM A CRIANÇA: <input type="checkbox"/> MÃE/PAI BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> PADRASTO/MADRASTA <input type="checkbox"/> AVÔ/AVÓ <input type="checkbox"/> MÃE/PAI ADOATIVO <input type="checkbox"/> CUIDADOR(A) <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFIQUE) _____		
I. Por favor, cite os esportes que seu/sua filho(a) mais gosta de praticar. Por exemplo: natação, futebol, andar de patins ou skate, andar de bicicleta etc.			Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, quanto tempo é dedicado a cada um?		Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, o desempenho dele(a) em cada um desses esportes é:	
<input type="checkbox"/> nenhum			Menos Igual Mais Não sei		Pior Igual Melhor Não sei	
a) _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
II. Por favor, cite os hobbies, atividades e jogos favoritos do seu/sua filho(a) que não sejam esportes. Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, brincar de boneca, brincar de carrinho, ler, cantar, usar o computador, jogar video-game. (Não incluir ouvir rádio ou ver televisão)			Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, quanto tempo é dedicado a cada um?		Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, o desempenho dele(a) em cada um desses passatempos é:	
<input type="checkbox"/> nenhum			Menos Igual Mais Não sei		Pior Igual Melhor Não sei	
a) _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
III. Por favor, cite quaisquer organizações, clubes, times ou grupos aos quais seu/sua filho(a) pertence. Por exemplo: turma de amigos fora da escola, grupo de igreja, teatro, música etc.			Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, como é a participação dele(a) em cada um?			
<input type="checkbox"/> nenhum			Menor Igual Maior Não sei			
a) _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
b) _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
c) _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
IV. Por favor, cite quaisquer trabalhos ou tarefas que seu/sua filho(a) tenha. Por exemplo: office-boy; ajudante de feira; trabalho em loja; lavar a louça; tomar conta das crianças; fazer a cama etc. (incluir tanto trabalhos pagos como não pagos).			Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, como é o desempenho dele(a) em cada um?			
<input type="checkbox"/> nenhum			Menor Igual Melhor Não sei			
a) _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
b) _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
c) _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS. ENTÃO, VÁ PARA A PRÓXIMA PÁGINA.

COPYRIGHT 2001 T. ACHENBACH & RESCORLA. REPRODUCED UNDER LICENSE #201-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

Tradução: Silvaes, E. F. M.; Rocha, M. M. & Equipe Projeto Enurese (2007). Versão brasileira não publicada do inventário "Child Behavior Checklist for ages 6-18" (Achenbach & Rescorla, 2001).

Profª Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silvaes
 Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo
 Av. Prof. Melo Moraes, 1721 / São Paulo – SP
efdmsilv@usp.br

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.

V.

1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos amigos próximos? (Não incluir irmãos e irmãs)

Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu/sua filho(a) encontra amigos ou colegas fora do horário da escola? (Não incluir irmãos e irmãs)

Menos que 1 1 ou 2 3 ou mais

VI. Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, até que ponto seu/sua filho(a):

	Pior	Igual	Melhor	
a) Consegue se relacionar adequadamente com seus/suas irmãos/irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tem irmãos
b) Consegue se relacionar adequadamente com outras crianças/adolescente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Consegue se comportar adequadamente em relação aos seus pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Consegue fazer coisas sozinho(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. Desempenho nas disciplinas escolares:

Não frequenta a escola porque _____

	Avalie cada uma das disciplinas	Abaixo da média exigida pela escola	Pior que a média	Igual a média	Melhor que a média
	a) Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras matérias - por exemplo: computação, geografia, Inglês, espanhol. Não inclui educação física, trabalhos manuais ou artísticos, ou outras disciplinas não acadêmicas.	c) Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. O seu filho(a) frequenta alguma escola, aula de reforço ou estabelecimento de ensino especial? Não Sim - que tipo?

3. O seu filho(a) repetiu algum ano? Não Sim – Cite as séries que repetiu e as razões.

4. O seu filho(a) teve algum problema no desempenho escolar ou outro tipo de problema na escola? Não Sim - Descreva-o, por favor:

Quando esses problemas começaram? _____

Os problemas mencionados já foram resolvidos? Não Sim – quando?

O seu filho(a) tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)? Não Sim – Descreva-a, por favor:

Qual é a sua maior preocupação em relação ao seu filho(a)?

Por favor, descreva os aspectos mais positivos do seu filho(a).

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS

Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem crianças/adolescentes. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) **neste momento ou nos últimos seis meses**, trace um círculo à volta do **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou freqüentemente verdadeira** em relação ao seu filho(a). Trace um círculo à volta do **1** se a afirmação é **um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira** em relação ao seu filho(a). Se a afirmação **não é verdadeira** em relação ao seu filho(a), trace um círculo à volta do **0**. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicáveis ao seu filho(a).

0 = NÃO É VERDADEIRA (TANTO QUANTO SABE)		1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA	
0 1 2	1. Comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade		0 1 2	32. Acha que deve ser perfeito(a)
0 1 2	2. Toma bebida alcoólica sem a aprovação dos pais (descreva): _____		0 1 2	33. Acha ou reclama que ninguém gosta dele(a)
0 1 2	3. Discute muito		0 1 2	34. Acha que os outros o(a) perseguem
0 1 2	4. Não termina as coisas que começou		0 1 2	35. Sente-se sem valor ou inferior
0 1 2	5. Poucas coisas lhe dão prazer		0 1 2	36. Machuca-se com freqüência, tem tendência a sofrer acidentes
0 1 2	6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário		0 1 2	37. Mete-se em muitas brigas
0 1 2	7. É convencido(a), conta vantagem		0 1 2	38. É alvo de muitas provocações
0 1 2	8. Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento(a) muito tempo		0 1 2	39. Anda com pessoas que se metem em encrencas
0 1 2	9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva): _____		0 1 2	40. Escuta sons ou vozes que não existem (descreva): _____
0 1 2	10. Não consegue parar sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperativo(a)		0 1 2	41. É impulsivo(a), ou age sem pensar
0 1 2	11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente		0 1 2	42. Prefere estar sozinho(a) à ficar em companhia de outros
0 1 2	12. Reclama de solidão		0 1 2	43. Mentira ou engana os outros
0 1 2	13. Fica confuso(a) ou desorientado(a)		0 1 2	44. Rói as unhas
0 1 2	14. Chora muito		0 1 2	45. É nervoso(a) ou tenso(a)
0 1 2	15. É cruel com animais		0 1 2	46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
0 1 2	16. Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros		0 1 2	47. Tem pesadelos
0 1 2	17. Sonha acordado(a) ou perde-se em seus pensamentos		0 1 2	48. As outras crianças ou adolescentes não gostam dele(a)
0 1 2	18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicídio		0 1 2	49. Tem prisão de ventre, intestino preso
0 1 2	19. Exige que prestem muita atenção nele(a)		0 1 2	50. É muito medroso(a) ou ansioso(a)
0 1 2	20. Destroí suas próprias coisas		0 1 2	51. Sente tontura ou zonzeira
0 1 2	21. Destroí coisas de sua família ou de outros		0 1 2	52. Sente-se muito culpado(a)
0 1 2	22. É desobediente em casa		0 1 2	53. Come demais
0 1 2	23. É desobediente na escola		0 1 2	54. Sente-se cansado(a) demais sem motivo
0 1 2	24. Não come bem		0 1 2	55. Está acima do peso
0 1 2	25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes		0 1 2	56. Tem problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:
0 1 2	26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se comportar mal		0 1 2	a) Dores (exceto de cabeça ou de estômago)
0 1 2	27. Sente ciúme com facilidade		0 1 2	b) Dores de cabeça
0 1 2	28. Desrespeita as regras em casa, na escola ou em outros lugares		0 1 2	c) Náuseas, Enjôos
0 1 2	29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____		0 1 2	d) Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) (descreva): _____
0 1 2	30. Tem medo de ir à escola		0 1 2	e) Assaduras ou outros problemas de pele
0 1 2	31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má		0 1 2	f) Dores de estômago ou de barriga
			0 1 2	g) Vômitos
			0 1 2	h) Outros (descreva): _____

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.			
0 = NÃO É VERDADEIRA (TANTO QUANTO SABE)	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU		2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
	ALGUMAS VEZES VERDADEIRA		
0 1 2	57. Ataca fisicamente as pessoas	0 1 2	84. Tem comportamento estranho (descreva): _____
0 1 2	58. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo (descreva): _____	0 1 2	85. Tem idéias estranhas (descreva): _____
0 1 2	59. Mexe nas partes íntimas em público	0 1 2	86. Teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de irritar
0 1 2	60. Mexe demais nas partes íntimas	0 1 2	87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
0 1 2	61. Os seus trabalhos escolares são fracos	0 1 2	88. Fica facilmente emburrado(a)
0 1 2	62. Desastrado(a) ou tem falta de coordenação	0 1 2	89. Desconfiado(a)
0 1 2	63. Prefere estar com crianças/adolescentes mais velhos	0 1 2	90. Xinga ou fala palavrões
0 1 2	64. Prefere estar com crianças/adolescentes mais novos	0 1 2	91. Fala que vai se matar
0 1 2	65. Recusa-se a falar	0 1 2	92. Fala ou anda dormindo (descreva): _____
0 1 2	66. Repete as mesmas ações várias vezes seguidas, compulsões (descreva): _____	0 1 2	93. Fala demais
0 1 2	67. Foge de casa	0 1 2	94. Provoca muito
0 1 2	68. Grita muito	0 1 2	95. Faz birra ou é esquentado(a)
0 1 2	69. Reservado(a), guarda as coisas para si mesmo(a)	0 1 2	96. Pensa demais em sexo
0 1 2	70. Vê coisas que não existem (descreva): _____	0 1 2	97. Ameaça as pessoas
0 1 2	71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente envergonhado(a)	0 1 2	98. Chupa o dedo
0 1 2	72. Põe fogo nas coisas	0 1 2	99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheira tabaco
0 1 2	73. Tem problemas sexuais (descreva): _____	0 1 2	100. Tem problemas com sono (descreva): _____
0 1 2	74. Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas	0 1 2	101. Falta à escola sem permissão, mata aula
0 1 2	75. Muito acanhado(a) ou tímido(a)	0 1 2	102. Pouco ativo(a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia
0 1 2	76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes	0 1 2	103. Infeliz, triste ou deprimido(a)
0 1 2	77. Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou durante a noite (descreva): _____	0 1 2	104. Barulhento(a) demais
0 1 2	78. Desatento(a) ou distrai-se facilmente	0 1 2	105. Usa drogas sem fins medicinais (não incluir álcool ou tabaco) (descreva): _____
0 1 2	79. Tem problemas de fala (descreva): _____	0 1 2	106. Comete atos de vandalismo
0 1 2	80. Fica com o olhar parado	0 1 2	107. Faz xixi na calça
0 1 2	81. Rouba em casa	0 1 2	108. Faz xixi na cama
0 1 2	82. Rouba fora de casa	0 1 2	109. Choraminga
0 1 2	83. Junta muitas coisas que não precisa (descreva): _____	0 1 2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
		0 1 2	111. Isola-se, não se relaciona com os outros
		0 1 2	112. Preocupa-se muito
		0 1 2	113. Por favor, escreva outros problemas do seu filho(a) que não tenham sido mencionados na lista acima: _____
		0 1 2	_____
		0 1 2	_____

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.

ANEXO C – Inventário de Depressão de Beck (BDI).



Data: ___/___/___

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1

CONTINUAÇÃO NO VERSO



Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
 Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
 Todos os direitos reservados.

L.00000426



7 898621 710759



© 2017 Casapsi Livraria e Editora Ltda
 Tradução e adaptação brasileira.
 É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
 BDI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

ANEXO D – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afoqueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				
				Total



Copyright© 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright© 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.



© 2017 Casapsi Livraria e Editora Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
Av. Francisco Matarazzo, 1500 – cj. 51, Ed. New York
Centro Empresarial Água Branca – Barra Funda – São Paulo/SP
CEP: 05001-100 Tel. (11) 3672-1240 – www.pearsonclinical.com.br

L.00000504



7 899621 710742

ANEXO E – *Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C)*

Equivalência semântica da PTSD-C em português – Berger et alii

ANEXO 1: PCL-C

Instruções:

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.

Por favor, marque 1 para "nada", 2 para "um pouco", 3 para "médio", 4 para "bastante" e 5 para "muito".

	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
1. <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2. <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
4. Sentir-se <i> muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
10. <i>Sentir-se distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se <i>você não tivesse expectativas para o futuro</i> ?	1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo</i> ?	1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i> ?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar " <i>superalerta</i> ", <i>vigilante</i> ou " <i>em guarda</i> "?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado</i> ?	1	2	3	4	5

175

ANEXO F – Questionário sociodemográfico e concepções acerca do abuso sexual

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA – MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE UTP

Data: ____/____/____

Quest. No.: _____

1. Seu nome: _____
2. Sua idade: _____ anos.
3. Local de nascimento: _____/_____(Cidade/Estado)
4. Bairro onde mora: _____
5. Quantos filhos você tem? _____
6. Qual seu estado civil?
 1. Solteira
 2. Casada
 3. Vive junto
 4. Divorciada
 5. Viúvo(a)
7. Você se considera:
 1. Branca
 2. Negra
 3. Amarela
 4. Parda
 5. Indígena
8. Qual a sua religião?
 1. Católica
 2. Evangélico
 3. Espírita
 4. Umbandista/Candomblé
 5. Não tenho religião
 6. Outra: _____
9. Qual importância dá aos cultos aos cultos religiosos?
 1. muito importante
 2. importante
 3. sem muita importância
 4. nada importante
10. Você trabalha atualmente? 1. Sim 2. Não
11. Qual seu salário atual? _____
12. Alguém mais trabalha na sua casa? 1. Sim 2. Não
13. Somando todos os salários da sua casa, quanto dá o total? _____

14. Orçamento Familiar

Seguem abaixo algumas perguntas sobre itens eletroeletrônicos que DEVEM estar funcionando na sua casa, incluindo aqueles que estão guardados. Caso você tenha alguns aparelhos estragados, MAS que você pretende consertar em até seis (6) meses você pode marcar que tem este aparelho.

Na sua casa tem? Responda abaixo:

Itens de conforto	Não Possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4
1. Carros de passeio de uso particular					
2. Empregados (as) mensalistas (mais de 5 dias na semana)					
3. Máquinas de lavar roupa (menos tanquinho)					
4. Quantidade de banheiros na sua casa					
5. Dvd, qualquer aparelho que leia dvd (no carro não conta)					
6. Quantidade de geladeiras na sua casa					
7. Quantidade de freezers ou geladeiras duplex					
8. Quantidade de computadores considerando somente computadores de mesa, laptops, notebooks.					
9. Quantidade de lava louças					
10. Quantidade de fornos de micro-ondas					
11. Quantidade de motocicletas (moto para trabalho não conta)					
12. Quantidade de máquinas secadora de roupas (só a que seca roupas)					

13. A água utilizada na sua casa é proveniente de?	
1 ()	Rede de distribuição
2 ()	Poço ou nascente
3 ()	Outro meio

14. Considerando o trecho da rua da sua casa, você diria que a rua é?	
1 ()	Asfaltada/pavimentada
2 ()	Terra/cascalho

15. Considere o (a) chefe (a) da família aquele (a) que contribui com a maior parte da renda na sua casa. Na sua casa quem é o chefe(a) da família?

Resposta: _____

16. Qual é o grau de instrução do(a) chefe (a) da família?

1. () Analfabeto/fundamental 1 incompleto
2. () Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
3. () Fundamental Completo/Médio Incompleto
4. () Médio completo/superior incompleto
5. () Superior Completo

17. Possui alguma doença?

1. Sim 2. Não

18. Qual doença? _____

19. Qual a gravidade de sua doença?

1. Nenhuma 2. Pouca 3. Média 4. Muita

20. Usa algum tipo de medicação?

1. Sim 2. Não

21. Qual? _____

22. Faz tratamento psicológico?

1. Sim 2. Não

23. Há quanto tempo faz tratamento psicológico? _____(meses)

24. Faz tratamento psiquiátrico?

1. Sim 2. Não

25. Há quanto tempo faz tratamento psiquiátrico? _____(meses)

26. Você está passando por problemas familiares nesse momento?

1. Sim 2. Não

27. O quanto esses problemas familiares te preocupam?

1. Nada 2. Pouco 3. Médio 4. Muito

Abuso sexual é qualquer contato sexual, com ou sem o uso de violência, onde o abusador (a) seduz ou força uma pessoa a ter contatos sexuais. O abuso sexual caracteriza-se por: contato sexual **com ou sem penetração**; passar a mão; o abusador (a) pede para tocar nos seus órgãos sexuais ou exibe seus órgãos sexuais; esfregar os órgãos sexuais e mostrar material pornográfico para a criança ou adolescente. O abuso sexual também pode ocorrer entre colegas, crianças ou adolescentes de uma mesma idade, mas só é abuso quando uma das crianças/adolescentes é forçado a alguma dessas práticas descritas acima.

28. Já ouviu falar em casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes?

1. Sim 2. Não

29. Já aconteceu algum caso de abuso sexual em sua família?

1. Sim 2. Não 3. Não sei

30. Você sofreu algum tipo de abuso sexual?

1. Sim 2. Não

31. Alguma dessas situações já ocorreu com você?

1. Fui acariciada em meus órgãos sexuais contra minha vontade.
2. Fui obrigada a assistir filmes pornográficos contra minha vontade.
3. Fui obrigada a observar (assistir) relações sexuais contra minha vontade.
4. Fui obrigada ou coagida a praticar sexo anal contra minha vontade.
5. Fui obrigada ou coagida a praticar sexo oral contra minha vontade.
6. Fui obrigada ou coagida a praticar sexo vaginal contra minha vontade.

32. Com que idade você sofreu o abuso sexual? _____

33. A pessoa que abusou de você era seu:

1. Pai 2. Mãe 3. Parente 4. Amigo da família 5. Professor
6. Chefe 7. Outro: _____

34. Quanto tempo durou o abuso sexual com você? _____ (meses)

35. Você contou para alguém?

1. Sim 2. Não

36. Para quem você contou?

1. Pai 2. Mãe 3. Parente 4. Amigo da família
5. Professor 6. Chefe 7. Outro: _____

37. Você suspeita que seu filho(a) tenha sofrido abuso sexual?

1. Sim 2. Não

38. Seu filho(a) te contou que sofreu abuso sexual?

1. Sim 2. Não

39. O quanto você ficou preocupada quando seu filho(a) te contou que sofreu abuso sexual?

1. Nada 2. Pouco 3. Médio 4. Muito

40. Seu filho(a) te contou quem praticou o abuso sexual?

1. Sim 2. Não

41. Se ele te contou, quem foi a pessoa:

1. Pai 2. irmão 3. Parente 4. Amigo da família 5. Professor
6. Chefe 7. Outro: _____

42. Você procurou ajuda?

1. Sim Onde? _____
2. Não

43. Você denunciou o agressor na delegacia?

1. Sim 2. Não

44. Você quer ser encaminhada (o) para atendimento psicológico?

1. Sim 2. Não

45. Essa pesquisa vai continuar, você concorda em responder esse questionário novamente daqui 1 ano?

1. Sim 2. Não

CBCL 6-18 ANOS

ID (para uso exclusivo do aplicador):

NOME COMPLETO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE:

IDADE ____ ANOS

SEXO Masculino Feminino

RAÇA OU ETNIA:

DATA DE HOJE: Dia ____ Mês ____ Ano ____

DATA DE NASCIMENTO: Dia ____ Mês ____ Ano ____

SÉRIE ESCOLAR: ____ SÉRIE Não frequênta a escola

Por favor, responda todos os itens de acordo com o modo como você vê o comportamento de seu/sua filho(a), mesmo que outras pessoas possam não concordar.

Esteja a vontade para escrever quaisquer comentários adicionais abaixo de cada questão e no espaço livre da página 2.

CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.

TIPO DE TRABALHO DOS PAIS, mesmo que não estejam trabalhando no momento. (Por favor, seja específico - por exemplo: mecânico de automóveis, professor(a) de ensino médio, dona de casa, operário, vendedor de sapato, sargento do exército).

TIPO DE TRABALHO DO PAI: _____

TIPO DE TRABALHO DA MÃE: _____

FORMULÁRIO PREENCHIDO POR: _____

(NOME COMPLETO): _____

SEU SEXO: MASCULINO FEMININO

SUA RELAÇÃO COM A CRIANÇA: MÃE/PAI BIOLÓGICO PADRASTO/MADRASTA AVÔ/AVÓ MÃE/PAI ADOTIVO CUIDADOR(A) OUTRO (ESPECIFIQUE) _____.

I. Por favor, cite os esportes que seu/sua filho(a) mais gosta de praticar. Por exemplo: natação, futebol, andar de patins ou skate, andar de bicicleta etc.

nenhum

a) _____ b) _____ c) _____

Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, quanto tempo é dedicado a cada um?

Menos Igual Mais Não sei

Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, o desempenho dele(a) em cada um desses esportes é: Pior Igual Melhor Não sei

II. Por favor, cite os hobbies, atividades e jogos favoritos do seu/sua filho(a) que não sejam esportes. Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, brincar de boneca, brincar de carrinho, ler, cantar, usar o computador, jogar video-game. (Não incluir ouvir rádio ou ver televisão)

nenhum

a) _____ b) _____ c) _____

Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, quanto tempo é dedicado a cada um?

Menos Igual Mais Não sei

Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, o desempenho dele(a) em cada um desses passatempos é:

Pior Igual Melhor Não sei

III. Por favor, cite quaisquer organizações, clubes, times ou grupos aos quais seu/sua filho(a) pertence. Por exemplo: turma de amigos fora da escola, grupo de igreja, teatro, música etc.

nenhum

a) _____ b) _____ c) _____

Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, como é a participação dele(a) em cada um?

Menor Igual Maior Não sei

IV. Por favor, cite quaisquer trabalhos ou tarefas que seu/sua filho(a) tenha. Por exemplo: officeboy; ajudante de feira; trabalho em loja; lavar a louça; tomar conta das crianças; fazer a cama etc. (incluir tanto trabalhos pagos como não pagos).

nenhum

a) _____ b) _____ c) _____

Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, como é o desempenho dele(a) em cada um?

Menor Igual Melhor Não sei

CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS. ENTÃO, VÁ PARA A PRÓXIMA PÁGINA.

V.

1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos amigos próximos? (Não incluir irmãos e irmãs)

Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu/sua filho(a) encontra amigos ou colegas fora do horário da escola? (Não incluir irmãos e irmãs)

Menos que 1 1 ou 2 3 ou mais

VI. Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, até que ponto seu/sua filho(a):

a) Consegue se relacionar adequadamente com seus/suas irmãos/irmãs?

Pior Igual Melhor Não tem irmãos

b) Consegue se relacionar adequadamente com outras crianças/adolescente?

Pior Igual Melhor Não tem irmãos

c) Consegue se comportar adequadamente em relação aos seus pais?

Pior Igual Melhor Não tem irmãos

d) Consegue fazer coisas sozinho(a)?

Pior Igual Melhor Não tem irmãos

VII. Desempenho nas disciplinas escolares: Não freqüenta a escola porque: _____

_____.

Avalie cada uma das disciplinas

a) Português Abaixo da média exigida pela escola Pior que a média Igual a média Melhor que a média

b) História ou estudos sociais Abaixo da média exigida pela escola Pior que a média Igual a média

Melhor que a média

c) Matemática Abaixo da média exigida pela escola Pior que a média Igual a média Melhor que a média

d) Ciências Abaixo da média exigida pela escola Pior que a média Igual a média Melhor que a média

e) _____ Abaixo da média exigida pela escola Pior que a média Igual a média Melhor que a média

f) _____ Abaixo da média exigida pela escola Pior que a média Igual a média Melhor que a média

g) _____ Abaixo da média exigida pela escola Pior que a média Igual a média Melhor que a média

Outras matérias - por exemplo: computação, geografia, Inglês, espanhol. Não inclua educação física, trabalhos manuais ou artísticos, ou outras disciplinas não acadêmicas.

2. O seu filho(a) freqüenta alguma escola, aula de reforço ou estabelecimento de ensino especial? Não Sim
- que tipo?

3. O seu filho(a) repetiu algum ano? Não Sim – Cite as séries que repetiu e as razões.

4. O seu filho(a) teve algum problema no desempenho escolar ou outro tipo de problema na escola? Não Sim - Descreva-o, por favor:

Quando esses problemas começaram? _____

Os problemas mencionados já foram resolvidos? Não Sim – quando?

O seu filho(a) tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)? Não Sim – Descreva-a, por favor:

Qual é a sua maior preocupação em relação ao seu filho(a)? Por favor, descreva os aspectos mais positivos do seu filho(a).

Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem crianças/adolescentes. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) neste momento ou nos últimos seis meses, trace um círculo à volta do

2 se a afirmação é muito verdadeira ou freqüentemente verdadeira em relação ao seu filho(a). Trace um círculo à volta do 1 se a afirmação é um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira em relação ao seu filho(a). Se a afirmação não é verdadeira em relação ao seu filho(a), trace um círculo à volta do 0. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicáveis ao seu filho(a).

0 = NÃO É VERDADEIRA (TANTO QUANTO SABE) 1 =UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA 2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

- 0 1 2 1. Comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade
- 0 1 2 2. Toma bebida alcoólica sem a aprovação dos pais (descreva) _____
- 0 1 2 3. Discute muito
- 0 1 2 4. Não termina as coisas que começou
- 0 1 2 5. Poucas coisas lhe dão prazer
- 0 1 2 6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário
- 0 1 2 7. É convencido(a), conta vantagem
- 0 1 2 8. Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento(a) muito tempo
- 0 1 2 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva): _____
- 0 1 2 10. Não consegue parar sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperativo(a)
- 0 1 2 11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
- 0 1 2 12. Reclama de solidão
- 0 1 2 13. Fica confuso(a) ou desorientado(a)
- 0 1 2 14. Chora muito
- 0 1 2 15. É cruel com animais
- 0 1 2 16. Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros
- 0 1 2 17. Sonha acordado(a) ou perde-se em seus pensamentos
- 0 1 2 18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicídio
- 0 1 2 19. Exige que prestem muita atenção nele(a)
- 0 1 2 20. Destroí suas próprias coisas
- 0 1 2 21. Destroí coisas de sua família ou de outros
- 0 1 2 22. É desobediente em casa
- 0 1 2 23. É desobediente na escola
- 0 1 2 24. Não come bem
- 0 1 2 25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes
- 0 1 2 26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se comportar mal
- 0 1 2 27. Sente ciúme com facilidade
- 0 1 2 28. Desrespeita as regras em casa, na escola ou em outros lugares
- 0 1 2 29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____

- 0 1 2 30. Tem medo de ir à escola
- 0 1 2 31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má
- 0 1 2 32. Acha que deve ser perfeito(a)
- 0 1 2 33. Acha ou reclama que ninguém gosta dele(a)
- 0 1 2 34. Acha que os outros o(a) perseguem
- 0 1 2 35. Sente-se sem valor ou inferior
- 0 1 2 36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes
- 0 1 2 37. Mete-se em muitas brigas
- 0 1 2 38. É alvo de muitas provocações
- 0 1 2 39. Anda com pessoas que se metem em encrencas
- 0 1 2 40. Escuta sons ou vozes que não existem (descreva): _____
- 0 1 2 41. É impulsivo(a), ou age sem pensar
- 0 1 2 42. Prefere estar sozinho(a) à ficar em companhia de outros
- 0 1 2 43. Mentira ou engana os outros
- 0 1 2 44. Rói as unhas
- 0 1 2 45. É nervoso(a) ou tenso(a)
- 0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
- 0 1 2 47. Tem pesadelos
- 0 1 2 48. As outras crianças ou adolescentes não gostam dele(a)
- 0 1 2 49. Tem prisão de ventre, intestino preso
- 0 1 2 50. É muito medroso(a) ou ansioso(a)
- 0 1 2 51. Sente tontura ou zozzeira
- 0 1 2 52. Sente-se muito culpado(a)
- 0 1 2 53. Come demais
- 0 1 2 54. Sente-se cansado(a) demais sem motivo
- 0 1 2 55. Está acima do peso
56. Tem problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:
- 0 1 2 a) Dores (exceto de cabeça ou de estômago)
- 0 1 2 b) Dores de cabeça 0 1 2 c) Náuseas, Enjôos
- 0 1 2 d) Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) (descreva):

- 0 1 2 e) Assaduras ou outros problemas de pele
- 0 1 2 f) Dores de estômago ou de barriga
- 0 1 2 g) Vômitos
- 0 1 2 h) Outros (descreva): _____
- 0 1 2 57. Ataca fisicamente as pessoas
- 0 1 2 58. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo (descreva) _____

- 0 1 2 59. Mexe nas partes íntimas em público
- 0 1 2 60. Mexe demais nas partes íntimas
- 0 1 2 61. Os seus trabalhos escolares são fracos
- 0 1 2 62. Desastrado(a) ou tem falta de coordenação
- 0 1 2 63. Prefere estar com crianças/adolescentes mais velhos
- 0 1 2 64. Prefere estar com crianças/adolescentes mais novos
- 0 1 2 65. Recusa-se a falar
- 0 1 2 66. Repete as mesmas ações várias vezes seguidas, compulsões (descreva): _____
- 0 1 2 67. Foge de casa
- 0 1 2 68. Grita muito
- 0 1 2 69. Reservado(a), guarda as coisas para si mesmo(a)
- 0 1 2 70. Vê coisas que não existem (descreva): _____
- 0 1 2 71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente envergonhado(a)
- 0 1 2 72. Põe fogo nas coisas
- 0 1 2 73. Tem problemas sexuais (descreva): _____
- 0 1 2 74. Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas
- 0 1 2 75. Muito acanhado(a) ou tímido(a)
- 0 1 2 76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes
- 0 1 2 77. Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou durante a noite (descreva):

- 0 1 2 78. Desatento(a) ou distrai-se facilmente
- 0 1 2 79. Tem problemas de fala (descreva): _____
- 0 1 2 80. Fica com o olhar parado
- 0 1 2 81. Rouba em casa
- 0 1 2 82. Rouba fora de casa
- 0 1 2 83. Junta muitas coisas que não precisa (descreva): _____
- 0 1 2 84. Tem comportamento estranho (descreva): _____
- 0 1 2 85. Tem idéias estranhas (descreva): _____
- 0 1 2 86. Teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de irritar
- 0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
- 0 1 2 88. Fica facilmente emburrado(a)
- 0 1 2 89. Desconfiado(a)
- 0 1 2 90. Xinga ou fala palavrões
- 0 1 2 91. Fala que vai se matar
- 0 1 2 92. Fala ou anda dormindo (descreva): _____
- 0 1 2 93. Fala demais
- 0 1 2 94. Provoca muito

- 0 1 2 95. Faz birra ou é esquentado(a)
- 0 1 2 96. Pensa demais em sexo
- 0 1 2 97. Ameaça as pessoas
- 0 1 2 98. Chupa o dedo
- 0 1 2 99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheira tabaco
- 0 1 2 100. Tem problemas com sono (descreva): _____
- 0 1 2 101. Falta à escola sem permissão, mata aula
- 0 1 2 102. Pouco ativo(a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia
- 0 1 2 103. Infeliz, triste ou deprimido(a)
- 0 1 2 104. Barulhento(a) demais
- 0 1 2 105. Usa drogas sem fins medicinais (não incluir álcool ou tabaco) (descreva): _____
- 0 1 2 106. Comete atos de vandalismo
- 0 1 2 107. Faz xixi na calça
- 0 1 2 108. Faz xixi na cama
- 0 1 2 109. Choraminga
- 0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto
- 0 1 2 111. Isola-se, não se relaciona com os outros
- 0 1 2 112. Preocupa-se muito
113. Por favor, escreva outros problemas do seu filho(a) que não tenham sido mencionados na lista acima:
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____

BAI

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				

5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
21. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

BDI

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Marque um X ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1	<p>0 = Não me sinto triste.</p> <p>1 = Eu me sinto triste.</p> <p>2 = Estou sempre triste e não consigo sair disto.</p> <p>3 = Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p>
2	<p>0 = Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.</p> <p>1 = Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.</p> <p>2 = Acho que nada tenho a esperar.</p> <p>3 = Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão que as coisas não podem melhorar.</p>
3	<p>0 = Não me sinto fracasso.</p> <p>1 = Acho que fracassei mais que uma pessoa comum.</p>

	<p>2 = Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.</p> <p>3 = Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p>
4	<p>0 = Não tenho prazer em tudo como antes.</p> <p>1 = Não sinto prazer nas coisas como antes.</p> <p>2 = Não encontro um prazer real em mais nada.</p> <p>3 = Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p>
5	<p>0 = Não me sinto especialmente culpado.</p> <p>1 = Eu me sinto culpado grande parte do tempo.</p> <p>2 = Eu me sinto culpado a maior parte do tempo.</p> <p>3 = Eu me sinto sempre culpado.</p>
6	<p>0 = Não acho que esteja sendo punido.</p> <p>1 = Acho que posso ser punido.</p> <p>2 = Creio que vou ser punido.</p> <p>3 = Acho que estou sendo punido.</p>
7	<p>0 = Não me sinto decepcionado comigo mesmo.</p> <p>1 = Estou decepcionado comigo mesmo.</p> <p>2 = Estou enojado de mim.</p> <p>3 = Eu me odeio.</p>
8	<p>0 = Não me sinto de pior que os outros.</p> <p>1 = Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas e erros.</p> <p>2 = Eu me culpo sempre por minhas falhas.</p> <p>3 = Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p>
9	<p>0 = Não tenho qualquer ideia de me matar.</p> <p>1 = Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.</p> <p>2 = Gostaria de me matar.</p> <p>3 = Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>
10	<p>0 = Não choro mais que o habitual.</p> <p>1 = Choro mais agora do que costumava chorar antes.</p> <p>2 = Atualmente choro o tempo todo.</p> <p>3 = Eu costumava chorar, mas agora não consigo mesmo que queira.</p>
11	<p>0 = Não sou mais irritado agora do que já fui.</p> <p>1 = Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 = Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.</p> <p>3 = Não me irrita mais com coisas que costumava me irritar.</p>
12	<p>0 = Não perdi o interesse nas outras pessoas.</p> <p>1 = Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.</p>

	<p>2 = Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.</p> <p>3 = Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p>
13	<p>0 = Tomo decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 = Adio minhas decisões mais do que costumava.</p> <p>2 = Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.</p> <p>3 = Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
14	<p>0 = Não acho que pareço pior do que antes.</p> <p>1 = Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 = Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer desinteressante.</p> <p>3 = Acredito que pareço feio.</p>
15	<p>0 = Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 = É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 = Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 = Não consigo mais fazer nenhum trabalho.</p>
16	<p>0 = Consigo dormir tão bem como antes.</p> <p>1 = Não durmo tão bem quanto costumava.</p> <p>2 = Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que habitualmente e tenho dificuldade de voltar a dormir.</p> <p>3 = Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p>
17	<p>0 = Não fico mais cansado do que de habitual.</p> <p>1 = Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 = Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 = Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p>
18	<p>0 = O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 = Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 = Meu apetite está muito pior agora.</p> <p>3 = Não tenho mais nenhum apetite.</p>
19	<p>0 = Não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente.</p> <p>1 = Perdi mais de 2 quilos e meio.</p> <p>2 = Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 = Perdi mais de 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito comendo menos: () sim () não</p>
20	<p>0 = Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 = Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposicao do estomago ou intestino preso.</p> <p>2 = Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p>

	3 = Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21	0 = Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. 1 = Estou menos interessado por sexo do que costumava. 2 = Estou muito menos interessado por sexo agora. 3 = Perdi completamente o interesse por sexo.

PCL-C

Instruções: Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes. Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês. Por favor, marque 1 para “nada”, 2 para “um pouco”, 3 para “médio”, 4 para “bastante” e 5 para “muito”.

	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
1. Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2. Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
3. De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
4. Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5. Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
6. Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5

9. Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
10. Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?	1	2	3	4	5
13. Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	1	2	3	4	5
14. Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar "superalerta", vigilante ou "em guarda"?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	1	2	3	4	5

Agradecemos sua participação na pesquisa.

Caso você deseje atendimento psicológico, ligue para a Clínica de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná.

Temos uma equipe de estagiários do curso de Especialização e de Graduação, que realizam atendimentos supervisionados.

Campus: Prof. Sydnei Lima Santos (Barigui)

Telefone: 3331-7700 / 3331-7846

Endereço: Rua Sidney Antonio Rangel Santos, 238

Bairro: Santo Inácio

CEP: 82.010-330