

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

CAROLINE BONACCORSI

**CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL: UM ESTUDO DE
CARACTERIZAÇÃO A PARTIR DO RELATO DE MÃES**

BAURU
2019

CAROLINE BONACCORSI

**CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL: UM ESTUDO DE
CARACTERIZAÇÃO A PARTIR DO RELATO DE MÃES**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob a orientação da Prof.^a Adj.^a Alessandra Turini Bolsoni-Silva

BAURU
2019

Bonaccorsi, Caroline.

Crianças vítimas de abuso sexual : um estudo de
caracterização a partir do relato de mães / Caroline
Bonaccorsi, 2019
154 f. : il.

Orientadora: Alessandra Turini Bolsoni-Silva

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2019

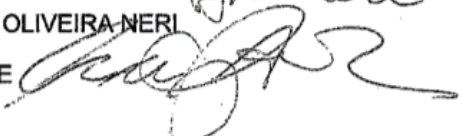
1. Abuso sexual. 2. Práticas parentais. 3.
Habilidades Sociais. 4. Saúde mental. 5.Problemas de
Comportamento I. Universidade Estadual Paulista.
Faculdade de Ciências. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE CAROLINE BONACCORSI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 16 dias do mês de agosto do ano de 2019, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-graduação da Faculdade de Ciências (Unesp/Câmpus de Bauru), reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profª Drª JULIANA FONSECA DE OLIVEIRA NERI do(a) Faculdade de Educação e Ciências Humanas / Unimes, Profa. Dra. LUCIA PEREIRA LEITE do(a) Departamento de Psicologia e Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem / Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de CAROLINE BONACCORSI, intitulada **CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL: UM ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO A PARTIR DO RELATO DE MÃES**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: Aprovado. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA


Profª Drª JULIANA FONSECA DE OLIVEIRA NERI


Profa. Dra. LUCIA PEREIRA LEITE

*Aos que buscam a superação da violência em todas as suas
formas de ocorrência, em especial às mães que
participaram deste estudo*

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais, Antônio e Márcia, pelo suporte, incentivo e todo esforço que empreenderam para que eu pudesse, por meio da educação, ter acesso a oportunidades que eles não tiveram. E a minha irmã, Mariana, que sempre foi um referencial para mim.

À Prof.^a Adj.^a Alessandra Turini Bolsoni-Silva, pela oportunidade de ser sua orientanda pela segunda vez e pelo exemplo profissional que representa. Agradeço especialmente pela compreensão diante das minhas restrições por ter que conciliar a elaboração da dissertação com minha jornada de trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Juliana Fonseca de Oliveira Neri e à Prof.^a Dr.^a Lucia Pereira Leite, pela disponibilidade em compor a banca e pela gentileza nas sugestões que contribuíram para melhorias na construção deste trabalho.

Aos meus familiares, amigos e ao meu namorado, por entenderem os momentos em que não pude estar presente e, sobretudo, pelo apoio, torcida e acolhida durante o período do mestrado.

Muito obrigada a todos que de alguma maneira acompanharam a minha trajetória e que me auxiliaram para que fosse possível transpor mais uma etapa!

RESUMO

BONACCORSI, Caroline. **Crianças vítimas de abuso sexual: um estudo de caracterização a partir do relato de mães.** 2019. 154 f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2019.

O abuso sexual causa impactos para a vítima e sua família, o que pode levar a alterações de comportamento e gerar consequências para a saúde mental. No caso das mães das vítimas, estas consequências podem interferir nas práticas parentais e no relacionamento com os filhos. As habilidades sociais educativas contribuem para o responsável agir de forma mais adequada mesmo em contextos adversos, como diante da ocorrência do abuso sexual. Assim, o objetivo geral deste estudo foi descrever e comparar as práticas parentais (habilidades sociais educativas, práticas educativas negativas e variáveis de contexto), a saúde mental (sintomas de ansiedade e depressão) de mães de crianças vítimas de abuso sexual e o repertório comportamental (habilidades sociais e os problemas de comportamento) dos filhos, de acordo com o relato das mães sobre as crianças. Participaram da pesquisa 13 mães de crianças com idades entre três e onze anos, que foram encaminhadas ao CREAS de uma cidade do interior paulista devido à ocorrência ou indício de abuso sexual infantil. Foram utilizados seis instrumentos: I- Roteiro de entrevista semiestruturado para responsáveis de crianças sobre a situação de abuso sexual; II- Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P); III- Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais; IV- Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL); V- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e VI- Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). As variáveis do estudo foram comparadas tendo por critério as crianças apresentarem ou não problemas de comportamento no CBCL e a Análise do Comportamento foi o referencial teórico utilizado. No CBCL seis crianças tiveram classificações clínicas e sete tiveram classificações não clínicas, sendo mais frequentes os problemas de comportamento internalizantes. Nas médias de escores do RE-HSE-P e do Checklist, as mães do grupo clínico apresentaram mais práticas negativas e menos práticas positivas, sendo que o inverso ocorreu para as mães do grupo não clínico. As participantes do grupo clínico também apresentaram médias maiores de escores para sintomas de ansiedade e depressão em comparação ao grupo não clínico. Porém, os dados individuais das participantes no RE-HSE-P indicaram déficits em habilidades sociais educativas parentais e frequente utilização de práticas educativas negativas enquanto as crianças apresentaram reservas comportamentais quanto às habilidades sociais infantis e baixa frequência de queixas de problemas de comportamento. Considera-se que esses dados possam estar relacionados com o abuso sexual sofrido pelas crianças e a característica protetiva apresentada pelas mães da amostra estudada, já que na análise temática do roteiro de entrevista sobre a situação de abuso sexual foram identificadas práticas parentais positivas e queixas sobre as alterações de comportamento das crianças. Houve boa variabilidade nas interações entre as mães e as crianças em ambos os instrumentos. Os achados indicaram relações entre as variáveis pesquisadas e apontaram possibilidades de ações preventivas e de intervenção, principalmente quanto à necessidade de orientações sobre educação sexual e da ação dos serviços da rede de proteção diante dessa forma de violência.

Palavras-chave: Abuso Sexual. Práticas Parentais. Habilidades Sociais. Saúde Mental Materna. Problemas de Comportamento.

ABSTRACT

BONACCORSI, Caroline. **Child victims of sexual abuse: a characterization study from the mothers' report.** 2019. 154 f. Dissertation (Master of Educational and Developmental Psychology) – UNESP, School of Sciences, Bauru, 2019.

Sexual abuse causes impacts on victims and their families, which can lead to behavioral changes and mental health consequences. When it comes to the victims' mothers, these consequences may interfere with parenting practices and relationships with their children. Educational social skills contribute to the child's guardian acting more appropriately even in adverse contexts such as the occurrence of sexual abuse. Thus, this study's overall objective was to describe and compare parenting practices (educational social skills, negative educational practices and context variables), mental health (symptoms of anxiety and depression) of mothers of sexually abused children and behavioral repertoire (social skills and behavioral problems) of children, according to the mothers' report on them. Thirteen mothers of children between the ages of three and eleven, who were referred to a CREAS from a city in the countryside of São Paulo State, participated in the research due to the occurrence or evidence of child sexual abuse. Six instruments were used: I- Semi-structured interview script for children's guardians about the situation of sexual abuse; II- Parental Educational Social Skills Interview Guide (RE-HSE-P); III- Parental Educational Skills and Negative Practices Checklist; IV- Child Behavior Checklist (CBCL); V- Beck Anxiety Inventory (BAI) and VI- Beck Depression Inventory (BDI-II). The study variables were compared according to the criteria of children presenting or not behavioral problems in the CBCL, and Behavior Analysis was the theoretical framework used. In CBCL, six children had clinical classifications and seven had non-clinical classifications, with internalizing behavioral problems being more frequent. In the RE-HSE-P and Checklist average scores, mothers in the clinical group had more negative practices and less positive practices, and the opposite occurred for mothers in the non-clinical group. Participants in the clinical group also had higher mean scores for anxiety and depression symptoms compared to the non-clinical group. However, individual data from participants in RE-HSE-P indicated deficits in parenting social skills and frequent use of negative educational practices, while children had behavioral reservations about childhood social skills and low frequency of behavioral complaints. It is considered that these data may be related to the sexual abuse suffered by children and the protective characteristic presented by their mothers. The thematic analysis of the interview script about the situation of sexual abuse identified positive parenting practices and complaints about children's behavior changes. There was good variability in interactions between mothers and children in both instruments. The findings indicated relationships between the researched variables and pointed out possibilities for preventive and intervention actions, especially regarding the need for guidance on sexual education and further actions by the Safety Grid Services concerning this form of violence.

Keywords: Sexual Abuse. Parenting Practices. Social skills. Maternal Mental Health. Behavior problems.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Violência sexual: abuso sexual infantil	14
2.2 Atuação do CREAS em casos de abuso sexual	18
2.3 Impacto do abuso sexual	21
2.4. Problemas de comportamento infantil	22
2.5. Saúde mental materna	25
2.6. Práticas parentais	29
2.7. Habilidades sociais	31
3 OBJETIVO	35
3.1. Objetivo geral	35
3.2. Objetivos específicos	35
4 MÉTODO	36
4.1 Aspectos éticos	36
4.2 Participantes	36
4.3 Percurso amostral	37
4.4 Local	39
4.5 Instrumentos	39
4.6 Procedimento de coleta de dados	43
4.7 Procedimento de tratamento e análise dos dados	45
5 RESULTADOS	47
5.1 Caracterização da amostra	47
5.2 Resultados gerais	51
5.3 Resultados do CBCL	54
5.4 Resultados do RE-HSE-P	56
5.5 Resultados do BAI e BDI-II	57
5.6 Resultados do Checklist de HSE e de PR-NEG para Pais	59
5.7 Resultados do Roteiro de entrevista sobre a situação de abuso sexual	62
5.7.1 Eixo temático 1: ação do agressor	63
5.7.1.1 Subeixo temático: existência de proximidade com a mãe e a vítima	64

5.7.1.2 Subeixo temático: conduta do agressor em relação à criança.....	66
5.7.1.3 Subeixo temático: comportamentos que levantaram suspeita.....	68
5.7.2 Eixo temático 2: ocorrência do abuso.....	71
5.7.2.1 Subeixo temático: como o abuso foi descoberto.....	71
5.7.2.2 Subeixo temático: maneira que aconteceu o abuso.....	74
5.7.2.3 Subeixo temático: razões para acreditar ou não no relato da criança.....	79
5.7.3 Eixo temático 3: reação da criança diante do abuso.....	83
5.7.3.1 Subeixo temático: como a criança reagiu.....	83
5.7.3.2 Subeixo temático: para quem fez o primeiro relato.....	85
5.7.3.3 Subeixo temático: alterações de comportamento ou de humor.....	86
5.7.4 Eixo temático 4: relação entre a criança e a mãe.....	89
5.7.4.1 Subeixo temático: relacionamento da criança com a mãe.....	89
5.7.4.2 Subeixo temático: como ficou o relacionamento após o abuso.....	91
5.7.4.3 Subeixo temático: como é conversar sobre sexualidade com a criança.....	93
5.7.5 Eixo temático 5: impacto do abuso para a mãe.....	96
5.7.5.1 Subeixo temático: maneira que se sentiu ao tomar conhecimento.....	96
5.7.5.2 Subeixo temático: reação diante da descoberta do abuso.....	98
5.7.5.3 Subeixo temático: acredita que poderia ter feito algo de diferente.....	101
5.7.5.4 Subeixo temático: fez contato com agressor após saber do abuso.....	102
5.7.5.5 Subeixo temático: houve suporte de amigos e familiares.....	104
5.7.5.6 Subeixo temático: possui histórico de violência sexual.....	108
5.7.5.7 Subeixo temático: acredita que poderia ter evitado o abuso.....	109
5.7.5.8 Subeixo temático: maior dificuldade enfrentada diante do abuso.....	111
5.7.5.9 Subeixo temático: como está diante do que aconteceu.....	114
6 DISCUSSÃO	117
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
REFERÊNCIAS	139
APÊNDICE	149
ANEXOS	152

1 INTRODUÇÃO

Casos de violência sexual contra crianças e adolescentes ocorrem com elevada frequência e conforme apontado por dados epidemiológicos do Ministério da Saúde, apesar do aumento das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes, ainda há muitos casos subnotificados (BRASIL, 2018). Diante dessa ocorrência frequente é importante desenvolver, além das ações preventivas, estratégias de avaliação, para posterior intervenção, quando já houve a situação de violência sexual, considerando as características da violência, da vítima e de sua família para que o acompanhamento dos casos seja mais efetivo.

A violência sexual acarreta impactos não apenas para a vítima, mas também para aqueles com quem convive, principalmente para os responsáveis (PADILHA, GOMIDE, 2004; HABIGZANG, 2005; HOHENDORFF, SANTOS, DELL'AGLIO, 2015; SANTOS *et al.*, 2015). Desse modo, destaca-se a importância de estudos voltados às mães das vítimas, pois elas representam a maioria dos responsáveis a tomar providências diante da ocorrência do abuso sexual, bem como majoritariamente acompanham as crianças em diversos serviços após o registro da violência sofrida (SANTOUCY *et al.*, 2014), muitas vezes sem contar com a presença de outros familiares. Entre esses serviços podemos citar as delegacias, conselhos tutelares, CREAS e serviços de saúde voltados ao acompanhamento de casos de violência sexual.

Esses aspectos estão vinculados a questões culturais, em que historicamente foi delegada à mulher a função de cuidado e proteção dos filhos e ao homem, o papel secundário nessas atribuições (SANTOUCY *et al.*, 2014). As expectativas e cobranças em relação à figura materna já trazem consequências emocionais às mães, diante da descoberta da violência sexual sofrida pelos filhos outros impactos são gerados nos responsáveis (PADILHA, GOMIDE 2004; HABIGZANG *et al.*, 2005; BAPTISTA *et al.*, 2008; FLORENTINO, 2014). Assim, as diversas cobranças e demandas frente à ocorrência do abuso sexual podem produzir impactos para a saúde mental materna (JOBE-SHIELDS *et al.*, 2016). Por outro lado, a saúde mental dos responsáveis diante da ocorrência do abuso sexual também gera consequências à saúde mental e aos comportamentos dos filhos (GALLO; WERTZ; BLAVIER, 2016).

Na mesma direção, as práticas dos responsáveis, tanto as habilidades sociais educativas quanto as práticas educativas negativas, estão relacionadas ao repertório comportamental das crianças. As habilidades sociais educativas podem ser definidas como aquelas que de modo formal ou informal buscam promover o desenvolvimento e a aprendizagem do outro (DEL

PRETTE; DEL PRETTE, 2008). Para Silva (2000) o termo Habilidades Sociais Educativas Parentais (HSE-P) é um conjunto de habilidades sociais dos pais, aplicáveis à prática educativa dos filhos. As práticas educativas positivas incluem a monitoria positiva e o comportamento moral, já as práticas educativas negativas envolvem negligência, punição inconsistente, monitoria negativa, disciplina relaxada e abuso físico (GOMIDE *et al.*, 2005). Enquanto as habilidades sociais educativas são importantes para as práticas parentais e contribuem para um relacionamento positivo entre mães e filhos, as práticas educativas negativas têm sido relacionadas aos problemas de comportamento infantil (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2016).

A literatura tem apresentado estudos sobre a relação entre as práticas parentais e o repertório comportamental dos filhos (BOLSONI-SILVA, LOUREIRO, 2011; MARIN *et al.*, 2012; ALVARENGA, PICCININI, 2001), entre a saúde mental materna e as práticas educativas apresentadas (KAVANAUGH *et al.*, 2006) e entre a saúde mental materna e os comportamentos das crianças (PIZETA *et al.*, 2013; CID, MATSUKURA, 2010). Porém, esses dados têm sido descritos em relação à população geral, sendo ainda uma lacuna estudos que englobem a comparação das variáveis citadas em casos de violência sexual.

Como essas variáveis têm sido relacionadas entre si, espera-se que descrever e comparar as práticas parentais, a saúde mental materna e o repertório comportamental infantil, em casos de abuso sexual, forneça dados que auxiliem a compreender a relação entre os aspectos emocionais das mães (saúde mental materna), a interação das mães e das crianças (práticas parentais e repertório comportamental infantil) e as consequências dessa forma de violência.

O levantamento e a comparação desses dados podem fornecer informações que vão além de descrever o impacto do abuso sexual para as famílias, ao auxiliar a identificar fatores como os de risco e de proteção diante do abuso ocorrido, relacionados às práticas parentais e à saúde mental das mães. Enquanto os fatores de risco englobam variáveis que aumentam a probabilidade de ocorrência de efeitos indesejáveis ao desenvolvimento, os fatores de proteção estão relacionados aos recursos que reduzem o efeito do risco (SAPIENZA; PEDROMONICO, 2005). Esses dados poderão auxiliar o acompanhamento dos casos nos serviços que atendem a essa demanda, inclusive na rede de proteção social especial, que busca a superação do risco associado à violência (BRASIL, 2011), razão pela qual tem entre os seus objetivos fortalecer a função protetiva familiar (BRASIL, 2011b).

O interesse pelo tema advém da atuação da pesquisadora enquanto profissional inserida na Política de Assistência Social, pois como psicóloga de um CREAS com frequência deparava-se com os impactos que a violência sexual acarretava às vítimas e aos seus familiares, especialmente às mães. Em alguns casos, os impactos se desdobravam em agravos para o relacionamento familiar e para a saúde mental. Tais aspectos ensejaram a realização da pesquisa voltada a essa temática.

Com a finalidade de apresentar informações e estudos relativos a essas variáveis, são apresentados a seguir tópicos referentes à violência sexual e ao abuso sexual infantil, à atuação do CREAS em casos de abuso sexual, ao impacto do abuso sexual, aos problemas de comportamento infantil, à saúde mental materna, às práticas parentais e às habilidades sociais. Esses dados foram levantados com base em revisão de literatura da área estudada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi iniciada durante a elaboração do pré-projeto, que era um dos requisitos para aprovação no programa de mestrado. Ao longo da construção do trabalho foram consultadas as bases de dados Periódicos CAPES, *Lilacs*, *Scielo*, *Scopus* e *Web of Science*. Nessas buscas não houve delimitação de descritores, porém, as palavras-chave mais utilizadas, em português e em inglês, foram: abuso sexual, práticas parentais, habilidades sociais, saúde mental materna e problemas de comportamento. Houve preferência por utilizar documentos dos últimos 15 anos e as citações mais antigas consistem em clássicos nas áreas pesquisadas. Os periódicos foram os materiais mais consultados para o embasamento teórico da dissertação.

2.1 Violência sexual: abuso sexual infantil

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu que a violência sexual é qualquer ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ações para comercializar ou usar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa por meio de coação, independentemente da relação com a vítima (OMS, 2002). Assim, a violência sexual não se restringe ao estupro e inclui outras formas de agressão. Do mesmo modo, a coação ocorre de diversas maneiras, como por meio de força física, intimidação psicológica, chantagem, ameaças ou quando a pessoa agredida sexualmente é incapaz de dar seu consentimento em relação ao contato sexual (OMS, 2002).

Outros documentos da OMS (OMS, 2012) ressaltaram que essa definição, contida no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002), foi um marco conceitual e passou a ser amplamente utilizada. A violência sexual pode causar danos ao bem-estar físico, sexual, reprodutivo, mental e social do indivíduo e de sua família. Adicionalmente pode trazer consequências imediatas e a longo prazo à saúde, como traumatismos físicos, gravidez indesejada, complicações ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis, entre outros (OMS, 2012). Assim, a violência sexual consiste não só na violação à liberdade sexual do outro, já que é praticada sem o consentimento da vítima, mas também em uma forma de violação aos direitos humanos (SANTOS, 2011).

A violência sexual infantil, ao considerar a legislação brasileira, é presumida em qualquer ato sexual praticado por adultos com pessoas de idade inferior a 14 anos (SANTOS, 2011). A Lei 12.015 de 2009 (BRASIL, 2009) tornou mais rígido o julgamento de crimes contra a dignidade sexual em nosso país e com essa mudança o estupro, que anteriormente era tipificado como constranger a vítima à conjunção carnal mediante violência ou ameaça, passou a englobar outros atos libidinosos e não apenas a conjunção carnal. No caso de crianças e adolescentes, passou a ser tipificado como estupro de vulnerável qualquer ato libidinoso praticado contra quem tenha menos de 14 anos, independente do uso de violência ou ameaça, pois pelo Código Penal, Artigo 217-A (BRASIL, 2009), considera-se que antes dos 14 anos crianças ou adolescentes ainda não possuem condições de consentir com práticas sexuais, por isso o uso do termo vulnerável.

Dessa forma, a partir da Lei nº 12.015 (BRASIL, 2009), no registro do boletim de ocorrência de uma criança ou adolescente com menos de 14 anos que sofreu abuso sexual consta como natureza estupro de vulnerável se houve prática de ato libidinoso mesmo que não tenha ocorrido intercurso sexual, por exemplo, quando a criança tem as partes íntimas tocadas ou é levada a manipular as partes íntimas de outra pessoa, já que de acordo com o Artigo 217-A do Código Penal esses atos libidinosos também são tipificados como estupro de vulnerável (BRASIL, 2009). Dessa maneira, houve a ampliação do conceito de estupro com essa mudança na legislação.

De acordo com a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017 (BRASIL, 2017), que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, vítima ou testemunha de violência, e promove alterações no Estatuto da Criança e Adolescente, a violência sexual pode ser entendida e definida como “qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não” (BRASIL, 2017, pag. 01).

A violência sexual, segundo a Lei nº 13.431 (BRASIL, 2017), pode ser dividida em três formas de ocorrência: o abuso sexual, a exploração sexual comercial e o tráfico de pessoas. De acordo com esta lei, o abuso sexual é definido como ações que utilizam crianças ou adolescentes para fins sexuais, não só conjunção carnal, como qualquer ato libidinoso, de forma presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual de quem pratica o abuso ou de terceiros. A exploração sexual comercial envolve o uso de criança ou adolescente em atividade sexual em troca de remuneração ou qualquer forma de compensação, seja de forma presencial ou por meio eletrônico. O tráfico de pessoas engloba recrutar, transportar ou alojar criança ou adolescente

com a finalidade de exploração sexual mediante ameaça ou qualquer forma de coação, tanto no território nacional como estrangeiro (BRASIL, 2017).

Na mesma direção, para Pfeiffer e Salvagni (2005), o abuso sexual infantil corresponde a toda situação em que um adulto se utiliza de uma criança ou adolescente para satisfazer seu prazer sexual, por meio de ações distintas como: carícias, manipulação de genitais, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, ou pela perpetração do ato sexual.

Santos (2011) indica que embora o abuso sexual e a exploração sexual comercial façam parte do fenômeno mais amplo da violência sexual, o número de casos de abuso é substancialmente maior. Ele descreve o abuso sexual como qualquer forma de contato e interação sexual entre um adulto e uma criança/adolescente para obter estimulação sexual, para estimulação da criança/adolescente ou de terceiros. Também destaca que o que mais caracteriza essa situação é a posição de autoridade ou poder do adulto, autor do abuso, em relação à criança ou ao adolescente.

Ainda de acordo com Santos (2011), há diferentes tipos de abuso sexual. Em relação ao agente violador o abuso pode ser: intrafamiliar (cometido por pais, parentes ou responsáveis legais), intrarrede social (cometido por pessoas da rede de sociabilidade da família), extrafamiliar (cometido por desconhecidos) ou abuso sexual institucional (cometido por detentores de custódia legal em instituições de cuidados substitutivos da família). Quanto às formas de ocorrência, o abuso sexual pode ser com ou sem contato físico. O abuso sexual sem contato físico engloba: o assédio sexual, o abuso sexual verbal, o ato exibicionista, o voyeurismo e a apresentação de material pornográfico para crianças. O abuso sexual com contato físico pode ocorrer por meio de toques nas partes íntimas, penetração com dedos ou objetos, sexo oral e pela conjunção carnal (Santos, 2011).

Diante da violência sofrida é comum as vítimas apresentarem sentimentos negativos, como raiva, medo e culpa (PADILHA, GOMIDE 2004; HABIGZANG *et al.*, 2005; BAPTISTA *et al.*, 2008; FLORENTINO, 2014). As consequências do abuso sexual podem incluir alterações de humor, alterações de sono, transtornos alimentares, entre outros (CABALLO, SIMÓN, 2005; PELISOLI, PICCOLOTO, 2010; ADED, 2006; SERAFIM *et al.*, 2011). Estudos, como o de Furniss (1993), indicaram que as consequências do abuso sexual podem variar de acordo com fatores que incluem a idade de ocorrência do abuso sexual, a duração do abuso sexual, o grau de violência ou ameaça de violência, o grau de proximidade da vítima em relação à pessoa que cometeu o abuso sexual, entre outros.

Além de ocorrer em uma fase do desenvolvimento em que não há maturidade física e emocional para exercer a sexualidade de maneira plena (FLORENTINO, 2014), a maioria dos casos de abuso é praticada por pessoas de confiança da criança e de sua família, sendo frequente de forma intrafamiliar (HABIGZANG *et al.*, 2005; SOUZA, ADESSE, 2005). Assim, como os agressores costumam ser pessoas próximas, as crianças e adolescentes apresentam dificuldade em romper com o silêncio e denunciar o abuso, podendo sentir-se culpados e impotentes diante da situação e com medo das consequências de denunciar a violência (AMAZARRAY, KOLLER, 1998; HABIGZANG *et al.*, 2005). Em alguns casos, as crianças podem se adaptar à situação de abuso para se esquivar da punição do agressor e das ameaças deste (PADILHA, 2002).

Diante desses aspectos, é necessário considerar o direito de crianças e adolescentes serem tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (AZEVEDO; GUERRA, 1998). A reação da família perante a revelação do abuso sexual está fortemente relacionada com as consequências emocionais que crianças e adolescentes possam apresentar em decorrência dessa violência (WILLIAMS, 2002), pois quando a família desacredita o relato da vítima ou quando a vítima não encontra o apoio necessário na família, as consequências deletérias do abuso são agravadas. Esse dado reafirma a importância dos órgãos da rede de proteção social quando a família falha em exercer sua função protetiva, como o CREAS que atende casos de violência sexual contra crianças e adolescentes e busca o rompimento com as situações de risco por violação de direitos (BRASIL, 2011b).

A escola também tem papel fundamental na proteção de crianças e adolescentes por se tratar de espaço de socialização secundária e que pode favorecer a identificação de sinais indicativos de abuso sexual e fornecer modelos que ajudem evitar situações abusivas (BRINO; WILLIAMS, 2011). Além disso, é preciso considerar a importância do currículo escolar estar articulado a políticas públicas que contribuam para o enfrentamento da violência e que considerem a criança e o adolescente como sujeitos de direitos (PONCE; NERI, 2015).

Os fatores de risco apontados para a ocorrência de violência sexual, tais como negligência familiar, abuso de álcool e outras substâncias, falta de comunicação entre os membros da família, agressividade, violência física conjugal, abusos físicos e psicológicos contra as crianças, entre outros (KOLLER, DE ANTONI, 2004; HABIGZANG *et al.*, 2005), indicam a necessidade do acompanhamento desses fatores para o suporte às famílias na superação dessas situações de risco, que propiciam a ocorrência da violência sexual.

Desse modo, a atuação da rede de proteção pode contribuir para que a vítima de abuso sexual não apresente um funcionamento caracterizado pelo desamparo aprendido, quando a violência passa a ser vista como algo incontrolável ou natural (RENNER, SLACK, 2006), já que nem sempre a família acredita na revelação de abuso sexual apresentada pela criança. Assim, é importante a realização de denúncia para que haja a atuação dos serviços da rede de proteção quanto às providências necessárias para que a violência cesse e para auxiliar a família no rompimento da violação de direitos.

2.2 Atuação do CREAS em casos de abuso sexual

De acordo com o Artigo 227 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e o Artigo 19 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), a família é responsável por criar, cuidar, educar, proteger e garantir o desenvolvimento de suas crianças. O conceito de família foi se modificando ao longo dos anos para se adequar aos diversos arranjos possíveis, tal mudança tem se refletido em alterações na definição do termo em dicionários tradicionais, como o Houaiss, que passou a definir família com base nos laços afetivos de um núcleo social, o qual geralmente divide o mesmo espaço e apresenta relação solidária entre seus membros (SAMORANO, 2016), desse modo, não se restringe ao modelo nuclear e tradicional de família.

Para que a família consiga exercer sua função protetiva, enquanto cuidado e proteção a seus membros, é preciso ter o apoio da comunidade e considerar a ação do Estado (SOUZA, 2015), de modo que essa função seja efetiva e assegure a garantia de direitos, tanto nas famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social quanto nas economicamente favorecidas. Além disso, a atuação dos órgãos da rede de proteção busca o desenvolvimento da função protetiva da família de modo a contribuir com sua autonomia e emancipação (BRASIL, 2015) ao superar situações de risco e violação de direitos.

Padilha e Gomide (2004) apontam que pessoas maltratadas quando crianças ou adolescentes podem replicar os maus-tratos sofridos. Ainda que não haja consenso na literatura quanto à violência sexual ser transgeracional, pois alguns autores indicam que não é procedente a crença de que a vítima de violência sexual futuramente se tornará um agressor sexual (HOHENDORFF; SANTOS; DELL'AGLIO, 2015), podemos refletir que investir em estratégias de intervenção em casos de abuso sexual poderá servir como suporte às vítimas e suas famílias e talvez contribuir para a prevenção de danos a gerações futuras.

Nas últimas décadas temos vivenciado uma maior preocupação com o desenvolvimento da criança e do adolescente, concebendo-os como sujeitos de direitos e, conseqüentemente, buscando resguardar tais direitos (BRASIL, 1990). Nesse sentido, foram observadas alterações nas políticas públicas e na legislação com o objetivo de evitar situações de risco, de violação de direitos e buscando promover bem-estar e o desenvolvimento adequado da faixa etária que abrange a infância e a adolescência.

Aprovado em 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990) trouxe avanços no sentido de estabelecer e promover os direitos da criança e do adolescente, além de permitir mudanças na concepção dessas fases do desenvolvimento (FROTA, 2007). O ECA possibilitou uma alteração de paradigma que se afastou da ideia de infância associada à passividade e da imagem da criança como alguém que ainda se tornará um sujeito (VANNUCHI; OLIVEIRA, 2010). Desse modo, o ECA (BRASIL, 1990) estabeleceu a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, que é colocada em prática por meio de um conjunto articulado de ações da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (VANNUCHI; OLIVEIRA, 2010).

Da mesma forma, foram observadas mudanças quanto aos dispositivos de assistência social, que contribuíram com avanços para a rede de proteção e promoção social. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) tem por objetivo garantir a proteção social aos cidadãos, ou seja, permitir apoio a indivíduos, famílias e à comunidade no enfrentamento de suas dificuldades, por meio de serviços, benefícios, programas e projetos. Em linhas gerais, o SUAS organiza os serviços de assistência social no Brasil em dois tipos de proteção: básica e especial, em níveis diferentes de complexidade (BRASIL, 2011).

De acordo com a definição expressa na Lei nº 12.435/2011 (BRASIL, 2011), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) enquadra-se na rede de proteção especial do SUAS e tem como papel fundamental a oferta de trabalho social especializado a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. Entre elas, podemos citar: violência física, psicológica e negligência; violência sexual: abuso e/ou exploração sexual; afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida de proteção; abandono; discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia (BRASIL, 2011b). Ou seja, o acompanhamento pela proteção social especial ocorre quando já houve a situação de violação de direitos ou o risco social/pessoal já está instalado. A rede de proteção básica atua com situações de vulnerabilidade social e busca evitar o agravamento para situações de risco.

Essas situações de risco devido à ocorrência de violação de direitos são acompanhadas no CREAS por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI). O PAEFI tem entre seus objetivos acompanhar a vítima da violência e sua família para contribuir no fortalecimento do papel de proteção da família; incluir as famílias no sistema de proteção social especial; prevenir a reincidência de violações de direitos, entre outros (BRASIL, 2011b).

Das formas de risco pessoal ou social e violação de direitos, os registros de violência sexual contra crianças e adolescentes têm sido crescentes (BRASIL, 2018). Quando a família falha em exercer sua função protetiva há a intervenção da rede de proteção para assegurar os direitos da vítima, para que ela não permaneça em risco e tenha condições de superar a situação de violência vivenciada. Dessa forma, é importante que a rede de serviços de proteção esteja bem estruturada para, entre outras razões, intervir e auxiliar quando em decorrência das contingências sociais, econômicas, políticas e culturais a família apresenta dificuldade para exercer proteção a seus membros (TEIXEIRA, 2009).

O CREAS é um espaço onde é possível realizar intervenções em casos de abuso sexual. Segundo Florentino (2014), a partir do atendimento e acompanhamento realizado no âmbito do CREAS é possível pensar a emergência de novas formas de relacionamentos considerando a diversidade de fatores que antecedem as situações de abuso sexual, pois, segundo o autor, para se romper com situações violentas é preciso mudanças na maneira de ser diante do mundo. Logo, por extensão, são necessárias mudanças na maneira de comportar-se.

Vale ressaltar que, apesar da presença de psicólogos entre os profissionais do CREAS, este serviço não realiza psicoterapia, por consistir em atividade prevista para ser desenvolvida na Política de Saúde e não na Política de Assistência Social. No entanto, o atendimento realizado no CREAS também tem efeito terapêutico, já que busca compreender o sofrimento nas situações de violação de direitos e visa a promoção de mudança, autonomia e superação (BRASIL, 2013). Ainda assim, destaca-se a necessidade de articulação entre as Políticas, já que o acompanhamento psicossocial não isenta a necessidade da atuação dos serviços de saúde.

Ainda quanto à ação do psicólogo no CREAS, destaca-se uma série de atividades desempenhadas no âmbito da Política de Assistência Social que não são desempenhadas em outras áreas da Psicologia, como a realização de visitas domiciliares, discussão e articulação de casos com a rede (CRAS, Conselho Tutelar, serviços da educação, unidades básicas e outros serviços de saúde, organizações da sociedade civil, entre outros), atendimento das famílias em conjunto com a rede socioassistencial, realização de grupos psicossociais, a inclusão em novas

sociabilidades, etc. Essas ações levam em conta o acolhimento diante do sofrimento apresentado, a proteção dos direitos e a superação das formas de violência (BRASIL, 2013). Desse modo, no CREAS a violência é trabalhada com o objetivo de superá-la, buscando as potencialidades da família, o fortalecimento de vínculos, a ampliação da rede de apoio familiar e comunitária, de tal modo que seja possível romper com a situação de risco e, mais do que isso, trabalhar possibilidades diante da violação de direitos que já ocorreu, para que não volte a acontecer e para que os prejuízos à vítima não sejam agravados (BRASIL, 2013), como no caso da violência sexual, em que há uma série de consequências para vítima e sua família.

2.3 Impacto do abuso sexual

Entre as consequências do abuso sexual, os responsáveis pela criança podem apresentar sentimentos negativos como culpa, sensação de impotência e incapacidade (PADILHA, GOMIDE, 2004; HABIGZANG *et al.*, 2005; HABIGZANG *et al.*, 2006; HOHENDORFF, SANTOS, DELL'AGLIO, 2015; SANTOS *et al.*, 2015). As consequências da revelação do abuso sexual infantil para a saúde mental dos responsáveis podem incluir a ocorrência de estresse pós-traumático e depressão (JOBE-SHIELDS *et al.*, 2016), assim, é importante caracterizar as mudanças que ocorrem no contexto de cuidado, pois a saúde mental dos responsáveis está relacionada com as práticas parentais exercidas por eles (JOBE-SHIELDS *et al.*, 2016). Desse modo, destaca-se a relevância de compreender o impacto que o abuso sexual da criança gera nos responsáveis e as consequências que pode acarretar à relação familiar.

Tratar de violência sexual é um tema difícil não só para os responsáveis como para muitos profissionais que lidam com crianças e adolescentes. Há, primeiramente, a dificuldade de abordar assuntos relacionados à sexualidade, inclusive por educadores (SPAZIANI; MAIA, 2015), que nem sempre estabelecem a relação entre educação sexual e prevenção do abuso sexual.

Por outro lado, há a dificuldade em lidar com sentimentos e emoções gerados pelo abuso sexual e com frequência os responsáveis acreditam ser prejudicial à criança falar sobre a violência sofrida e não dão abertura para a criança se expressar, pela própria dificuldade dos responsáveis em falar sobre o assunto e de lidar com os sentimentos evocados por ele, dificultando a expressão da raiva pela vítima e não trabalhando a situação de forma adequada para evitar a revitimização (PADILHA, GOMIDE, 2004).

O termo revitimização tem sido utilizado com duas conotações, uma no sentido de reincidência da violência, ou seja, quando a vítima passa a sofrer novos episódios de abuso sexual. A outra conotação tem sido usada para se referir às situações que levam a vítima a reviver lembranças dolorosas da violência sofrida ou a expõem diante do ocorrido, o que produz uma nova forma de violência. Por exemplo, quando o relato da violência apresentado pela criança ou adolescente é desacreditado pela família ou por instituições, quando a vítima é levada a apresentar diversas vezes falas sobre o ocorrido em diferentes serviços ou ainda quando não tem o atendimento necessário e de qualidade. Assim, a repetição de caracteres do ciclo de violência leva a criança a vivenciar novamente aspectos da violência que sofreu (VILELA, 2005).

Segundo Silva (2016), além das consequências emocionais provocadas pelo abuso sexual, quando a violência é revelada ou descoberta, pode começar um processo de revitimização quando a revelação desencadeia preconceitos e concepções fundamentadas numa cultura que naturaliza a violência contra a criança ou a culpa pela violação sofrida. Dessa maneira, a revitimização ocorre pelo reviver da violência, do sofrimento, do sentimento de culpa e medo experimentado pela criança diante da proporção que tomou a revelação sobre o abuso, levando ao sofrimento da vítima e corroborando com a dificuldade na superação da violência (SILVA, 2016).

A revitimização pode ocorrer no âmbito das instituições, sendo denominada de violência institucional (BRASIL, 2017) quando acontece em escolas, serviços de saúde, delegacias, serviços da rede de proteção ou em qualquer instituição em que a vítima de violência é atendida. Silva (2016) cita exemplos de situações que podem levar à revitimização, como quando a criança é submetida a diversas oitivas ao longo do processo judicial, quando são atendidas por profissionais que não possuem a capacitação necessária para uma escuta qualificada ou ainda quando a criança peregrina pelos serviços das instituições que compõem a rede de proteção, sendo exposta a novas situações que podem contribuir para reviver o abuso sofrido (SILVA, 2016). A maior propagação de informações relativas à ocorrência do abuso sexual e seus desdobramentos tem buscado reduzir a ocorrência dessas situações.

2.4 Problemas de comportamento infantil

Uma criança que sofreu abuso sexual pode apresentar problemas de comportamento como birras, desobedecer a ordens e fazer relatos frequentes sobre a violência sofrida para

terceiros (NOVAIS; BRITTO, 2013), que podem expor a criança diante de desconhecidos, interferir em suas relações interpessoais e trazer prejuízos para a sua rotina. Conforme apontado por Bolsoni-Silva e Del Prette (2003), há distintas categorizações e definições para problemas de comportamento, pois o termo pode ser empregado em uma perspectiva médica ou biológica enquanto sintomas e, por outro lado, também pode ser utilizado em uma visão mais funcional, tanto no sentido de déficits de comportamentos como no de excedentes comportamentais.

Numa perspectiva funcional os problemas de comportamento podem ser entendidos como déficits e/ou excessos comportamentais que dificultariam o acesso da criança a novas contingências de reforçamento, que por sua vez, facilitariam a aquisição de repertórios relevantes de aprendizagem (BOLSONI-SILVA, DEL PRETE, 2003). Tais contingências de reforçamento também são importantes promotoras do desenvolvimento (BOLSONI-SILVA *et al.*, 2006). Os comportamentos externalizantes seriam aqueles marcados por impulsividade, agressão, agitação, características desafiantes e antissociais. Como comportamentos internalizantes podemos citar retraimento, depressão, ansiedade e queixas somáticas (ACHENBACH; RESCORLA, 2001).

No estudo documental de Gava, Da Silva e Dell'aglio (2013), com o objetivo de investigar a sintomatologia e os quadros psicopatológicos identificados em crianças e adolescentes com suspeita de ter sofrido abuso sexual, foram analisados 674 laudos do Departamento Médico-Legal do Rio Grande do Sul resultantes de perícias psiquiátricas e psicológicas que apontaram a possibilidade de ocorrência do abuso. Quanto à frequência dos sintomas, os mais prevalentes foram sintomas depressivos, medo ou pânico, prejuízo no desempenho escolar ou dificuldades de concentração, ansiedade, lembranças intrusivas ou pensamentos recorrentes, comportamento agressivo, rebeldia ou revolta e, por fim, isolamento social ou retraimento. As meninas apresentaram mais reações emocionais (sintomas depressivos, medo ou pânico e angústia) e os meninos, mais reações comportamentais (comportamentos agressivo, regressivo e agitação). Essa diferença foi explicada, pelas autoras, em termos de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes e suas diferenças de frequência de acordo com o gênero, pois o gênero feminino apresentaria internalizantes mais frequentemente e o masculino, mais externalizantes.

Apesar de em nossa cultura ser dada maior ênfase aos comportamentos externalizantes, comportamentos internalizantes, como timidez, medo e outros déficits em interação social também devem ser considerados como problemas de comportamento (BOLSONI-SILVA, DEL PRETTE, 2003; BOLSONI-SILVA, LOUREIRO, MARTURANO, 2016), já que os problemas

de comportamento internalizantes podem dificultar o desenvolvimento social, pois as oportunidades de interação ficam reduzidas, bem como a modelagem de repertórios importantes ao desenvolvimento e à aquisição de reforçadores, como amizade e afeto (BOLSONI-SILVA *et al.*, 2006).

Novais e Britto (2013) descreveram comportamentos-problema diante do abuso sexual a partir de um estudo de caso, no qual foi feita a análise funcional de comportamentos-problema de uma criança vítima dessa forma de violência. Os comportamentos-problema mais frequentes da criança participante foram birras, desobediências e falas sobre o abuso sexual, que eram mantidos pela atenção social recebida diante da emissão destes comportamentos da criança.

Como apontado por BOLSONI-SILVA *et al.* (2006), os problemas de comportamento podem surgir e se manter devido a diversos fatores e variáveis de contexto, como: estilos parentais, estrutura familiar, manejo dos professores e da escola, necessidades educativas especiais da criança, cultura, nível socioeconômico, idade dos pais, depressão materna, conflitos conjugais e diferenças de gênero dos filhos e dos pais.

Lewis *et al.* (2016) realizaram uma pesquisa longitudinal para comparar problemas de comportamento, internalizantes e externalizantes, entre crianças que haviam sido vítimas de abuso sexual e crianças vítimas de outros maus-tratos, que não envolviam violência sexual. Os dados foram extraídos de uma base de dados americana, chamada Estudos Longitudinais de Abuso e Negligência na Infância (*Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect - LONGSCAN*) aos 4, 6, 8, 10, 12, 14 e 16 anos de idade. Foram utilizados dados referentes a 977 crianças. O *Child Behavior Checklist* foi utilizado para avaliar os problemas internalizantes e externalizantes. O histórico e os tipos de maus-tratos foram obtidos dos registros oficiais do Serviço de Proteção à Criança. Os achados indicaram significativamente mais problemas de comportamento ao longo do tempo no grupo de crianças que sofreu abuso sexual do que no grupo que sofreu maus-tratos, sem abuso sexual.

As justificativas para os achados deste estudo (LEWIS *et al.*, 2016) foram relacionadas à maior possibilidade de polivitimização nos casos de abuso, ou seja, a criança que sofreu abuso sexual teria maiores chances de vivenciar outras formas de violência, havendo, portanto, riscos combinados. Além disso, as próprias características da violência sexual foram apontadas como justificativas, como o fato das vítimas de abuso sexual serem frequentemente coagidas a manter a vitimização em segredo por meio de manipulação emocional ou ameaças de dano físico à vítima ou aos membros da família, o que tornaria mais propensa a ocorrência de problemas de comportamento. Assim, os dados indicaram que as consequências da violência sexual sofrida

na infância permanecem consistentemente piores em relação às crianças sem histórico de abuso sexual, incluindo aquelas com histórico de maus-tratos, mas sem abuso sexual.

O estudo de Hébert, Langevin e Oussaïd (2018) teve o objetivo de testar a regulação emocional e a dissociação como mediadores entre trauma infantil cumulativo e problemas comportamentais internalizantes e externalizantes em crianças vítimas de abuso sexual. Participaram 309 crianças abusadas sexualmente e seus responsáveis não agressores. Os resultados revelaram que 75% das crianças abusadas sexualmente sofreram pelo menos uma outra forma de maus-tratos infantis e que o trauma cumulativo na infância foi associado a níveis mais altos de desregulação emocional, dissociação e problemas de comportamento. Desse modo, os autores sugerem que, considerando os impactos negativos do abuso sexual em variados aspectos do desenvolvimento infantil, é essencial a melhor compreensão das consequências desse tipo de violência sexual.

De acordo com Choi e Oh (2014), crianças abusadas sexualmente apresentam uma variedade de problemas de comportamento, além de sintomas de transtorno do estresse pós-traumático. No estudo realizado, foram coletados dados de 171 crianças, com idades entre 6 e 13 anos, que foram encaminhadas a um centro público de acompanhamento para abuso sexual em Seul. As crianças foram avaliadas pelos pais quanto à regulação emocional utilizando o *Emotion Regulation Checklist* e os comportamentos internalizantes e externalizantes foram avaliados utilizando a versão coreana do *Child Behavior Checklist* (CBCL). O estudo buscou determinar o mecanismo pelo qual o trauma cumulativo na infância afeta o desajuste psicológico, sugerindo que os efeitos do trauma infantil cumulativo nos problemas de comportamento internalizantes e externalizantes após o abuso sexual são mediados por dificuldades de regulação emocional.

Desse modo, a literatura da área apontou que em casos de abuso sexual infantil há a possibilidade de uma série de alterações comportamentais, incluindo problemas de comportamento tanto internalizantes como externalizantes. Os estudos descritos acima indicaram que crianças que sofreram abuso sexual apresentavam riscos combinados e problemas de comportamento mais frequentemente do que outras crianças que não sofreram essa forma de violência. Compreender as características desses problemas de comportamento é um passo importante para o acompanhamento adequado que será oferecido a essa população.

2.5 Saúde mental materna

A OMS estabelece que a saúde é um conceito que vai além da ausência de doenças, uma vez que define o termo como um estado que demanda o bem-estar físico, mental e social de um indivíduo (OMS, 1946). Na mesma direção, para a OMS a saúde mental também não se restringe à ausência de transtornos mentais, pois define a saúde mental como um estado de bem-estar que permite ao indivíduo realizar suas atividades, lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de maneira produtiva e de fazer contribuições à comunidade a qual pertence (OMS/OPAS, 2016).

Desse modo, a saúde mental é parte integrante do conceito de saúde e sofre influência de diferentes variáveis, como de fatores socioeconômicos, biológicos e ambientais. A saúde mental pode ser prejudicada por mudanças sociais, condições de trabalho inadequadas, discriminação de gênero, um estilo de vida não saudável, exclusão social, problemas de saúde, pelo risco de violência e por violação dos direitos humanos (OMS/OPAS, 2016). Assim, pela própria definição da OMS, fica evidente que a ocorrência de violência sexual, enquanto grave violação aos direitos humanos, pode acarretar prejuízos à saúde mental.

Como apontado pelo trabalho de Santos e Dell’aglio (2008), a revelação do abuso sexual envolve alterações na dinâmica familiar e devem ser evitadas rotulações de início quanto aos membros da família, especialmente da mãe, de modo que ela seja entendida como parte do fenômeno e como alguém que também precisa de ajuda. A revisão de literatura realizada por estas autoras mostrou que as mães geralmente são apresentadas em duas posições dicotômicas, ou como cúmplices diante da violência ou como protetoras das crianças, apesar da possibilidade de algumas mães assumirem as duas posições em momentos distintos. Ainda segundo as autoras, alguns fatores podem levar a mãe a ter uma visão que minimize a ocorrência do abuso, como a família de origem ser violenta, falta de modelo de família protetiva e suporte familiar, o desejo de ter uma família e mantê-la unida, a dependência emocional e financeira em relação ao companheiro, entre outros, que revelam aspectos da própria história de vida da mãe.

O estudo de Santoucy *et al.* (2014), realizado com cinco mães que fizeram a denúncia de violência sexual intrafamiliar, teve por objetivo compreender como foi para as mães assumir o papel de quem fazia a denúncia da violência sofrida pelos filhos e que era praticada por um membro de sua convivência, pois conforme apontado pelas autoras, a experiência de atendimento no contexto judicial, conseqüente à denúncia realizada, gera desgaste emocional, físico, relacional e financeiro. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin. As mães, por meio de seus discursos, demonstraram a cobrança

de que fossem fortes e protetivas, apesar de suas fragilidades, o que decorre da construção de papéis sociais que delegam à mulher o papel central de proteção e cuidado.

A cobrança da sociedade, seja por meio da família ou de instituições, somada ao sentimento de culpa e impotência diante da ocorrência de abuso sexual pode acarretar impactos à saúde mental dos responsáveis, trazendo, adicionalmente, implicações para a saúde mental das crianças (GALLO; WERTZ; BLAVIER, 2016). Desse modo, é importante considerar o impacto que o abuso sexual dos filhos causa à saúde mental das mães e que, além da necessidade de cuidado e amparo às vítimas, as mães também precisam de acolhimento e orientação.

Roberts *et al.* (2015), ao pesquisarem sobre a experiência de diferentes formas de abuso infantil, não só sexual, das mães e os sintomas depressivos de seus filhos na adolescência e idade adulta apontaram que melhorar a saúde mental materna e as práticas parentais pode reduzir o risco de sintomas depressivos nos descendentes dessas famílias. Os autores relacionaram dados de duas grandes coortes longitudinais de mulheres (N=8,882) e de seus filhos (N=11,402) e examinaram três possíveis caminhos pelos quais a experiência materna de abuso poderia estar associada a sintomas depressivos da prole: saúde mental materna, características familiares e experiência de abuso dos filhos. Os resultados encontrados foram de que os filhos de mulheres que sofreram formas graves de abuso na infância tiveram maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos elevados e persistentes em comparação aos filhos de mulheres que não sofreram nenhuma forma de abuso, fornecendo evidências de que o abuso, não apenas sexual, sofrido pela mãe na infância pode afetar negativamente a saúde mental dos filhos da vítima.

Roberts *et al.* (2015), ao discutirem os achados deste estudo, indicaram que a depressão e a ansiedade maternas têm sido associadas a uma menor satisfação parental, maior controle e menor afeição, além de parentalidade disfuncional e maior estresse interpessoal. Esses fatores podem aumentar o risco de depressão dos filhos por meio da exposição ao estresse, maior resposta fisiológica ao estresse e menor competência social. Desse modo, os dados reforçam a relação entre aspectos da saúde mental das mães, como sintomas de ansiedade e depressão, e a saúde mental dos filhos.

Gallo, Wertz e Blavier (2016) tem visão semelhante ao apontar que o sofrimento dos pais influencia o estado mental da criança e pode potencializar ou manter os sintomas apresentados pela criança. O objetivo principal deste estudo belga foi explorar as dificuldades

de seis casais, quanto a aspectos conjugais e parentais, ao descobrirem o abuso sexual de um dos filhos. A pesquisa foi experimental e do tipo qualitativa, no qual os casais responderam a questionários e a uma entrevista semiestruturada para coletar informações demográficas e sobre a ocorrência do abuso. Os resultados indicaram que a dimensão da parentalidade levava a uma redução da conjugalidade do casal, demonstrando que os pais, ao mesmo tempo que tentavam estabelecer mecanismos de homeostase e segurança familiar, nem sempre conseguiam se adaptar à situação a longo prazo.

De acordo com este estudo (GALLO, WERTZ, BLAVIER, 2016), o sofrimento vivenciado por cada casal foi expresso de formas diferentes, mas a dimensão da parentalidade pareceu ser um recurso que permitiu aos pais investir na criança que foi vítima do abuso. Esse foco na criança foi o que levou à redução da conjugalidade do casal, pois o tempo que passavam juntos, os momentos de casal e a intimidade diminuíram. Os casais que mostraram uma reaproximação fizeram isso em torno da criança e do problema, razão pela qual, segundo o estudo, a capacidade de união indicava que os casais tinham recursos para lidar com o abuso ao mesmo tempo em que havia o risco de criar um segredo de família ou mesmo a superproteção mantendo a criança em seu papel de vítima, o que poderia levar a prejuízos na dinâmica familiar. Diante dos resultados, os autores destacaram a importância de apoiar a conjugalidade por meio de intervenções clínicas.

Assim, esses estudos apontaram, no contexto do abuso sexual, a relação entre a saúde mental da mãe ou responsável e a saúde mental da criança. Por essa razão, avaliar a saúde mental materna não traz benefícios apenas às mães, mas aos filhos e às relações estabelecidas com eles, principalmente ao se considerar os diversos desdobramentos que o abuso sexual provoca à família, especialmente às mães a quem majoritariamente se delega a função de cuidado.

Jobe-Shields *et al.* (2016) indicaram a necessidade de pesquisas para elucidar as relações entre a saúde mental do cuidador e as práticas parentais após o abuso sexual na infância. Santos e Dell'aglio (2008) apontaram que estudos específicos sobre as mães de vítimas de abuso são necessários devido à importância do papel das mães na dinâmica familiar e por serem rede de apoio social aos filhos. Reitera-se essa importância quanto à compreensão da saúde mental materna diante da ocorrência dessa forma de violência devido às implicações apontadas na literatura e citadas acima.

2.6 Práticas parentais

Cecconello, De Antoni e Koller (2003) indicaram que há duas dimensões diferentes na interação de pais e filhos: as práticas educativas e os estilos parentais. Enquanto os estilos parentais referem-se ao padrão de características da interação dos pais com os filhos em diversas situações, as práticas educativas seriam as estratégias utilizadas pelos pais para atingir objetivos específicos em diferentes domínios, como acadêmico, social e afetivo, sob determinadas circunstâncias e contextos.

As práticas parentais podem ser entendidas como categorias que envolvem vários comportamentos dos pais relacionados ao afeto, ao estabelecimento de limites e ao acompanhamento e monitoramento do comportamento social e acadêmico dos filhos (GOMIDE, 2006). Elas podem afetar o desenvolvimento dos filhos, na medida em que certas práticas utilizadas pelos pais na educação dos filhos podem acarretar, por um lado, o desenvolvimento de comportamentos antissociais e, por outro, o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais nas crianças e adolescentes (GOMIDE, 2006).

Para Macarini *et al.* (2010), o conjunto característico de comportamentos que se refere às relações que os pais estabelecem com os filhos, que são permeadas pela necessidade de cuidar, educar e promover o desenvolvimento deles, tem recebido diferentes nomeações, como: práticas parentais, práticas educativas, práticas de cuidados, cuidados parentais. Essa diversidade de termos, segundo os autores, já indica a coexistência de diferentes concepções sobre o comportamento parental.

As práticas dos pais em relação aos filhos são influenciadas por uma série de variáveis, como características específicas da criança e dos pais, a relação estabelecida entre os cônjuges, a história de criação e desenvolvimento dos progenitores, bem como o contexto sociocultural em que estão inseridos (MACARINI *et al.*, 2010). Essas relações entre pais e filhos alteram-se, por exemplo, em função do estágio de desenvolvimento dos filhos, também em circunstâncias específicas, como em uma situação de doença crônica da criança que pode modificar as práticas parentais. Em relação aos pais, além da história de criação e desenvolvimento deles, características atuais podem influenciar em suas práticas, como profissão, escolaridade, renda, etc. (MACARINI *et al.*, 2010).

Desse modo, em relação às práticas parentais, as variáveis de contexto fornecem informações sobre as situações e contingências envolvidas nas respostas estabelecidas entre pais e filhos (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2011). As variáveis de contexto relacionam-se a temas diversos, dizem respeito a momentos do dia, situações de lazer, horários de refeição, concepções de certo e errado, motivos para estabelecer limites, problemas pessoais dos pais, entre outros. (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2010).

As práticas parentais podem ser positivas, por exemplo: comunicar-se, expressar sentimentos positivos, negativos e opiniões, estabelecer limites, fazer promessas e admitir erros com consistência, o que produz como consequência a manutenção da interação positiva com os filhos, além favorecer a obediência e a cooperação por parte destes. Ou negativas, como: bater, gritar e ameaçar, que aumentam as chances de levar a problemas de comportamento nos filhos, como timidez, isolamento, agressividade e desobediência. As práticas parentais positivas caracterizam-se por comportamentos socialmente habilidosos e as negativas geralmente ocorrem de maneira coercitiva (BOLSONI-SILVA, LOUREIRO, 2010). Assim, na prática educativa dos filhos podem ser utilizadas tanto as habilidades sociais educativas, que auxiliam no relacionamento positivo com os filhos, como as práticas educativas negativas, que tem sido relacionadas com problemas de comportamento infantil.

Em relação às práticas parentais em casos de abuso sexual, um estudo norte-americano investigou sintomas de estresse pós-traumático e depressão em uma amostra de cuidadores (N=96) de crianças que sofreram abuso sexual, bem como as práticas parentais relatadas pelos cuidadores e seus filhos. Os resultados indicaram frequentes relatos de parentalidade inconsistente pelo cuidador no contexto de sofrimento significativo. As crianças relataram elevada parentalidade inconsistente para cuidadores com estresse pós-traumático. A depressão do cuidador foi associada com baixo autorrelato de práticas parentais positivas e baixo envolvimento do cuidador, além de inconsistências autorreferidas. Assim, a ocorrência do abuso sexual e seus desdobramentos para a saúde mental dos responsáveis foi associada a concomitantes dificuldades nas práticas parentais (JOBE-SHIELDS *et al.*, 2016).

A literatura internacional (SELTMANN, WRIGHT, 2013; DILILLO, TREMBLAY, PETERSON, 2000; BRIERE *et al.*, 2017) já indicou os impactos da experiência de abuso sexual infantil para as futuras práticas parentais de quem vivenciou a violência, porém, também é importante investigar as possíveis mudanças nas práticas parentais dos responsáveis cujos filhos foram vítimas de abuso sexual. Essas mudanças nas práticas podem ocorrer em relação às

práticas negativas, como nas práticas educativas negativas, e em relação às práticas positivas, como nas habilidades sociais educativas, que serão descritas na seção a seguir.

2.7 Habilidades sociais

O termo habilidades sociais aplica-se a diferentes classes de comportamentos sociais do repertório de um indivíduo que contribuem para a competência social, favorecendo um relacionamento mais saudável e produtivo com as demais pessoas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009). Por sua vez, a competência social tem sentido avaliativo, remetendo aos efeitos do desempenho dessas habilidades nas situações vividas pelo indivíduo (DEL PRETTE; DEL PRETE, 2001).

No âmbito das habilidades sociais diferenciamos três tipos de comportamentos: o não-assertivo (ou passivo), o assertivo (ou habilidoso) e o agressivo. O indivíduo com comportamento passivo ou não-assertivo evita conflito procurando sempre agradar aos outros ou não se expressando/impondo. O indivíduo com comportamento agressivo se expressa de modo negativo e acaba dominando e ignorando o outro. Em contrapartida, o indivíduo com comportamento assertivo expressa seus sentimentos e opiniões respeitando a si e aos outros, conseguindo alcançar seus objetivos e, assim, sentindo-se bem e valorizado (GIOVANNI; TADEUCCI; OLIVEIRA, 2010).

Segundo Del Prette e Del Prette (2008), a análise de estudos que propõem uma taxonomia de habilidades sociais permite identificar três eixos, que seriam agrupados em: etapas do desenvolvimento, papéis sociais e tarefas específicas. Quanto aos papéis sociais citam os estudos de habilidades sociais conjugais, profissionais, educativas e parentais, sendo que estas também incluem as educativas.

Entre as práticas parentais positivas mencionadas anteriormente, podemos citar as habilidades sociais educativas (HSE), que são definidas como habilidades intencionalmente voltadas para a promoção do desenvolvimento e da aprendizagem do outro (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2001). Por essa razão, o conceito de habilidades sociais educativas é aplicável não somente às relações professor-aluno, mas também a outros contextos formais, como em programas de treinamento em serviço nas organizações, e informais, como nas relações pais-filhos e em grupos comunitários (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2001).

Bolsoni-Silva (2008) definiu o termo Habilidades Sociais Educativas Parentais (HSE-P) como um conjunto de habilidades sociais dos pais, aplicáveis à prática educativa dos filhos. A partir dessa definição, identificou três grandes categorias: comunicação, expressão de sentimentos e enfrentamento e estabelecimento de limites, que ocorrem contingentes aos comportamentos dos filhos.

Especificamente nos casos de violência sexual, as informações sobre prevenção, no sentido de evitar que o abuso sexual ocorra, podem auxiliar os pais a ensinar as crianças a reconhecer possíveis situações abusivas e sobre como agir nesses casos. Porém, ainda que para trabalhar esse assunto de forma preventiva, os pais, de maneira geral, encontram dificuldades: não conversam com os filhos sobre o tema por acreditar que o risco é baixo, além da sensação de falta de preparo para discutir o assunto, como não ter confiança para falar sobre abuso sexual, falta de conhecimento ou por considerar que não possuem vocabulário ou materiais adequados (BURGESS, WURTELE, 1998).

Se os responsáveis apresentam dificuldade em trabalhar o tema enquanto prevenção, é notório que essa dificuldade aumente quando já houve a situação de abuso sexual. Porém, as habilidades sociais maternas, em geral, estão positivamente correlacionadas à qualidade da interação com os filhos, ou seja, quanto maiores as habilidades sociais das mães, melhor é o seu envolvimento com seus filhos (CIA *et al.*, 2007). Essa melhor qualidade na interação favorece conversar com os filhos, inclusive sobre sexualidade, de modo que as habilidades sociais também podem favorecer a orientação dos filhos quanto ao tema da violência sexual e sobre estratégias de autoproteção.

Esse envolvimento também é importante em casos de abuso sexual devido à necessidade de que os responsáveis apresentem respostas adequadas diante da revelação de abuso e que tomem as providências necessárias, pela função de proteção que possuem em relação às crianças e adolescentes e pelas consequências que a omissão dos responsáveis frente ao abuso sexual podem causar (WILLIAMS, 2002).

Assim, avaliar o repertório de habilidades sociais das mães pode auxiliar a obter informações quanto à responsividade materna diante da ocorrência de violência sexual, pois espera-se que um repertório bem desenvolvido possa contribuir para estimular comportamentos adaptativos e diminuir comportamentos desadaptativos dos responsáveis após a revelação do abuso sexual sofrido por crianças e adolescentes. Essa expectativa decorre do fato de que na população geral comportamentos socialmente habilidosos promovem interações sociais

satisfatórias, o que pode auxiliar na prevenção e/ou redução de dificuldades psicológicas (BOLSONI-SILVA, 2002).

Em relação às habilidades sociais infantis, também é possível descrever ganhos ao apresentar um repertório adequado de habilidades sociais para crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual, por auxiliar, por exemplo, na discriminação de situações abusivas no contato com outras pessoas ou em relatar o ocorrido quando já houve a violência (ARANTES, 2012).

As habilidades sociais infantis são aquelas que promovem o desenvolvimento e previnem o surgimento de problemas de comportamento ao favorecer que as crianças interajam mais positivamente com colegas, professores e familiares, aumentando a chance de acesso a reforçamento social, como elogios e atenção (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009).

Bolsoni-Silva *et al.* (2006) propuseram categorias comportamentais para as habilidades sociais infantis, que foram avaliadas por mães e professoras em um estudo, que não era específico com crianças que sofreram abuso, referente a 48 pré-escolares, sendo 24 com problemas de comportamento e 24 sem problemas de comportamento. As categorias propostas foram: (a) Disponibilidade social e cooperação: faz pedido, procura ajudar, procura sua atenção, faz perguntas, cumprimenta as pessoas, faz elogios, toma iniciativas; (b) Expressão de sentimentos e enfrentamento: expressa desejos de forma apropriada, expressa carinho, expressa direitos e necessidades apropriadamente, expressa desagrado de forma apropriada, expressa opiniões, usualmente está de bom humor, negocia; (c) Interação social positiva: comunica-se de forma positiva, faz amigos, brinca com colegas e interage.

Tais habilidades sociais infantis podem trazer ganhos à criança mesmo nos casos de abuso sexual. O estudo de Pérez-González *et al.* (2017) avaliou um total de 1105 crianças e jovens da Espanha em relação às suas experiências de vitimização sexual, sintomas psicopatológicos e fatores de proteção. Os resultados mostraram que todas as formas de vitimização sexual estavam associadas a níveis mais elevados de problemas emocionais e comportamentais, porém, a presença de habilidades sociais elevadas e alta confiança pareceram agir para amenizar os problemas de internalização. Fatores como altas pontuações em empatia/tolerância, vinculação à escola e vinculação com a família atuaram como fatores de proteção em relação aos sintomas externalizantes. Desse modo, as habilidades sociais foram apontadas como um fator de proteção subjacente à resiliência na relação entre vitimização sexual e sintomas psicopatológicos.

Portanto, considerando o que foi exposto, as habilidades sociais podem auxiliar na apresentação de comportamentos mais adequados em vários contextos, inclusive naqueles que são considerados adversos, como no contexto do abuso sexual, de modo a maximizar as chances de resolver problemas e diminuir perdas para o indivíduo e para aqueles com quem a criança convive, além de consistir em um fator de proteção.

Conforme apresentado nos tópicos anteriores, foram descritos estudos, predominantemente internacionais, que relacionaram as práticas parentais, a saúde mental materna ou o repertório comportamental infantil com as consequências do abuso sexual. Porém, não foram encontrados estudos que associaram as três variáveis diante dessa forma de violência. Desse modo, descrever e comparar as práticas parentais, a saúde mental de mães e o repertório de comportamentos de crianças em casos de abuso sexual permitiria apresentar dados específicos dessa população, que podem ser condizentes ou não ao que a literatura tem apresentado para a população geral. Esses dados poderão auxiliar a compreender a relação entre os aspectos emocionais das mães (saúde mental materna), a interação das mães e das crianças (práticas parentais e repertório comportamental infantil) e as consequências dessa forma de violência. Além disso, poderia auxiliar a identificação de fatores de risco e de proteção diante do abuso ocorrido, relacionados às práticas parentais e à saúde mental das mães.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Descrever e comparar as práticas parentais (habilidades sociais educativas, práticas educativas negativas e variáveis de contexto), a saúde mental (sintomas de ansiedade e depressão) de mães de crianças vítimas de abuso sexual e o repertório comportamental (habilidades sociais e os problemas de comportamento) dos filhos, de acordo com o relato das mães.

3.2 Objetivos específicos

I- Caracterizar o repertório de habilidades sociais educativas, de práticas educativas negativas e as variáveis de contexto envolvidas na interação das mães com as crianças vítimas de abuso sexual.

II- Caracterizar dados relativos aos sintomas de ansiedade e de depressão das mães de crianças vítimas de abuso sexual.

III- Caracterizar as habilidades sociais e os problemas de comportamento das crianças vítimas de abuso sexual, de acordo com o relato das mães.

IV- Comparar os dados sobre as práticas parentais, a saúde mental das mães e o repertório comportamental das crianças, tendo por critério as crianças apresentarem ou não problemas de comportamento.

V- Caracterizar os relatos das mães sobre a situação de abuso sexual sofrida pela criança que está sob sua responsabilidade e verificar recorrências nas respostas apresentadas pelas participantes.

4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com amostragem não-probabilística e de conveniência, consistindo em um estudo para caracterização de grupo.

4.1 Aspectos éticos

A pesquisa foi inserida na Plataforma Brasil (CAEE: 67122117.1.0000.5398) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade em que foi desenvolvida, sob o parecer número 2.316.263/2017 (ANEXO A). A coleta de dados no CREAS da cidade participante foi autorizada pela Secretaria Municipal responsável pela proteção social especial do município.

4.2 Participantes

Participaram 13 mães de crianças com idades entre dois anos e 11 anos e 11 meses¹, que foram vítimas ou apresentaram indícios de abuso sexual².

O número de participantes foi estabelecido por conveniência, considerando a necessidade de uma coleta exequível no período de tempo correspondente ao mestrado.

Os critérios de inclusão foram:

- Família ter sido encaminhada ao CREAS da cidade da pesquisa para acompanhamento devido à ocorrência ou indício de abuso sexual infantil.
- Participante ser mãe de criança com idade na faixa etária do estudo.
- Mãe ter sido protetiva diante da ocorrência ou indício de abuso sexual, ou seja, não ter sido conivente diante da violência sofrida pela criança.
- Criança vítima do abuso sexual estar sob a responsabilidade da mãe;
- A mãe concordar com a participação espontânea na pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

¹ Foi utilizada a definição de infância da Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. No artigo 2º consta que: “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990).

² O atendimento pelo CREAS não depende da constatação da violência sexual pelo exame de corpo de delito ou exame sexológico, uma vez que tal exame não comprova a ocorrência de todas as formas de abuso sexual, pois se restringe a sinais de conjunção carnal, como lesões e ruptura de hímen. Assim, os casos nos quais há indícios de abuso são igualmente encaminhados ao CREAS da cidade em que foi realizada a pesquisa.

Os critérios de exclusão foram:

- Mães que relataram não acreditar na ocorrência de abuso dos filhos, apesar de acompanhá-los ao CREAS.
- Casos nos quais a mãe havia praticado o abuso em relação à criança.

4.3. Percurso amostral

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa e da autorização para a coleta de dados no CREAS do município, foram identificadas as mães de crianças com idade na faixa etária do estudo que haviam sido encaminhadas aos CREAS devido à ocorrência ou indício de abuso sexual e foi realizado o convite às mães que preencheram os critérios de inclusão. Foram coletados dados com 17 participantes e utilizados os dados de 13 delas, conforme descrito de forma detalhada abaixo.

No ano de 2017, o CREAS inicialmente selecionado para participar da pesquisa, que será denominado como CREAS A, estava como referência para atendimento dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes ocorridos no município e recebeu 103 encaminhamentos relativos a abuso sexual. Esse total incluía encaminhamentos de solicitação de relatórios quanto a casos já atendidos pelo CREAS; encaminhamentos notificados como abuso, mas não procedentes e casos em que não houve a adesão da família aos atendimentos, o que gerou notificação a outros serviços da rede proteção para que fossem tomadas providências para assegurar a garantia de direitos das vítimas, mas não houve acompanhamento pelo CREAS. Assim, do total de 103 casos encaminhados ao CREAS A no ano de 2017, foram inseridos no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) 74 crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, pertencentes a 70 famílias diferentes. Desse montante, 46 estavam na faixa etária do estudo.

Entre essas 46 crianças, 21 não preencheram os critérios de inclusão ou se enquadraram nos critérios de exclusão da pesquisa. As mães de oito crianças participaram da pesquisa. As mães de três crianças foram convidadas, mas não compareceram nos dias agendados. Duas mães informaram não ter interesse em participar da pesquisa. As mães das outras 12 crianças não foram convidadas a participar porque não estavam mais em acompanhamento pelo CREAS A quando houve a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

No ano de 2018 houve alteração da distribuição dos casos de violência sexual entre os dois CREAS existentes no município da pesquisa, CREAS A e CREAS B. No ano de 2017,

quando foi iniciada a coleta de dados, os casos de violência sexual eram mantidos no CREAS A, razão pela qual ele foi selecionado para o contato com as mães. Porém, por decisão da Secretaria Municipal responsável pela proteção social especial da cidade, os casos passaram a ser distribuídos entre os dois CREAS a partir de 2018, seguindo critérios de localização territorial das famílias.

Entre os meses de janeiro e agosto de 2018, o CREAS A teve 25 crianças e adolescentes, de 24 famílias, inseridas no PAEFI devido à ocorrência ou indício de abuso sexual. Desse total, 12 tinham idade correspondente à faixa etária do estudo. Dessas 12 crianças, oito estavam fora dos critérios de inclusão. Dos quatro casos restantes, três mães participaram da pesquisa e uma não teve interesse em participar.

Considerando a redução de casos de abuso sexual dentro dos critérios de inclusão da pesquisa encaminhados ao CREAS A, em junho de 2018 foi realizado contato com o CREAS B solicitando o contato das mães de crianças com idades na faixa etária da pesquisa e dentro dos critérios de inclusão. Foi fornecida uma lista pelo CREAS B, também com autorização da Secretarial Municipal, com os nomes e telefones de 15 responsáveis por crianças em acompanhamento devido à ocorrência de abuso sexual naquele CREAS.

Desses 15 contatos, quatro crianças não correspondiam aos critérios de inclusão, não houve sucesso no contato com três mães (foram realizadas cinco tentativas em dias e horários diferentes) e uma das mães não teve interesse em participar da pesquisa. Duas mães foram agendadas para coleta de dados, mas não compareceram (uma delas foi reagendada três vezes e com a outra não houve mais sucesso nas tentativas de contato telefônico após o não comparecimento). Foi realizada a coleta de dados com cinco participantes, mas não foram utilizados os dados de duas delas, pois uma das participantes, apesar de se referir à criança como filha e se denominar como mãe, era a madrasta da criança. Os dados da outra participante não foram utilizados, pois inicialmente ela havia informado que as filhas de nove e 13 anos haviam sofrido abuso sexual, mas durante a aplicação dos instrumentos relatou que havia a suspeita referente à filha de nove anos por parte da escola, mas ela acreditava que apenas a filha de 13 anos havia sofrido abuso sexual, considerando que a filha mais novas apenas apresentou comportamentos sexualizados, sem ter sofrido violência sexual. Desse modo, os critérios de inclusão não foram preenchidos.

Também houve a tentativa de coleta de dados nos CREAS de cidades vizinhas à cidade participante para aumentar a amostra da pesquisa. Foi realizado contato com três cidades da região. Em uma delas a coordenação do CREAS informou que no município os casos de

violência sexual eram acompanhados apenas pelo Conselho Tutelar e não havia demanda para atendimento pelo CREAS (apesar do atendimento estar previsto na Política de Assistência Social, conforme disposto na Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011). No segundo município a coordenação referiu que os casos de violência sexual que estavam em acompanhamento pelo CREAS eram casos em que houve a institucionalização da criança, não correspondendo aos critérios de inclusão da pesquisa. No município em que foi informado haver o acompanhamento dos casos de abuso sexual pelo CREAS, foi solicitada autorização para a coleta de dados na cidade e, após a aprovação, foi realizada a coleta de dados com duas participantes entre os meses de fevereiro e março de 2018. Porém, devido à baixa adesão e informações da coordenação de que não havia mais nenhuma participante dentro dos critérios de inclusão entre os meses de abril a julho de 2018, houve a opção de utilizar apenas os dados da cidade inicialmente elegida para a coleta de dados, já que não haveria aumento significativo da amostra para justificar coletas em cidades diferentes.

Dessa maneira, os instrumentos foram aplicados em 17 mães, sendo 13 elegidas como participantes considerando os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa e para manter a amostra proveniente de uma única cidade.

4.4 Local

A pesquisa foi realizada no CREAS de uma cidade do interior de São Paulo, localizada no centro-oeste do estado, considerada de médio porte e com população de aproximadamente 350 mil habitantes. Os dados foram coletados de forma individual em uma das salas de atendimento do CREAS, livre de ruídos e que garantia o sigilo dos dados fornecidos. Para uma das mães que informou ter interesse em participar da pesquisa, mas não ter disponibilidade de participação durante os dias da semana, foi realizada a coleta de dados durante o final de semana em uma sala de observação localizada no laboratório ao qual a pesquisa estava vinculada, situado na universidade em que foi desenvolvida a pesquisa.

4.5 Instrumentos

Foi necessário o uso de múltiplos instrumentos, uma vez que o tema da pesquisa era complexo e buscava a investigação de diversas variáveis inter-relacionadas. Dessa maneira,

foram utilizados seis instrumentos para que fosse possível coletar os dados sobre as variáveis de interesse do estudo.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram:

I- Roteiro de entrevista semiestruturado para responsáveis de crianças sobre a situação de abuso sexual (APÊNDICE A);

II- Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P);

III- Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais;

IV- Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL);

V- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI);

VI- Inventário de Depressão de Beck, segunda edição (BDI-II).

O Roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE A) foi elaborado pela pesquisadora para a coleta de dados da amostra desta pesquisa e é composto de 26 questões específicas sobre o abuso sexual. O roteiro permite coletar dados referentes aos indícios ou à ocorrência do abuso sexual e os impactos para a criança e a família, de acordo com o relato do responsável pela criança, no caso da pesquisa, de acordo com a mãe. As aplicações foram gravadas para posterior transcrição e análise dos dados.

O Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P) é um instrumento que tem como objetivo a caracterização e o levantamento de indicadores de problemas comportamentais de crianças escolares e pré-escolares, com base em perguntas guia direcionadas ao responsável pela criança. O RE-HSE-P apresenta 13 conjuntos de perguntas, sendo cinco delas para avaliação da frequência comportamental. São investigadas variáveis contextuais e cada uma delas possui as seguintes alternativas de respostas: habilidades sociais educativas parentais, práticas educativas negativas, contexto, problemas de comportamento e habilidades sociais. Sendo assim, o instrumento RE-HSE-P descreve funcionalmente a capacidade social e educacional, especialmente relacionadas à interação entre pais e filhos, investigando variáveis antecedentes e consequentes para cada habilidade social educativa parental. A entrevista deve ser gravada para avaliação posterior, seguindo os critérios indicados no manual. É apresentada uma proposta de análise qualitativa e quantitativa para as informações da entrevista utilizando como referência de avaliação os escores da amostra normativa (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2016).

Quanto às propriedades psicométricas do RE-HSE-P, para aferir a fidedignidade foram conduzidas comparações com amostras relacionadas a partir do Teste de Wilcoxon para as classificações obtidas com o instrumento: frequência de habilidades sociais educativas

parentais, habilidades sociais educativas parentais, habilidades sociais infantis, variáveis de contexto, práticas educativas parentais negativas e problemas de comportamento infantis. A consistência interna foi calculada pelo índice Alfa de Cronbach para aferir o nível de correlação entre os itens do roteiro de entrevista. O RE-HSE-P apresentou boas propriedades psicométricas de fidedignidade e validades de construto e discriminante. O instrumento pode ser utilizado em pesquisas de avaliação e de intervenção clínica, permitindo a avaliação de escores indicativos de problemas e de habilidades, tendo aplicabilidade em clínicas escola e em ambulatórios, com a função de triagem (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2016).

O Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, n.d) é um instrumento com 67 itens, originado do instrumento Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P) (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2016). O instrumento apresenta a avaliação da frequência de habilidades sociais e de práticas educativas, em escalas do tipo *likert*, com três alternativas: “frequentemente”, se o comportamento acontecer cinco vezes ou mais durante a semana; “algumas vezes” se o comportamento acontecer duas, três ou quatro vezes na semana ou “quase nunca ou nunca” se o comportamento ocorrer em apenas um dia ou em nenhum dia na semana. Por ser um instrumento em processo de validação, ainda não há propriedades psicométricas descritas.

O Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (*Child Behavior Checklist* - CBCL) integra o Sistema de Avaliação de Base Empírica de Achenbach (*Achenbach System of Empirically Based Assessment* - ASEBA) para crianças/adolescentes e consiste em um instrumento composto de questões nas quais o cuidador avalia a frequência de respostas indicativas de problemas de comportamento na criança ou adolescente (ACHENBACH; RESCORLA, 2001).

Após a aplicação do instrumento, os escores brutos derivados das seções de competência social e problemas de comportamento são transformados em escores-T para permitir a comparação com crianças do mesmo sexo e idade. Pontos de corte do escore-T determinam o grau de desvio da normalidade, categorizando os resultados referentes às crianças como clínicos, limítrofes ou não-clínicos. A categoria clínica corresponde a escores baixos para competência social e escores altos para problemas emocionais/comportamentais, enquanto o oposto se aplica à categoria não clínica. A categoria limítrofe abrange uma faixa intermediária de escores-T que indica a necessidade de acompanhamento da criança ou adolescente para

identificar um possível aumento dos sintomas ou diminuição da competência ao longo do tempo (BORDIN *et al.*, 2013).

Após a aplicação do CBCL, o *Assessment Data Manager* (ADM) é utilizado para classificar os dados obtidos, consistindo em um software de pontuação rigorosamente testado para instrumentos ASEBA. Após inserir as respostas do questionário (pontuação bruta) diretamente no ADM, o software gera escores-T para todas as escalas do CBCL e permite ao usuário imprimir os perfis de competência social e comportamental e gráficos para visualizar comparações entre informantes (BORDIN *et al.*, 2013).

Quanto às propriedades psicométricas do instrumento, foi realizado um estudo comparativo dos resultados do CBCL entre uma grande amostra da população geral brasileira, utilizando a versão brasileira do CBCL, com resultados de crianças norte-americanas. Os dados para classificações médias de itens e consistências internas de escala, medida pelos alfas de Cronbach, foram muito semelhantes aos encontrados nos EUA e no Uruguai, fornecendo assim suporte para a robustez multicultural do CBCL no Brasil (ROCHA *et al.*, 2013).

O inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é um instrumento de auto aplicação composto por 21 itens, cujo objetivo é medir a intensidade da ansiedade a partir dos 13 anos até a terceira idade, considerando o período da última semana, incluindo o dia da aplicação. Os itens devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo numa escala de quatro pontos, que refletem níveis de gravidade crescentes de cada sintoma (absolutamente não, levemente, moderadamente e gravemente). O escore total é resultado da soma dos escores dos itens individuais e permite a classificação em níveis de ansiedade (CUNHA, 2001).

Em relação às propriedades psicométricas do BAI, a amostragem para a versão em português do inventário ocorreu com três grandes amostras de pacientes psiquiátricos, de clínica médica e com uma amostra não-clínica. Foram realizados estudos de variação de escores (conforme amostra, sexo e idade), de fidedignidade, estabilidade temporal, validade (validade de conteúdo, convergente, discriminante, de constructo e fatorial) e dos pontos de corte dos instrumentos com a versão em português (CUNHA, 2001).

O Inventário de Depressão de Beck segunda edição (BDI-II) é um instrumento de auto aplicação composto por 21 itens, cujo objetivo é medir a intensidade da depressão, considerando o período das duas últimas semanas, incluindo o dia da aplicação. A aplicação pode ser individual ou coletiva, não há um tempo limite para o preenchimento do protocolo, mas em geral, requer entre 5 e 10 minutos para ser completado. Consiste em uma medida escalar, com itens descritivos de atitudes e sintomas. Cada item apresenta alternativas de

escolha, que subentende graus crescentes de gravidade da depressão. O escore total é resultado da soma dos escores dos itens individuais e permite a classificação em níveis da depressão. A versão BDI-II foi desenvolvida a partir do BDI para avaliar os sintomas correspondentes aos critérios diagnósticos dos transtornos depressivos descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais quarta edição (DSM-IV), consistindo em uma versão revisada do BDI, que utiliza quatro itens novos (agitação, desvalorização, dificuldade de concentração e falta de energia) em substituição aos anteriores, tendo sido desenvolvida como um indicador da presença e do grau dos sintomas depressivos segundo o DSM-IV e não como um instrumento para especificar um diagnóstico clínico (GORENSTEIN *et al.*, 2011).

Quanto às propriedades psicométricas do BDI-II, a amostragem para a versão em português do inventário ocorreu com diferentes grupos, que incluíam pré-adolescentes, adolescentes, universitários, adultos da comunidade, idosos da comunidade, pacientes psiquiátricos clínicos e não clínicos. Foram realizados estudos de variação de escores (conforme amostra, sexo e idade), de fidedignidade, estabilidade temporal, validade (validade de conteúdo, convergente, discriminante, de constructo e fatorial) e dos pontos de corte dos instrumentos com a versão em português (GORENSTEIN *et al.*, 2011).

4.6 Procedimento de coleta de dados

Antes de iniciar a coleta dos dados, a pesquisadora passou por treinamento quanto à aplicação dos instrumentos da pesquisa no laboratório da universidade, a qual a pesquisa está vinculada.

Nos casos de encaminhamento de crianças ao CREAS da cidade da pesquisa devido à ocorrência ou indício de abuso sexual e que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa, foi realizado o convite às mães para participação e fornecidas informações sobre o estudo.

Quando a mãe concordava em participar, era combinado o dia e o horário para a coleta de dados com as participantes, que foram previamente orientadas de que o tempo previsto para a aplicação de todos os instrumentos era de aproximadamente duas horas e trinta minutos, podendo a coleta ser realizada em mais de um dia, conforme a disponibilidade de tempo das participantes, de modo a evitar que se sentissem cansadas durante a aplicação dos instrumentos. Quando a mãe mencionava que mais de um filho, sob sua responsabilidade, havia sofrido abuso sexual, era solicitado que escolhesse a criança que em sua opinião tinha apresentado alterações de comportamento mais significativas, para que não houvesse duplicidade de respostas aos

instrumentos respondidos pelas mães. Dessa forma, cada participante respondeu aos instrumentos apenas uma vez. A coleta de dados ocorreu de forma individual e em sala reservada que garantia o sigilo das participantes.

As mães foram orientadas sobre a pesquisa, seus objetivos, os instrumentos que seriam utilizados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Os instrumentos foram aplicados na mesma ordem para todas as participantes, inicialmente foi aplicado o Roteiro de entrevista semiestruturado para responsáveis de crianças sobre a situação de abuso sexual (APÊNDICE A), em seguida o Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P); o Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais; o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL); o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e, por fim, o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).

As aplicações do Roteiro de entrevista semiestruturado para responsáveis de crianças sobre a situação de abuso sexual e do Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P) foram gravadas em áudio. O primeiro instrumento teve as gravações transcritas para posterior análise. O RE-HSE-P foi corrigido a partir das gravações, conforme as orientações contidas no manual. Os demais instrumentos não demandavam gravação em áudio.

Após a aplicação de todos os instrumentos, foram fornecidas às participantes da amostra duas cartilhas que continham informações sobre os temas abordados nos instrumentos, como forma de agradecimento pela colaboração na pesquisa: “Cartilha Informativa – Orientação para pais e mães” (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; SILVEIRA, 2006) e a cartilha “Relacionamento Conjugal – Quais comportamentos são importantes?” (BOLSONI-SILVA; 2009). Além disso, era realizado o acolhimento e orientações diante do que as mães apresentavam como queixa ou sofrimento durante a participação na pesquisa e, quando era propício, eram apontados quais pontos das cartilhas poderiam trazer informações relacionadas às queixas apresentadas.

As participantes já estavam em acompanhamento psicossocial pelo CREAS quando participaram da pesquisa. Como a psicoterapia não integra as atividades realizadas pelos profissionais do serviço, pois ela está prevista na Política de Saúde e não na Política de Assistência Social (BRASIL, 2013), era realizado o encaminhamento a serviços de saúde quando identificada essa necessidade ao longo do acompanhamento do caso.

4.7 Procedimentos de tratamento e análise dos dados

A análise dos dados foi feita da seguinte maneira: Inicialmente os dados de caracterização da amostra foram dispostos em quadros para facilitar a visualização. Em seguida esses dados foram descritos para posterior comparação com os resultados obtidos com os instrumentos utilizados. Optou-se por designar as participantes pela letra “P” e o número correspondente à participação (P1, P2, etc.) para facilitar a apresentação dos dados em tabelas e figuras, além da finalidade de preservar a identidade das participantes.

O Roteiro de entrevista semiestruturado para responsáveis de crianças sobre a situação de abuso sexual teve as respostas transcritas, editadas e categorizadas em eixos e subeixos temáticos. De acordo com Duarte (2004), uma maneira de analisar entrevistas é fragmentar o todo, reorganizar os fragmentos a partir de novos pressupostos e iniciar um procedimento de interpretação dessas unidades. A interpretação exige que as unidades de significação sejam articuladas umas às outras a partir de categorias de análise, que podem ser definidas de diferentes formas: antes da realização das entrevistas, a partir de referências teórico/conceituais, de um conhecimento prévio do campo empírico ou no momento da análise, pela identificação de conteúdos recorrentes no discurso dos entrevistados.

Ainda de acordo com a autora, na interpretação de entrevistas abertas ou semiestruturadas podem ser utilizadas análises temáticas. Nesse caso, toma-se o conjunto de informações obtido com os entrevistados e organiza-o primeiramente em grandes eixos temáticos, articulados aos objetivos centrais da pesquisa, depois se procede à construção de subeixos temáticos, cada vez mais precisos e específicos em relação ao objeto de pesquisa, em torno dos quais são organizadas as falas dos entrevistados (DUARTE, 2004). Dessa forma, a partir das similaridades temáticas entre as questões do roteiro de entrevista foram criados os eixos temáticos (categorias mais amplas) e as questões contidas no roteiro foram transformadas em subeixos temáticos (categorias mais específicas), de modo que cada subeixo temático era referente às questões contidas no roteiro. Ressalta-se que foram consideradas as respostas das participantes mesmo quando mencionavam os conteúdos dos quais tratavam os subeixos em outras questões. Por fim, foram apontadas as recorrências nas falas das participantes em cada subeixo temático.

O RE-HSE-P; o CBCL; o BAI e o BDI-II foram corrigidos de acordo com a padronização de cada instrumento. Os dados do CBCL foram inseridos no software ADM, do sistema ASEBA, para codificação das respostas. Posteriormente, os dados do RE-HSE-P,

CBCL, BAI, BDI-II e do Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais foram tabulados em planilhas do Excel, a partir das quais foram elaboradas tabelas e figuras para expressar os resultados.

Na análise dos dados, a classificação entre clínico e não clínico no RE-HSE-P foi obtida conforme descrito no manual do instrumento, sendo que os dados limítrofes também foram considerados como clínicos. Os dados dos instrumentos BAI e BDI-II foram divididos entre clínico e não clínico como base nas classificações contidas em seus manuais, de modo que escores equivalentes a níveis mínimos e leves de ansiedade e depressão foram considerados como não clínicos e os níveis moderados e graves de ansiedade e depressão foram considerados como clínicos.

Os dados do Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais foram apresentados com base nas médias de escores, pois, como descrito na seção de instrumentos, o Checklist possui uma escala do tipo *likert* com três opções de resposta: frequentemente, algumas vezes e quase nunca/nunca. Na correção do instrumento, as respostas frequentemente receberam o escore 2, as respostas algumas vezes receberam o escore 1 e as respostas quase nunca/nunca receberam o escore 0. Desse modo, as médias de escores mais altas indicaram maior frequência de ocorrência daquele item e as médias de escores mais baixas indicaram menor frequência de ocorrência do item.

Em relação aos dados do CBCL, foi realizada a descrição das categorias comuns entre o instrumento para pré-escolares (versão para idades entre um ano e meio a cinco anos) e para escolares (versão para idades a partir de seis anos), já que a amostra foi composta por mães de crianças com idades que correspondiam às duas versões do CBCL. A comparação entre as variáveis de interesse da pesquisa foi realizada a partir da divisão em dois grupos, considerando os resultados do CBCL no que se refere aos indicadores de problemas de comportamento. O grupo clínico foi composto pelas crianças que tiveram comportamentos classificados como clínicos ou limítrofes em pelo menos uma das escalas de problemas, isto é, problemas de comportamento internalizantes, problemas de comportamento externalizantes ou problemas de comportamento totais. O grupo não clínico foi composto por crianças que não pontuaram como clínicas ou limítrofes nas escalas de problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais do CBCL.

5 RESULTADOS

Nesta seção são apresentados os dados da amostra e os resultados obtidos com os instrumentos aplicados, na seguinte ordem: dados de caracterização da amostra, resultados gerais dos instrumentos (CBCL, RE-HSE-P, BAI e BDI-II), resultados específicos do CBCL, do RE-HSE-P, do BAI e BDI-II, do Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais e, por último, do Roteiro de entrevista semiestruturado para responsáveis de crianças sobre a situação de abuso sexual.

5.1 Caracterização da amostra

O Quadro 1 apresenta os dados referentes às participantes da pesquisa em relação à idade, estado civil, grau de instrução, trabalho e renda familiar. Assim, o Quadro 1 apresenta os dados demográficos das participantes.

Quadro 1. Dados demográficos das participantes da pesquisa

Participante	Idade	Estado civil	Grau de instrução	Trabalha fora	Renda familiar
P1	37	Casada	Superior completo	Sim	Quatro salários
P2	40	Casada	Fundamental incompleto	Não	Dois salários
P3	37	Separada	Ensino médio completo	Sim	Dois salários
P4	24	Relacionamento sem legalização	Ensino médio completo	Não	Dois salários
P5	25	Relacionamento sem legalização	Ensino médio completo	Sim	Um salário
P6	40	Solteira	Fundamental incompleto	Não	Um salário
P7	36	Casada	Superior incompleto	Sim	Dois salários
P8	32	Casada	Ensino médio completo	Não	Dois salários
P9	37	Casada	Ensino médio completo	Sim	Dois salários
P10	43	Solteira	Ensino médio completo	Sim	Um salário
P11	44	Separada	Superior completo	Sim	Acima de seis salários
P12	32	Solteira	Fundamental completo	Sim	Um salário
P13	27	Relacionamento sem legalização	Ensino médio completo	Sim	Um salário

Fonte: a autora (2019).

A amostra da pesquisa foi composta por 13 participantes, com idades que variavam entre 24 e 44 anos, com média de 34,9 anos. Cinco participantes eram casadas, três estavam em relacionamentos conjugais sem legalização, duas eram separadas e três solteiras. Vale ressaltar que nenhuma das participantes estava em relacionamento com o suposto agressor no momento da participação na pesquisa, seguindo os critérios de inclusão. Assim, as mães de crianças que tiveram indícios de que o pai era o agressor e que apresentaram estado civil casada ou relacionamento conjugal sem legalização estavam em relacionamentos com companheiros que não eram os pais das crianças.

Quanto à escolaridade, duas participantes apresentaram ensino fundamental incompleto e uma participante apresentou ensino fundamental completo. A maior parte da amostra havia finalizado o ensino médio, conforme informado por sete participantes. Duas participantes tinham ensino superior completo e uma tinha ensino superior incompleto, pois estava cursando a faculdade.

Nove participantes informaram trabalhar fora e quatro informaram não trabalhar. A renda familiar de cinco delas estava em torno de um salário mínimo, seis tinham renda em torno de dois salários mínimos, uma participante tinha renda familiar de quatro salários mínimos e a uma participante tinha renda superior a seis salários mínimos.

O Quadro 2 apresenta os dados sobre as crianças mencionadas na pesquisa e sobre a ocorrência do abuso. As informações são referentes ao sexo da criança mencionada por cada participante, feminino (F) ou masculino (M), a proximidade do agressor que cometeu o abuso em relação à criança, o mês e ano em que foi registrado o boletim de ocorrência (BO), o mês e ano em que foi dada a entrada do caso no CREAS e a origem do encaminhamento da família ao CREAS, que na amostra ocorreu ou pelo Conselho Tutelar ou pela Central de Polícia Judiciária (CPJ)/Delegacia de Defesa da Mulher (DDM).

Quadro 02. Dados sobre as crianças mencionadas na pesquisa e sobre a ocorrência do abuso

Part.	Criança	Idade criança	Proximidade do agressor	Registro do BO	Entrada no CREAS	Origem
P1	F	7	Motorista da perua escolar	Maio de 2017	Junho de 2017	CPJ/DDM
P2	F	7	Companheiro da avó materna	Junho de 2017	Agosto de 2017	Conselho Tutelar
P3	F	6	Primo	Setembro de 2016	Setembro de 2017	CPJ/DDM
P4	F e M	5(F) e 7(M)	Filho da vizinha (adolescente)	Agosto de 2017	Setembro de 2017	CPJ/DDM
P5	F	8	Tio da genitora da criança	Abril de 2017	Setembro de 2017	CPJ/DDM
P6	F	4	Pai	Agosto de 2016	Maio de 2017	Conselho Tutelar
P7	F	5	Pai	Janeiro de 2018	Março de 2017	Conselho Tutelar
P8	F	7	Companheiro da avó materna	Março de 2017	Abril de 2017	CPJ/DDM
P9	F	4	Companheiro da avó paterna	Janeiro de 2018	Março de 2018	CPJ/DDM
P10	F	7	Avô paterno	Janeiro de 2017	Jan/2017 e Abr/2018	Conselho Tutelar
P11	F	7	Pai	Out/2015 e Abr/2016	Abril de 2016	CPJ/DDM
P12	F	11	Pai do irmão caçula da criança	Abril de 2018	Maio de 2018	Conselho Tutelar
P13	F	3	Ex-companheiro da mãe	Março de 2018	Maio de 2018	Conselho Tutelar

Fonte: a autora (2019).

Todas as participantes responderam aos instrumentos indicando crianças do sexo feminino como vítimas de abuso sexual. Uma das participantes (P4) teve o casal de filhos vitimados por abuso sexual pelo mesmo agressor, mas foi solicitada a apontar qual criança apresentou alterações de comportamento mais significativas, conforme descrito no procedimento de coleta de dados. Como relatou ter observado mais alterações de comportamento na filha, respondeu aos instrumentos RE-HSE-P, Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais e CBCL considerando apenas a menina,

tendo mencionado o filho no Roteiro de entrevista semiestruturado para responsáveis de crianças sobre a situação de abuso sexual, já que as duas crianças estavam juntas quando ocorreu o episódio de abuso.

Em relação às idades das crianças sobre as quais as mães relataram nos instrumentos, elas tinham entre três e onze anos, sendo que a média de idade para a amostra foi de 6,2 anos. Todas as mães relataram que os abusos sexuais foram cometidos por pessoas do sexo masculino. Os agressores mencionados pelas participantes eram próximos às famílias, sendo que 11 agressores possuíam algum grau de parentesco com as crianças ou com familiares delas. Os outros dois agressores, apesar de não serem familiares, também mantinham proximidade com as crianças, sendo um deles motorista da perua escolar da criança (P1) e o outro era filho de uma vizinha, que cuidava da sogra da participante (P4), com a qual a família possuía proximidade. Desse modo, em relação ao agente violador os abusos ocorreram de modo intrafamiliar e intrarrede social.

Em todos os casos houve o registro do boletim de ocorrência pelas famílias das crianças e o registro ocorreu no mesmo mês de descoberta do abuso. Sete mães relataram ter procurado o CREAS por orientação da Central de Polícia Judiciária (CPJ) ou pela Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) e as outras seis informaram que foram encaminhadas ao CREAS pelo Conselho Tutelar do município. As participantes P1 até a P10 estavam em acompanhamento no CREAS A e as participantes P11 a P13 estavam em acompanhamento no CREAS B, conforme descrito no percurso amostral.

Quanto ao intervalo de tempo entre o registro do boletim de ocorrência e a entrada no CREAS, duas mães deram entrada no mesmo mês do registro (P10 e P11), quatro mães (P1, P4, P8 e P12) deram entrada no CREAS no mês seguinte ao registro, quatro mães (P2, P7, P9 e P13) deram entrada no CREAS até dois meses após o registro do boletim de ocorrência e as outras três mães deram entrada com intervalos maiores, de quatro meses (P5), oito meses (P6) e 12 meses (P3).

A P3, que foi quem apresentou maior intervalo de tempo entre a realização do boletim de ocorrência e entrada no CREAS, informou que quando registrou o boletim foi orientada pela Delegacia de Defesa da Mulher do município a procurar o CREAS, porém, só compareceu ao serviço um ano depois, após ser intimada na Delegacia para realização do termo de declarações³, enquanto testemunha no inquérito envolvendo a filha, quando foi novamente

³ Termo de declarações consiste no registro, realizado por profissionais da Polícia Judiciária, do depoimento de pessoas envolvidas em procedimentos policiais e tem o objetivo de instruir o inquérito para apuração de crime ou infração penal (COSTA, 2009).

orientada pela Delegacia a procurar o CREAS, momento em que ela deu entrada no serviço. De maneira semelhante, a P6 realizou o registro do boletim de ocorrência, mas só procurou o CREAS após ser orientada pelo Conselho Tutelar, que realizou o encaminhamento quanto à necessidade de acompanhamento psicossocial devido à ocorrência de violação de direitos com a criança.

A P10 apresentou duas datas de entrada no CREAS porque foi inicialmente encaminhada ao serviço em janeiro de 2017, após o registro do boletim de ocorrência, quando passou por acompanhamento no CREAS até o caso ser encerrado em outubro de 2017. No entanto, houve a retomada do acompanhamento em abril de 2018, após o CRAS da região de residência da família ter acionado o CREAS porque a participante informou naquele serviço que o pai da criança estava permitindo o contato da menina com o agressor, que era o avô paterno da criança. Assim, ocorreu uma nova entrada no CREAS, quando foi retomado o acompanhamento pela rede de proteção social especial e houve o convite para participação na pesquisa. Já a P11 apresentou duas datas de registro de boletim de ocorrência, pois no ano seguinte ao primeiro relato da filha, a criança fez outra menção a situações abusivas por parte do genitor.

Desse modo, algumas mães participaram da pesquisa com intervalo de tempo maior após a ocorrência do abuso, conforme apresentado no Quadro 03, que contém os dados sobre o intervalo de tempo entre a ocorrência do abuso relatado pela mãe e a sua participação na pesquisa, sendo considerada a data inicial da aplicação dos instrumentos para o cálculo desse intervalo. O Quadro 3 também apresenta o número de dias que foi necessário para a aplicação dos instrumentos em cada participante.

Quadro 3. Dados sobre o intervalo de tempo entre a ocorrência do abuso, a participação na pesquisa e o número de dias para aplicação dos instrumentos

Participante	Intervalo abuso/aplicação inicial	Nº de dias de aplicação
P1	Dois meses	Um dia
P2	Dois meses	Três dias
P3	Doze meses	Um dia
P4	Dois meses	Um dia
P5	Seis meses	Um dia
P6	Dezessete meses	Um dia
P7	Dois meses	Dois dias
P8	Doze meses	Dois dias
P9	Três meses	Um dia
P10	Quinze meses	Um dia
P11	Vinte e sete meses	Um dia
P12	Três meses	Um dia
P13	Quatro meses	Um dia

Fonte: a autora (2019).

Das 13 participantes, 10 responderam aos instrumentos em um único dia. Duas participantes (P7 e P8) responderam aos instrumentos em dois dias e a outra participante (P2), em três dias. O tempo médio de aplicação dos seis instrumentos foi de duas horas e trinta minutos. O intervalo de tempo entre a ocorrência do abuso e o início da aplicação dos instrumentos variou de dois meses a 27 meses. A maior parte da amostra respondeu aos instrumentos até seis meses após a ocorrência do abuso (P1, P2, P4, P5, P7, P9, P12 e P13), duas responderam 12 meses após a ocorrência (P3 e P8), uma após 15 meses (P10), outra após 17 meses (P6) e a participante que teve o maior intervalo entre a ocorrência do abuso da criança e a participação na pesquisa, foi de 27 meses (P11).

Quanto ao acompanhamento das participantes por serviços de saúde, conforme mencionado pelas participantes na seção de dados demográficos do Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais, no momento da pesquisa nenhuma delas estava em acompanhamento psiquiátrico ou psicológico. Porém, algumas participantes relataram nas questões do roteiro de entrevista sobre o abuso sexual que já haviam passado por acompanhamento, como a P11 que realizou acompanhamento psicológico após a filha fazer o primeiro relato de abuso em relação ao pai, pois teve uma crise de pânico e procurou ajuda. A P12 fez acompanhamento psicológico e psiquiátrico no CAPS AD devido ao uso de substâncias psicoativas, porém, não estava mais em acompanhamento durante a participação na pesquisa e afirmou que estava abstinente há dois anos. A P7, apesar de não ter feito acompanhamento psicológico, relatou que procurou um amigo que estudava Psicologia para pedir orientação diante da maneira que estava se sentindo logo quando soube do abuso da filha e sobre o que fazer quanto ao ocorrido. A P8 participou de um grupo desenvolvido por uma universidade local no espaço do CREAS, que trabalhava questões relacionadas à ocorrência do abuso sexual por meio do atendimento grupal das crianças que sofreram violência sexual e de seus responsáveis, atendidos em dois grupos separados.

5.2 Resultados gerais

A Tabela 1 contém os dados gerais das respostas aos instrumentos CBCL, RE-HSE-P, BAI e BDI-II e as classificações correspondentes. Na primeira coluna foi apresentada a classificação geral das participantes, considerando as respostas obtidas no CBCL, pois foi o critério utilizado para dividir a amostra em dois grupos, de modo que as participantes

classificadas como do grupo clínico mencionaram crianças com classificações clínicas em pelo menos uma das escalas do CBCL e as participantes classificadas como do grupo não clínico mencionaram crianças que não tiveram classificações clínicas nas escalas do CBCL. Os dados do CBCL são referentes aos escores-T para as escalas de problemas de comportamento internalizantes, problemas de comportamento externalizantes e problemas totais. Os dados do RE-HSE-P apresentados na Tabela 1 são referentes ao número de itens de conteúdo em habilidades sociais educativas parentais, práticas educativas negativas, variáveis de contexto, habilidades sociais infantis e problemas de comportamento infantil. A classificação entre clínico e não clínico no RE-HSE-P foi obtida conforme descrito no manual do instrumento. Os dados do BAI e do BDI-II são referentes aos escores totais obtidos nos instrumentos e a divisão entre clínico e não clínico teve como base as classificações dos manuais, conforme descrito na seção de tratamento e análise de dados.

Tabela 1 - Descrição geral dos resultados do CBCL, RE-HSE-P, BAI e BDI-II e a classificação entre clínico (C) e não clínico (NC)

	Classif.	CBCL	CBCL	CBCL	RE-HSE-P	RE-HSE-P	RE-HSE-P	RE-HSE-P	RE-HSE-P	BAI	BDI-II
	Geral	Inter.	Exter.	Total	Hse-p	Pr Neg	Cont	Hs	Queixa probl.	Ansiedade	Depressão
P1	NC	59 (NC)	58 (NC)	58 (NC)	14 (NC)	<u>09 (C)</u>	25 (NC)	14 (NC)	<u>09 (C)</u>	05 (NC)	11 (NC)
P2	C	<u>66 (C)</u>	<u>72 (C)</u>	<u>72 (C)</u>	<u>05 (C)</u>	<u>10 (C)</u>	10 (NC)	12 (NC)	<u>16 (C)</u>	<u>36 (C)</u>	<u>32 (C)</u>
P3	C	<u>66 (C)</u>	<u>61 (C)</u>	<u>64 (C)</u>	<u>04 (C)</u>	<u>09 (C)</u>	18 (NC)	14 (NC)	05 (NC)	12 (NC)	15 (NC)
P4	C	58 (NC)	<u>65 (C)</u>	<u>67 (C)</u>	<u>08 (C)</u>	<u>15 (C)</u>	17 (NC)	13 (NC)	06 (NC)	<u>29 (C)</u>	<u>38 (C)</u>
P5	C	<u>66 (C)</u>	53 (NC)	<u>63 (C)</u>	<u>08 (C)</u>	<u>08 (C)</u>	12 (NC)	13 (NC)	01 (NC)	04 (NC)	<u>32 (C)</u>
P6	C	<u>71 (C)</u>	56 (NC)	<u>68 (C)</u>	10 (NC)	03 (NC)	13 (NC)	13 (NC)	03 (NC)	10 (NC)	<u>25 (C)</u>
P7	NC	43 (NC)	37 (NC)	37 (NC)	12 (NC)	04 (NC)	21 (NC)	17 (NC)	<u>07 (C)</u>	01 (NC)	04 (NC)
P8	NC	50 (NC)	49 (NC)	54 (NC)	<u>06 (C)</u>	<u>09 (C)</u>	<u>09 (C)</u>	16 (NC)	03 (NC)	02 (NC)	10 (NC)
P9	NC	51 (NC)	56 (NC)	56 (NC)	11 (NC)	<u>10 (C)</u>	20 (NC)	23 (NC)	06 (NC)	09 (NC)	14 (NC)
P10	NC	56 (NC)	51 (NC)	57 (NC)	<u>06 (C)</u>	<u>06 (C)</u>	19 (NC)	13 (NC)	05 (NC)	07 (NC)	16 (NC)
P11	NC	50 (NC)	41 (NC)	51 (NC)	15 (NC)	<u>12 (C)</u>	21 (NC)	27 (NC)	03 (NC)	00 (NC)	01 (NC)
P12	C	<u>61 (C)</u>	58 (NC)	<u>63 (C)</u>	<u>05 (C)</u>	05 (NC)	16 (NC)	11 (NC)	06 (NC)	08 (NC)	19 (NC)
P13	NC	43 (NC)	51 (NC)	51 (NC)	<u>08 (C)</u>	03 (NC)	16 (NC)	16 (NC)	06 (NC)	06 (NC)	09 (NC)

Fonte: a autora (2019).

Todas as participantes tiveram pelo menos um item de resposta aos instrumentos classificado como clínico, valores que se encontram em destaque com grifos na Tabela 1 para facilitar a visualização. Quanto aos problemas de comportamento das crianças nas escalas do CBCL sete crianças da amostra apresentaram escores não clínicos e as seis demais crianças apresentaram problemas em pelo menos uma das escalas. Na escala de problemas internalizantes, cinco participantes tiveram dados pontuados como clínicos; na escala de problemas externalizantes, três participantes tiveram dados pontuados como clínicos e na escala de problemas de comportamento total, houve pontuação clínica para seis participantes. Das crianças com indicadores clínicos, duas delas apresentaram problemas internalizantes e

externalizantes em comorbidade. Já pelo RE-HSE-P apenas três participantes apresentaram respostas classificadas como níveis clínicos para problemas de comportamento infantil ao mencionarem sobre os filhos no instrumento.

De acordo com a Tabela 1, verifica-se alta frequência de respostas clínicas para práticas educativas, seja para as habilidades sociais educativas parentais, em que oito participantes apresentaram níveis clínicos seja quanto às práticas educativas negativas, em que nove participantes apresentaram níveis clínicos. Já as variáveis de contexto foram não clínicas para 12 participantes, indicando boa variabilidade nas interações sociais entre as mães e as crianças. A maioria das crianças apresentou, segundo o relato das mães, bons escores de habilidades sociais. Para queixas de problemas de comportamento apenas três crianças apresentaram classificações clínicas, ainda segundo o relato das mães.

Em relação ao BAI e ao BDI- II, houve maior ocorrência de classificações não clínicas em relação a clínicas, sendo que duas mães pontuaram como clínicas para sintomas de ansiedade (BAI) e quatro mães pontuaram como clínicas para sintomas de depressão (BDI-II). As duas mães que tiveram classificações clínicas no BAI também apresentaram classificações clínicas no BDI-II.

A seguir é apresentada a descrição dos resultados da Tabela 1 para cada uma das participantes em relação aos dados do CBCL, RE-HSE-P, BAI e BDI-II. A P1 apresentou classificações clínicas apenas no RE-HSE-P, referente a práticas negativas e queixas de problemas de comportamento, nos demais itens do instrumento, assim como no CBCL, BAI e BDI-II as classificações foram não clínicas. A P2 foi a participante que mais apresentou classificações clínicas nos instrumentos, pois no CBCL, BAI e BDI-II todas as classificações foram clínicas e no RE-HSE-P a participante só apresentou classificações não clínicas para variáveis de contexto e habilidades sociais infantis. A P3 apresentou classificações clínicas nas três escalas do CBCL e em habilidades sociais educativas parentais e em práticas educativas negativas no RE-HSE-P, nos demais itens deste instrumento, assim como no BAI e BDI-II as classificações foram não clínicas. A P4 apresentou classificações clínicas no BAI e BDI-II, nas escalas de problemas de comportamento do CBCL apenas para problemas internalizantes a classificação foi não clínica, sendo clínica para problemas de comportamento externalizantes e problemas de comportamento total, no RE-HSE-P as classificações foram clínicas para habilidades sociais educativas parentais e práticas educativas negativas, foram não clínicas as classificações para contexto, habilidades sociais infantis e queixas de problemas de comportamento. A P5 apresentou classificações clínicas no CBCL para as escalas de problemas

internalizantes e problemas totais, no RE-HSE-P as classificações foram clínicas para habilidades sociais educativas parentais, práticas educativas negativas e não clínicas para habilidades sociais e contexto, quanto à saúde mental a classificação no BAI foi não clínica e no BDI-II foi clínica. A P6 apresentou classificações clínicas no CBCL para problemas internalizantes e problemas totais, no BDI-II a classificação também foi clínica, as demais respostas da participante foram classificadas como não clínicas. A P7 apresentou apenas uma classificação clínica em queixas de problemas de comportamento no RE-HSE-P, os dados do CBCL, BAI e BDI-II foram classificados como não clínicos. A P8 apresentou classificações não clínicas nas três escalas de problemas de comportamento do CBCL, no BAI e no BDI-II, no RE-HSE-P os dados foram clínicos para habilidades sociais educativas parentais, práticas educativas negativas e contexto, sendo a única participante que teve classificação clínica no item de conteúdo referente às variáveis de contexto, para habilidades sociais e queixas de problemas de comportamento no RE-HSE-P as classificações foram não clínicas. A P9 apresentou classificação clínica apenas para práticas educativas negativas, as demais classificações no RE-HSE-P foram não clínicas, assim como no CBCL, BAI e BDI-II. A P10 apresentou classificações clínicas apenas em habilidades sociais educativas parentais e práticas educativas negativas, sendo os demais itens do RE-HSE-P classificados como não clínicos, do mesmo modo que o BAI e BDI-II. A P11 apresentou apenas uma classificação clínica em práticas educativas negativas, sendo os demais itens do RE-HSE-P, CBCL, BAI e BDI-II classificados como não clínicos. A P12 apresentou classificações clínicas nas escalas de problemas internalizantes e totais no CBCL, no RE-HSE-P houve classificação clínica apenas para habilidades sociais educativas parentais, sendo os demais itens do instrumento classificados como não clínicos, assim como no BAI e BDI-II. Por fim, a P13 apresentou classificação clínica apenas para habilidades sociais educativas parentais no RE-HSE-P, sendo que nos demais itens do instrumento as classificações foram não clínicas, do mesmo modo que no CBCL, BAI e BDI-II.

5.3 Resultados do Inventário de comportamentos da infância e adolescência (CBCL)

A Tabela 2 descreve as categorias de problemas de comportamento no CBCL comuns entre as versões do instrumento para pré-escolares e escolares e a frequência de ocorrência dessas categorias entre os grupos clínico, não clínico e na amostra total. Levando em conta essa divisão entre grupo clínico e não clínico, as categorias apresentadas na Tabela 2 de problemas

de comportamento internalizantes, externalizantes e totais, bem como as categorias sobre apresentar apenas problemas de comportamento internalizantes, apenas problemas de comportamento externalizantes ou apresentar concomitantemente problemas internalizantes e externalizantes, foram apresentadas somente por participantes com resultados clínicos pois pontuar nessas escalas era o critério para o resultado ser classificado como clínico. No entanto, as categorias referentes a problemas de comportamentos da escala do CBCL, a partir da escala com escores para síndromes, que incluía as categorias de ansiedade/depressão, complicações somáticas, problemas com atenção e comportamento agressivo, assim como as categorias referentes a problemas de comportamentos da escala do CBCL a partir do DSM, que incluía os problemas afetivos, problemas de ansiedade, déficit de atenção e hiperatividade e problemas de comportamento desafiador opositivo, também poderiam ser pontuadas por participantes com respostas classificadas como não clínicas.

Tabela 2 - Categorias de problemas de comportamento no CBCL e a frequência de ocorrência dessas categorias entre os grupos clínico, não clínico e na amostra total

Categorias CBCL	Clínicos (n= 6)	Não clínicos (n=7)	Total (n=13)
Ansiedade/depressão	3 (50%)	0	3 (23,1%)
Complicações somáticas	0	0	0
Problemas com atenção	3 (50%)	0	3 (23,1%)
Comportamento agressivo	1 (16,7%)	0	1 (7,7%)
Problemas afetivos	4 (66,7%)	0	4 (30,8%)
Problemas de ansiedade	2 (33,3%)	0	2 (15,4%)
Déficit de atenção/hiperatividade	3 (50%)	1 (14,3%)	4 (30,8%)
Desafiador opositivo	2 (33,3%)	0	2 (15,4%)
Internalizantes	5 (83,33%)	0	5 (38,5%)
Externalizantes	3 (50%)	0	3 (23,1%)
Totais	6 (100%)	0	6 (46,2%)
Só internalizantes	3 (50%)	0	3 (23,1%)
Só externalizantes	1 (16,7%)	0	1 (7,7%)
Internalizantes e externalizantes	2 (33,3%)	0	2 (15,4%)

Fonte: a autora (2019).

Os dados apresentados na Tabela 2 permitem observar que após a categoria totais de problemas de comportamento, preenchida por 46,2% da amostra e que englobava a ocorrência de respostas clínicas nas escalas de problemas internalizantes e/ou externalizantes, a ocorrência de problemas de comportamento internalizantes foi a mais frequente (38,5%), seguida pelas categorias de problemas afetivos (30,8%) e déficit de atenção/hiperatividade (30,8%). Os

problemas de comportamento externalizantes apareceram na sequência (23,1%), tendo a mesma frequência que as categorias ansiedade/depressão (23,1%) e problemas com atenção (23,1%). Essa mesma ocorrência foi verificada quanto à categoria de apenas problemas internalizantes (23,1%). Na sequência, está a ocorrência concomitante de problemas internalizantes e externalizantes (15,4%) e problemas de ansiedade (15,4%). A ocorrência mais baixa foi para a categoria de apenas comportamentos externalizantes (7,7%) e comportamento agressivo (7,7%). A única categoria de problema de comportamento do CBCL que não foi preenchida na amostra estudada foi a de complicações somáticas, que no instrumento englobava questões sobre pesadelos; constipação; tontura ou zonzeira; cansaço sem motivo; dores; dores de cabeça; náusea ou enjoos; problemas com os olhos (que não eram corrigidos com o uso de óculos); problemas de pele; dores de estômago ou de barriga; vômitos ou outros problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico. Apesar das participantes mencionarem a ocorrência de alguns desses problemas, nenhuma criança recebeu classificação clínica nessa escala, de acordo com o relato das mães. Na comparação da ocorrência de categorias de problemas de comportamento entre os grupos clínico e não clínico, houve apenas uma ocorrência no grupo não clínico, que foi referente a déficit de atenção/hiperatividade.

5.4 Resultados do roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (RE-HSE-P)

A Tabela 3 apresenta as médias de escores quanto à diversidade e frequência das respostas ao instrumento RE-HSE-P para os grupos clínico e não clínico, de acordo com critério do CBCL. As respostas, cujas médias de escores são apresentadas, foram: habilidades sociais educativas parentais (HSE-P), habilidades sociais (HS), contexto (CONT), práticas negativas (PRAT NEG), queixas de problemas de comportamento (PROBL), Total Positivo e Total Negativo.

Os dados da Tabela 3 indicam que no RE-HSE-P os totais positivos tanto para diversidade como para frequência, que incluíam as somatórias das médias de escores para as habilidades sociais educativas parentais (HSE-P), as habilidades sociais infantis (HS) e as variáveis de contexto (CONT), tiveram médias mais altas no grupo não clínico em comparação ao grupo clínico. Já o total negativo para diversidade e frequência, que incluíam as somatórias das médias de escores para práticas educativas negativas (PR NEG) e as queixas de problemas

de comportamento (PROBL), tiveram médias mais altas no grupo clínico em comparação ao não clínico. Assim, o grupo clínico apresentou médias de escores menores para aspectos positivos da interação e médias de escores maiores para os aspectos negativos da interação, ao contrário do grupo não clínico, que apresentou maiores médias para aspectos positivos da interação e médias menores para aspectos negativos da interação.

Tabela 3 - Apresentação das médias de escores quanto à diversidade e frequência das respostas ao instrumento RE-HSE-P para os grupos clínico e não clínico, de acordo com o critério do CBCL

Variáveis no RE-HSE-P	Clínicos	Não clínicos
HSE-P Diversidade	6,7	10,3
HSE-P Frequência	5,3	8,3
HS Diversidade	12,7	18,0
HS Frequência	8,8	8,7
CONT Diversidade	14,3	18,7
CONT Frequência	0,0	0,1
PRAT NEG Diversidade	8,3	7,6
PRAT NEG Frequência	3,5	2,3
PROBL Diversidade	6,2	5,6
PROBL Frequência	0,0	0,0
TOTAL Positivo Diversidade	36,0	50,1
TOTAL Positivo Frequência	14,2	17,1
TOTAL Negativo Diversidade	17,0	15,6
TOTAL Negativo Frequência	3,5	2,3

Fonte: a autora (2019).

5.5 Resultados do inventário de ansiedade de Beck (BAI) e inventário de depressão de Beck, segunda edição (BDI-II)

A Tabela 4 apresenta as médias de escores no BAI e no BDI-II para os grupos clínico e não clínico, de acordo com o critério do CBCL.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, as médias de escores para o grupo clínico foram maiores para os sintomas de ansiedade (16,5), aferidos por meio do BAI, e também para os sintomas de depressão (26,8), aferidos por meio do BDI-II, em comparação ao grupo não clínico que teve médias menores no BAI (4,3) e no BDI-II (9,3). Assim, quando considerados os resultados de saúde mental, enquanto sintomas de ansiedade e depressão, foi observada diferença entre os grupos clínico e não clínico quanto às médias de escores tanto no BAI como BDI-II, seguindo o critério do CBCL.

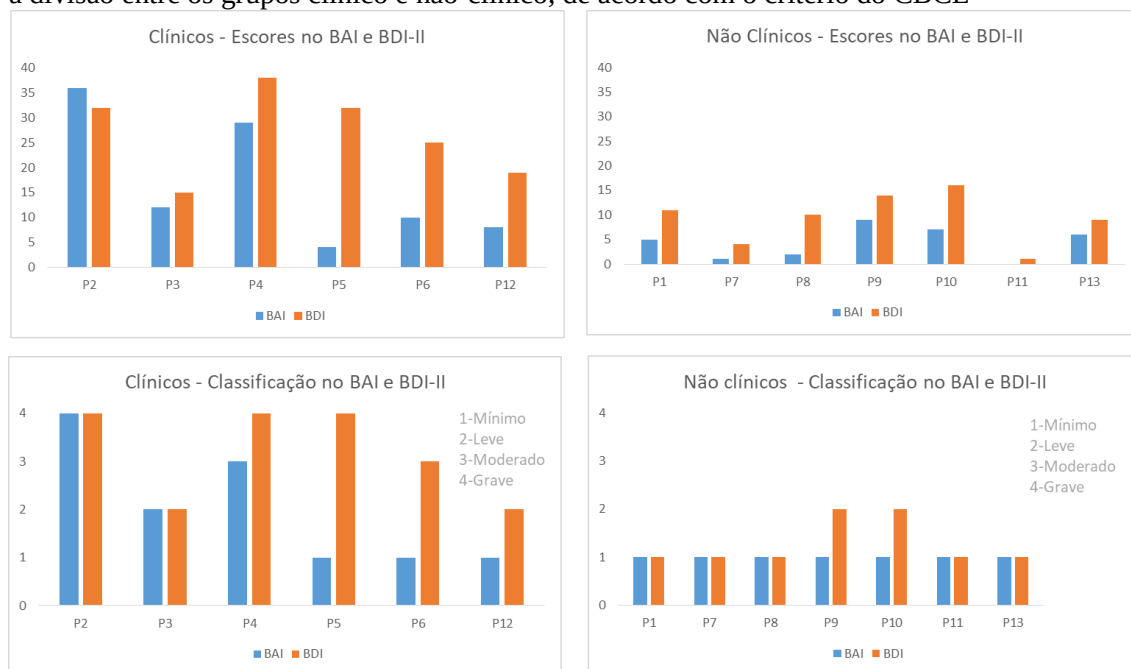
Tabela 4 - Apresentação das médias de escores dos grupos clínico e não clínico, de acordo com o critério do CBCL, nas respostas aos instrumentos BAI e BDI-II

BAI e BDI-II	Clínicos	Não clínicos
Escore BAI	16,5	4,3
Escore BDI-II	26,8	9,3

Fonte: a autora (2019).

Para facilitar a visualização dessa diferença, foi elaborada a Figura 1, na qual constam gráficos referentes aos resultados dos instrumentos BAI e BDI-II para os dois grupos, clínico e não clínico.

Figura 1 - Escores e classificações nos instrumentos BAI e BDI-II para cada participante considerando a divisão entre os grupos clínico e não-clínico, de acordo com o critério do CBCL



Fonte: a autora (2019).

De acordo com a Figura 1, é possível observar nos gráficos superiores os escores obtidos para cada participante nos instrumentos BAI e BDI-II e nos gráficos inferiores as classificações obtidas para cada participante nos instrumentos BAI e BDI-II. As participantes foram divididas de acordo com o grupo a qual pertenciam, clínico ou não clínico, seguindo o critério do CBCL. Na figura, as colunas da esquerda referem-se aos dados do BAI e as da direita, aos do BDI-II.

No grupo classificado como clínico pelo CBCL, ao considerar os dados do BAI apresentados na Figura 1, a P2 obteve escore 36 e classificação grave; a P3 apresentou escore 12 e classificação leve; a P4 teve escore 29 e classificação moderada; a P5 teve escore 4 e classificação mínima; a P6 obteve escore 10 e classificação mínima e a P12 teve escore 8 e

classificação mínima. Para o grupo classificado como não clínico pelo CBCL, ao considerar os dados do BAI, a P1 teve escore 5 e classificação mínima; a P7 teve escore 1 e classificação mínima; a P8 teve escore 2 e classificação mínima; a P9 teve escore 9 e classificação mínima; a P10 teve escore 7 e classificação mínima; a P11 teve escore 0 e classificação mínima e a P13 teve escore 6 e classificação mínima.

Para o grupo clínico, os dados do BDI-II apresentados na segunda coluna da Figura 1 indicam que a P2 teve escore 32 e classificação grave; a P3 apresentou escore 15 e classificação leve; a P4 obteve escore 38 e classificação grave; a P5 teve escore 32 e classificação grave; a P6 apresentou escore 25 e classificação moderada e a P12 apresentou escore 19 e classificação leve. Para o grupo não clínico, considerando os dados do BDI-II, a P11 teve escore 11 e classificação mínima; a P7 apresentou escore 4 e classificação mínima; a P8 obteve escore 10 e classificação mínima; a P9 teve escore 14 e classificação leve; a P10 apresentou escore 16 e classificação leve; a P11 teve escore 1 e classificação mínima e P13 teve escore 9 e classificação mínima.

Desse modo, o grupo classificado como clínico pelo critério do CBCL foi o único que teve participantes com classificações clínicas para os sintomas de ansiedade (P2 e P4) e depressão (P2, P4, P5 e P6), já que receberam classificações clínicas no BAI e no BDI-II as participantes que apresentavam níveis moderados e graves para esses sintomas.

5.6 Resultados do Checklist de habilidades sociais educativas e de práticas negativas para pais

Em relação aos dados do Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais, os 67 itens do instrumento foram divididos em duas tabelas. A Tabela 5 contém os itens referentes às práticas positivas e a Tabela 6 contém os itens referentes às práticas negativas. As tabelas descrevem as médias dos grupos clínico e não clínico e essa divisão entre dois grupos também levou em consideração a classificação no CBCL.

Tabela 5 - Apresentação das médias de escores entre os grupos clínico e não clínico, seguindo o critério do CBCL, nos itens de práticas positivas no Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais

Itens para práticas positivas	Média Clínico	Média Não Clínico
Conversa com seu filho sobre assuntos de interesse dele	1,8	1,9
Expressa sentimentos negativos a seu filho	0,7	0,4
Cumpe promessas	<u>1,0</u>	<u>1,6</u>
Estabelece limites	1,8	1,9

Você se arrepende de algo que tenha feito	0,8	0,4
Pede desculpas ao filho	1,0	1,1
Identifica comportamentos que aprova	1,3	1,7
Conversa com seu filho quando ele faz algo que desaprova	1,8	2,0
Ouve e responde questões sobre sexualidade	<u>0,0</u>	<u>0,9</u>
Atende a pedidos do filho	1,2	0,9
Conversa sobre problemas pessoais seus ou do seu filho	0,7	0,9
Aceita as desculpas do seu filho	1,8	1,9
Expressa opiniões	1,3	1,7
Dá atenção ao filho	2,0	1,9
Conversa sobre saúde/alimentação	1,8	1,7
Identifica comportamentos que desaprova	1,2	1,6
Solicita que o filho mude de comportamento	1,2	1,6
Pede para o filho se acalmar e/ou esperar	<u>1,8</u>	<u>1,1</u>
Diz não, com explicação	1,5	1,6
Monitora o comportamento do filho	<u>1,3</u>	<u>1,9</u>
Negocia	0,7	1,1
Faz perguntas	1,8	1,9
Conversa com o cônjuge na ausência do filho, acerca de sua educação	<u>0,3</u>	<u>0,9</u>
Brinca/ joga/canta/conta estória para o filho	1,7	1,7
Oferece orientações	1,7	2,0
Estabelece limites diante de descuido com o ambiente e/ou objetos	1,8	2,0
Estimula interações sociais com colegas/amigos	1,5	1,4
Dá explicações para ensinar certo e errado	2,0	2,0
Estabelece limite para ter controle do comportamento da criança	1,8	1,7
Estimula que a criança faça algo	1,5	1,6
Incentiva	1,7	2,0
Agradece	2,0	2,0
Sente-se bem ao estabelecer limites	<u>1,0</u>	<u>1,9</u>
Oferece explicações e fala das consequências do comportamento quando o filho faz algo errado	1,5	1,9
Estabelece regras	1,8	1,6
Faz elogios ao seu filho	2,0	2,0
Diz que ama/que gosta do filho	2,0	2,0
Agrada o filho	2,0	2,0
Ouve e aceita críticas do filho	1,2	1,1
Demonstra contentamento	1,7	1,9
Ouve a opinião do cônjuge com relação à educação do filho	0,7	1,0
Beija/abraça	2,0	2,0
Considera que o casal pensa semelhante quanto à educação do filho	0,5	1,1
Desculpa-se na interação com o cônjuge e/ou muda de comportamento quando erra	0,5	0,9
Faz carinhos	1,7	2,0
Faz com que o filho obedeça à ordem dada	1,5	1,4
Ensina como o filho deve fazer algo	2,0	1,7
Cumpre ameaça feita	<u>0,5</u>	<u>1,0</u>
Pega no colo, na mão, toca o filho, fica perto	2,0	2,0
Valoriza quando o filho faz algo que aprova	2,0	2,0
Estabelece rotina semanal para a criança	<u>0,8</u>	<u>1,3</u>

Fonte: a autora (2019).

Dos 51 itens que foram apresentados na Tabela 5 como práticas positivas, 30 itens tiveram médias de escores mais altos no grupo não clínico em comparação ao grupo clínico, ou seja, o grupo não clínico apresentou maior frequência de práticas positivas em comparação ao

grupo clínico considerando as médias de escores para esses 30 itens. Nove itens tiveram médias iguais entre o grupo clínico e o grupo não clínico (Itens: Brinca/ joga/canta/conta estória para o filho; Dá explicações para ensinar certo e errado; Agradece; Faz elogios ao seu filho; Diz que ama/que gosta do filho; Agrada o filho; Beija/abraça; Pega no colo, na mão, toca o filho, fica perto; Valoriza quando o filho faz algo que aprova). Outros 12 itens tiveram médias de escores maiores no grupo clínico em comparação ao não clínico (Itens: Expressa sentimentos negativos a seu filho; Você se arrepende de algo que tenha feito; Atende a pedidos do filho; Dá atenção ao filho; Conversa sobre saúde/alimentação; Pede para o filho se acalmar e/ou esperar; Estimula interações sociais com colegas/amigos; Estabelece limite para ter controle do comportamento da criança; Estabelece regras; Ouve e aceita críticas do filho; Faz com que o filho obedeça à ordem dada; Ensina como o filho deve fazer algo).

As médias que tiveram diferença de escores iguais ou maiores do que 0,5 entre os dois grupos foram destacadas com grifos na Tabela 5 para facilitar a visualização, uma vez que foram os itens que mais diferenciaram os grupos clínico e não clínico para as práticas positivas: “Cumpre promessas”, “Ouve e responde questões sobre sexualidade”, “Monitora o comportamento do filho”, “Conversa com o cônjuge na ausência do filho, acerca de sua educação”, “Sente-se bem ao estabelecer limites”, “Cumpre ameaça feita” e “Estabelece rotina semanal para a criança” tiveram médias de escores iguais ou superiores a 0,5 para o grupo não clínico. O único item que teve média de escore 0,5 maior no grupo clínico em comparação ao não clínico foi: “Pede para o filho se acalmar e/ou esperar”.

A Tabela 6 apresenta as médias de escores entre os grupos clínico e não clínico, seguindo o critério do CBCL, nos itens de práticas negativas no Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais.

Dos 16 itens que foram apresentados na Tabela 6 como práticas negativas, 13 tiveram escores médios mais altos para o grupo clínico em comparação ao grupo não clínico, ou seja, o grupo clínico apresentou maior frequência de práticas negativas em comparação ao grupo não clínico considerando os escores médios para esses 13 itens. Um item teve escore médio igual entre o grupo clínico e não clínico (Ameaça retirar privilégios/bater). Dois itens tiveram escores médios mais altos para o grupo não clínico (Itens: Briga/dá bronca/ fica bravo/xinga/grita e Retira privilégios).

Tabela 6 - Apresentação das médias de escores entre os grupos clínico e não clínico, seguindo o critério do CBCL, nos itens de práticas negativas no Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais

Itens para práticas negativas	Média Clínico	Média Não Clínico
Briga/dá bronca/ fica bravo/xinga/grita	0,8	1,1
Fica quieto e/ou sai da situação quando o filho faz algo que aprova	0,7	0,3
Ameaça retirar privilégios/bater	1,0	1,0
Briga quando o filho faz algo que aprova	0,7	0,3
Retira privilégios	1,0	1,1
Bate	0,2	0,0
Fica quieto e/ou sai da situação quando o filho faz algo que desaprova	0,3	0,0
Briga quando o filho faz algo que desaprova	1,7	1,4
Quebra brinquedos e/ou os tira à força	0,2	0,0
Sente-se mal ao estabelecer limites	<u>1,3</u>	<u>0,3</u>
Conversa com o cônjuge na presença do filho, acerca de sua educação	0,7	0,4
Impõe opiniões	1,0	0,7
Coloca de castigo	<u>1,2</u>	<u>0,6</u>
Considera que o casal pensa diferente quanto à educação do filho	<u>1,0</u>	<u>0,1</u>
Cônjuge é agressivo	<u>0,7</u>	<u>0,0</u>
Diz não, sem dar explicação	<u>1,0</u>	<u>0,3</u>

Fonte: a autora (2019).

As médias que tiveram diferença de escores iguais ou maiores do que 0,5 entre os dois grupos foram destacadas com grifos na Tabela 6 para facilitar a visualização, uma vez que foram os itens que mais diferenciaram os grupos clínico e não clínico para as práticas negativas: “Sente-se mal ao estabelecer limites”, “Coloca de castigo”, “Considera que o casal pensa diferente quanto à educação do filho”, “Cônjuge é agressivo” e “Diz não, sem dar explicação” foram os itens que tiveram médias de escore com diferença igual ou maior a 0,5 para o grupo clínico em relação ao não clínico. Não houve nenhum item de práticas negativas no Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais com média de escore igual ou maior a 0,5 no grupo não clínico em comparação ao grupo clínico.

Assim, no Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais foram observadas diferenças entre os grupos clínico e não clínico, de acordo com o critério do CBCL, em relação à ocorrência de práticas positivas e negativas entre esses dois grupos.

5.7 Resultados do Roteiro de entrevista semiestruturado para responsáveis de crianças sobre a situação de abuso sexual

Para analisar as respostas dadas pelas participantes às questões do Roteiro de entrevista semiestruturado para responsáveis de crianças sobre a situação de abuso sexual foram utilizados eixos e subeixos temáticos, conforme descrito na seção de procedimentos de tratamento e

análise de dados. Dessa forma, com base nas similaridades temáticas entre as questões do roteiro de entrevista foram criados cinco eixos temáticos: 1. Ação do agressor; 2. Ocorrência do abuso; 3. Reação da criança diante do abuso; 4. Relação entre a criança e a mãe e 5. Impacto do abuso para a mãe. As 26 questões do roteiro de entrevista foram transformadas em subeixos temáticos, conforme apresentado na Tabela 7. Os eixos 1; 2; 3 e 4 possuíam três subeixos e o eixo 5 possuía nove subeixos, o que é justificado pelo fato de ser o subeixo que se refere à questão do impacto do abuso sexual para a responsável e a pesquisa teve como participantes mães de crianças que sofreram abuso.

Tabela 7. Eixos e subeixos temáticos utilizados na análise do Roteiro de entrevista semiestruturado para responsáveis de crianças sobre a situação de abuso sexual

Eixos Temáticos	Subeixos Temáticos
1. Ação do agressor	Existência de proximidade com a mãe e a vítima (Perguntas 1 e 2) Conduta do agressor em relação à criança (Pergunta 8) Comportamentos que levantaram suspeita (Pergunta 9)
2. Ocorrência do abuso	Como o abuso foi descoberto (Pergunta 3) Maneira que aconteceu o abuso (Perguntas 4, 5 e 6) Razões para acreditar ou não no relato da criança (Pergunta 13)
3. Reação da criança diante do abuso	Como a criança reagiu (Pergunta 7) Para quem fez o primeiro relato (Pergunta 10) Alterações de comportamento ou de humor (Pergunta 16)
4. Relação entre a criança e a mãe	Relacionamento da criança com a mãe (Pergunta 21) Como ficou o relacionamento após o abuso (Pergunta 23) Como é conversar sobre sexualidade com a criança (Pergunta 22)
5. Impacto do abuso para a mãe	Maneira que se sentiu ao tomar conhecimento (Pergunta 11) Reação diante da descoberta do abuso (Perguntas 12 e 14) Acredita que poderia ter feito algo de diferente (Pergunta 15) Fez contato com agressor após saber do abuso (Pergunta 17) Houve suporte de amigos e familiares (Perguntas 18 e 19) Possui histórico de violência sexual (Pergunta 20) Acredita que poderia ter evitado o abuso (Pergunta 24) Maior dificuldade enfrentada diante do abuso (Pergunta 25) Como está diante do que aconteceu (Pergunta 26)

Fonte: a autora (2019)

5.7.1 Eixo temático 1: ação do agressor

5.7.1.1 Subeixo temático: existência de proximidade com a mãe e a vítima

Na amostra da pesquisa a maior parte dos agressores tinha contato com as mães e a família das vítimas, pois das 13 participantes apenas a P1 não conhecia o agressor. Ela informou que não possuía contato com a pessoa que praticou o abuso contra a filha dela, que era o motorista da perua escolar da criança. Quando ela tomou conhecimento do ocorrido, pensou que quem havia praticado a violência era o motorista anterior, que o marido dela havia conhecido quando contratou o serviço de transporte escolar. Porém, ao procurarem o dono da frota para comunicar a situação, souberam que houve a mudança do motorista e não havia mais a presença da senhora que antes acompanhava as crianças no transporte, sem que a P1 ou o marido tivessem sido informados sobre essa alteração.

A P2 possuía proximidade com o agressor, pois ele era o companheiro de sua genitora, portanto, padrasto da P2. Ela informou que até então considerava a relação que possuía com ele como de pai e filha, de respeito. Ele costumava frequentar a casa da P2, juntamente com a mãe dela.

No caso da P3, o autor do abuso também pertencia à família. Ele era um sobrinho, que estava residindo na casa dela e com quem ela relatou que tinha boa convivência. Ele era procedente de outro estado, assim como a P3, mudou-se para a cidade em que ela morava e foi residir na casa dela.

A P4 afirmou que possuía vínculo com o agressor, pois a mãe do adolescente que cometeu o abuso era uma vizinha que cuidava da sogra da P4 e que frequentava a casa da participante, juntamente com filho, por quem a P4 disse que *tinha um carinho como se fosse um sobrinho, um primo*. Assim, a P4 afirmou que o contato era frequente com o adolescente e a genitora dele.

Apesar da P5 informar que não possuía vínculo com o autor do abuso, eles se conheciam porque ele era ex-marido de uma tia materna dela. Eles às vezes tinham contato quando a participante levava a filha para ficar sob os cuidados de uma prima da P5, que era filha do agressor, morava na mesma casa que ele e era paga para cuidar da criança. Ele geralmente não estava no local quando a P5 deixava a filha, mas quando estava apenas se cumprimentavam e só conversavam o necessário.

A P6 disse que possuía vínculo com o agressor porque se relacionou com ele durante oito anos. Ele é o pai da criança que sofreu o abuso, que é a filha caçula da P6. Quando a situação ocorreu eles ainda residiam juntos. Sobre o contato entre eles, disse que ocorriam brigas e discussões, pois ele fazia uso de bebida alcoólica, principalmente aos finais de semana. De acordo com a P6, não ocorriam agressões físicas e ela acabava se mostrando *mais brava* ao pedir para o então companheiro parar de fazer uso de álcool e alertá-lo de que havia criança na casa, motivo pelo qual considerava que não deveriam discutir.

A P7 informou que já não possuía vínculo afetivo com o agressor, mas relatou que eles foram casados por 16 anos e estavam separados há três quando houve a situação. Em relação ao contato que mantinha com ele, disse que era geralmente nos dias de visita para saber onde levaria ou buscaria a filha, que foi quem sofreu o abuso, ou para tratar de algum assunto referente à criança e o irmão mais velho, filhos que eles tinham em comum.

A P8 disse considerar que não possuía vínculo afetivo com quem praticou o abuso sexual, que era marido da mãe da P8, ou seja, padrasto da participante. No entanto, ela relatou que antes do ocorrido o contato entre eles *era contato normal, de família mesmo*.

Para a P9 ela também não possuía vínculo com o agressor, que era o namorado da avó paterna da criança há poucos meses. A participante considerava que o contato dela com ele era superficial, *só aquela coisa de se encontrar de vez em quando*, por causa da sogra, porém, informou que ele era *uma pessoa aparentemente agradável*.

A P10 relatou que o vínculo com o agressor era porque ele era o pai do ex-marido dela e avô paterno da filha. Ela contou que ele buscava e levava a criança nos dias de visita e até então ela tinha confiança nele. Eles mantinham contato e geralmente conversavam por telefone, ela questionava se ele poderia buscar a criança e ele também perguntava se a criança poderia ir para a casa dos avós paternos.

No caso da P11 o agressor era o pai da filha dela, mas a participante e ele já não mantinham vínculo quando a situação de abuso ocorreu, pois relatou que estavam separados há três anos e *com o contato já bem simplificado*. Esse contato entre eles ocorria apenas por mensagens e a P11 informou que não era muito amigável, atribuindo ao diagnóstico clínico dele, de bipolaridade e ansiedade generalizada, a dificuldade no diálogo.

Para a P12 havia vínculo com o agressor da filha porque eles tiveram um filho juntos. Ela informou que já o conhecia há bastante tempo, pois moravam na mesma vizinhança, mas nunca estiveram em um relacionamento ou tiveram um compromisso entre eles. O contato que mantinham na época era dele ir até a casa da P12 para visitar o filho pequeno.

A P13 relatou que não possuía mais vínculo com o autor do abuso e que o contato entre os dois ocorria apenas na hora em que ela entregava as crianças para ficar sob os cuidados dele. A P13 contou que ele já havia sido esposo dela e que, apesar das meninas serem filhas biológicas apenas da P13, ele registrou as crianças, razão pela qual passavam o final de semana com ele.

Assim, é possível notar que mesmo as mães que afirmaram não possuir vínculo afetivo com os agressores, já os conheciam ou tinham contato com eles, com exceção da P1. Porém, apesar da P1 não possuir contato com o agressor, ele era uma pessoa que tinha facilidade de acesso à criança, devido ao trajeto que realizava da escola até à casa da família como motorista do transporte escolar.

5.7.1.2 Subeixo temático: conduta do agressor em relação à criança

A P1 inicialmente relatou não saber informar se o agressor sempre agiu da mesma forma em relação à criança, mas depois disse acreditar que na semana em que ocorreu o abuso houve uma mudança porque *ele teve uma oportunidade e ele fez*, já que a filha dela, que até então era a penúltima criança a ser levada para casa, passou a ser deixada por último pela perua escolar.

De acordo com a P2, ela nunca havia percebido nada quanto à ação do companheiro da mãe em relação à criança. A P3 disse que o sobrinho sempre agiu da mesma forma com a filha dela. A P4 também afirmou que o adolescente agressor sempre agiu da mesma maneira em relação aos filhos dela.

Para a P5 havia situações em que o agressor tinha uma postura diferente quando ela estava por perto, mas informou que ela só se atentou para isso após tomar conhecimento do abuso da filha. Conforme informou, nas situações em que ela estava junto com a criança, que

ficava sob os cuidados da prima da P5, o agressor a *evitava, ele saía, ia andar ou ia para o quarto dele*.

A P6 relatou que o pai da filha dela sempre foi carinhoso, brincava e conversava com a criança. Porém, ressaltou que isso ocorria na presença dela, durante o período em que ainda estavam juntos.

Na opinião da P7, o pai da criança sempre teve atitudes com as quais ela não concordava, como ser extremamente protetor e não corrigir a filha, o que dava à participante a impressão de que ele tinha um sentimento de posse com a criança. Além disso, o tratamento dele em relação à filha era distinto comparado ao tratamento que dispensava ao filho, pois com o filho mais velho *ele era diferente, se ele comprava as coisas, ele comprava só para ela, ele negava até comida para ele*, segundo informou a P7.

A P8 contou que o agressor, companheiro da mãe dela, sempre agiu da mesma forma com a criança. Ela relatou que ele era carinhoso, dava presentes, nunca brigava com a menina *e era muito difícil quando ele chamava a atenção*. A P8 notou que os presentes ficaram mais frequentes quando a filha ficou maior e, diferente da mãe dela (avó materna da criança), ele sempre presenteava a menina.

Para a P9 o agressor, que era o namorado da avó paterna da criança, sempre agiu da mesma maneira e se mostrava agradável com os três filhos dela. A P9 contou que *ele sempre tinha desenho, lápis, sempre abraçava e tudo, tratava bem, normal*. Quanto a isso a participante relatou: *Mas até onde a gente sabe é típico assim, né? De uma pessoa que abusa de criança tratar bem e a gente não espera. Então ele sempre agiu normal*.

A P10 inicialmente disse que não sabia se o agressor sempre agiu da mesma forma, porque ela não acompanhava as visitas da filha ao avô paterno. Mas ao relatar sobre a postura do avô com a criança disse que não notou mudança na maneira dele agir, o que justificou que poderia ser pelo fato de que ela *tinha aquela confiança nele*.

A P11 disse que o agressor, pai da criança, sempre agiu da mesma forma com relação à filha.

Para a P12 o autor do abuso também sempre agiu da mesma forma em relação à criança. Ela contou que ele, com quem teve um filho, ia à casa da P12 para visitá-lo e às vezes chamava

a outra filha dela, que sofreu o abuso, para buscar materiais recicláveis com ele. A menina passou a dizer que não queria ir mais, mas a P12 não notou mudança na ação dele.

A P13 igualmente relatou que o agressor sempre agiu da mesma maneira em relação à criança e que ela nunca notou nada de diferente.

Portanto, apenas duas mães relataram acreditar que houve mudança na ação do agressor. A P1 considerava que a mudança se deu na semana em que ocorreu o abuso, já que houve alteração na rota do transporte escolar da filha. A P5 relatou que após saber do ocorrido, lembrou que o agressor evitava se aproximar quando ela estava junto com a filha. Já a P7 não relatou mudanças na maneira de agir do ex-marido em relação à criança, mas disse que não concordava com a maneira com a qual ele lidava com a filha, aparentando sentimento de posse na opinião da P7.

Desse modo, pelo relato das mães há a informação de que na opinião delas a maior parte dos agressores sempre agiu da mesma forma em relação às crianças que foram vítimas do abuso. Algumas participantes buscaram justificar tal fato, pois a P9 relatou que considerava a ação do agressor, enquanto uma pessoa aparentemente agradável e que tratava bem aos filhos dela, como uma ação típica de quem pratica abusos sexuais, já que ele buscava agradar as crianças, por exemplo, com desenhos e lápis, de modo que a família não imaginava a possibilidade de que ele pudesse praticar o abuso. Esses agrados também ocorreram no caso na P8, pois o agressor mostrava-se carinhoso com a criança, dava presentes e não chamava a atenção da menina. Já a P10 disse que talvez não tivesse notado mudanças na ação do agressor em relação à filha dela pela confiança que até então possuía no avô paterno da criança.

5.7.1.3 Subeixo temático: comportamentos que levantaram suspeita

Apesar das participantes, no geral, não terem notado mudanças na ação dos agressores em relação às crianças, quando questionadas se lembravam de situações que estranharam ou que consideraram suspeitas, a maioria mencionou situações, geralmente sobre as quais houve uma percepção diferente após a descoberta do abuso.

A P1 informou que não tinha conhecimento de situações suspeitas porque nunca havia tido contato com o agressor.

A P2 respondeu que estranhava o fato do companheiro da mãe entrar no quarto da filha para assistir desenho com a criança, mas não imaginou que isso tivesse relação com a prática de abuso sexual. Na questão 13, a P2 também mencionou comportamentos que estranhava, como o fato do agressor não ficar com a mãe da P2 ou com o marido da P2 durante as visitas que fazia à casa dela, ele ficava assistindo desenho e *nas últimas visitas ele estava muito ansioso*, pois a P2 disse que além dele tomar muito café, notava que ele ia ao banheiro com frequência para lavar as mãos. Segundo relatado pela participante: *Então certeza que é dos fatos que ele estava fazendo que ele frequentava o banheiro ou para fazer algum... Né?*

A P3 disse que certo dia retornou do trabalho mais cedo porque conseguiu uma carona e chegou em casa cerca de uma hora antes do habitual. Ela notou que a grade da entrada da casa estava trancada e a luz, apagada. A criança, que geralmente ficava assistindo TV na sala, estava no quarto em que o sobrinho dormia. Quando ela abriu o portão, questionou pela filha e o sobrinho disse que a criança estava no quarto dele e justificou que era porque ela estava com medo de ficar na sala sozinha, o que já causou estranhamento na P3. Quando ela entrou na casa, notou que a criança estava vestida com a roupa pelo avesso. Ela questionou o motivo para a criança estar vestida daquela forma, mas a filha abaixou a cabeça e não respondeu. De acordo com a P3: *Foi assim, se eu falar que eu não vi maldade, eu estou mentindo, eu vi maldade sim.*

A P4 não se recordava de situações que havia considerado como suspeitas em relação ao adolescente.

Para a P5 causou estranhamento a situação em que ela retornou mais cedo do trabalho do que o habitual e encontrou a filha sozinha no quarto com o agressor, momento em que os dois estavam jogando videogame. A P5 disse que chamou a atenção da prima, que era paga para cuidar da menina, por sair e deixar a criança sozinha com um homem, no caso o genitor da prima da P5. Além disso, como mencionado no subeixo anterior, a participante informou que após tomar conhecimento do ocorrido notou que o agressor evitava ficar por perto quando a P5 estava junto com a criança.

A P6 contou que em relação à filha caçula não se recordava de situações que ela estranhou ou considerou suspeitas, mas relatou que havia acontecido uma situação com a filha de 16 anos, em que a participante pediu para que ela fosse lavar a louça, a P6 estava do lado de

fora da casa e ao entrar notou uma movimentação estranha, momento em que questionou a filha sobre o que teria acontecido, mas a adolescente não relatou na época e só após a situação que aconteceu com a criança, a filha mais velha relatou: *Mãe, ele tentou me agarrar.*

Em relação à filha, a P7 informou não ter notado situações suspeitas, pois quando o casal se divorciou a criança tinha apenas dois anos. No entanto, apontou que considerava suspeitas as atitudes do então marido em relação a ela, pois ele esperava ela adormecer para tentar contatos sexuais: *Eu sendo esposa, que poderia ser uma situação diferente, mas ele não me procurava habitualmente e esperava eu dormir para me procurar ou de forma normal ou para tentar algo que eu não queria, de às vezes eu acordar e ele já estar em cima de mim.* Além disso, depois do divórcio a P7 tomou conhecimento de que ele tentou abusar da irmã mais nova da participante em duas ocasiões, quando a irmã estava com 12 e depois com 15 anos, período em que costumava ficar na casa da P7 para auxiliá-la nos cuidados com o filho primogênito, que na época era criança.

A P8 contou que ela não notou situações suspeitas, mas o marido dela sim, pois ele estranhava o contato da filha do casal com o companheiro da avó materna *porque eles ficavam muito grudados.* De acordo com a P8, o marido dizia para ela: *Olha, presta atenção que isso aí não é normal, fica abraçando, pegando ela no colo.*

A P9 disse que não suspeitou de nada, mas o marido dela estranhou no dia do ocorrido, pois a avó paterna tinha pedido para passar o dia com as crianças, ele foi na hora do almoço à casa da mãe dele e permaneceu durante um período, as crianças estavam na piscina e com roupa de banho e o marido da P9 viu a filha na rede com o agressor por duas vezes, quando ele estava com a criança no colo e nessas duas vezes o pai tirou a criança e falou para a filha não ficar lá. Foi nesse mesmo dia que ocorreu o abuso. De acordo com a P9: *Então ele percebeu isso nesse dia. Nos outros, nos outros dias foi só abraço, cumprimentos, então eu não percebi nada demais, entende?*

Fora o fato da filha voltar das visitas ao avô com assaduras, a P10 não se recordava de outras situações que considerava suspeitas. Ela informou que como tinha terra onde o avô paterno morava e a criança teve quadro de alergia em uma situação depois de ter brincado na terra, ela achava que esse era o motivo das assaduras, mas como também tinha terra onde a mãe da P10 morava e a criança ia brincar e voltava sem assaduras, ela passou a achar que havia algo estranho.

A P11 disse que não se recordava de situações suspeitas, porém, relatou que não tinha confiança no ex-marido e justificou que era pelo histórico que vivenciou com ele. Quando eles se separaram a filha do casal estava com um ano de idade e a P11 disse que enquanto estavam juntos nunca observou comportamentos dele estranhos em relação à filha: *Estranho desse jeito não, com essa conotação não.*

Para a P12 não ocorreram situações suspeitas. Ela informou que o agressor, que era pai do filho caçula dela, costumava dar dinheiro para a irmã da criança e afirmava que a considerava como uma filha ou neta dele, o que a P12 não estranhou já que ele também dava dinheiro para o filho dele.

A P13 contou que não teve suspeitas, pois após a separação o agressor só buscava e entregava as crianças na porta da casa dela e ela não tinha contato durante o final de semana, período em que as filhas ficavam sob os cuidados dele. Quando ainda estavam juntos ela também não observou situações que levantaram suspeita em relação a ele.

Dessa maneira, das 13 participantes apenas a P1, a P4, a P12 e a P13 não se recordavam de nenhuma situação que estranharam ou consideraram suspeita. A P2, a P3, a P5 e a P10 relataram sobre fatos que causaram estranhamento ou levantaram desconfiança nelas. A P6, a P7 e a P11 relataram sobre episódios, não diretamente ligados às filhas, que causaram suspeitas. Já a P8 e a P9 mencionaram sobre as suspeitas apresentadas pelos cônjuges diante do comportamento que os agressores apresentavam.

5.7.2 Eixo Temático 2: Ocorrência do abuso

5.7.2.1 Subeixo temático: como o abuso foi descoberto

A P1 já havia notado alterações de comportamento e de humor na filha. Após uma conversa informal na manicure que frequentava, em que ela perguntou se alguém tinha indicação de uma pessoa para cuidar da criança em casa, uma cliente que estava no local disse que ela não deveria fazer isso e relatou sobre a situação em que a filha havia sido abusada sexualmente. De acordo com a P1: *Parece que é Deus que vai preparando a gente, porque eu*

já tinha prestado atenção no comportamento da [criança], já estava com uma pulga atrás da orelha com relação a isso e aí eu cheguei em casa preocupada com o que ela havia me contado da filha. No mesmo dia, a P1 foi orientar a criança sobre as partes do corpo que não deveriam ser tocadas por outras pessoas, foi nessa situação que a criança fez o relato.

A P2 soube porque houve o flagrante da situação, pois o marido dela, que é padrasto da criança, viu o agressor cometendo o abuso durante visita à casa da participante. Como a família estava reunida, o marido de P2 esperou todos irem embora para contar para ela, visando evitar a ocorrência de uma situação mais grave, segundo a participante: *Porque ali ia acontecer coisa feia se ele [marido] tivesse falado na hora, inclusive até ele ficou em baque.*

A filha da P3 contou sobre o abuso após ser questionada pela mãe, pois a participante falou que no dia seguinte seria feriado e ela iria trabalhar, como não teria creche a criança ficaria em casa com o sobrinho da P3. Ao saber isso, a criança *ficou nervosa e chorava e gritava*, além de ter falado que odiava a P3. Ao perguntar para a filha se tinha acontecido algo ou se o primo tinha feito alguma coisa devido à reação apresentada, a criança inicialmente negou, mas depois que a mãe insistiu para que ela contasse, ela acabou revelando o abuso.

O marido da P4 escutou os filhos cochichando e comunicou a participante. A P4 questionou as crianças sobre o que conversavam, momento em que o casal de filhos relatou o que ocorreu, duas semanas depois que houve o abuso.

A P5 tomou conhecimento por meio da sogra dela, pois a avó paterna estava dando banho no irmão caçula da criança e, quando a avó saiu para buscar a roupa para trocá-lo, o irmão pequeno ficou com o pênis ereto, momento em que a filha da P5 começou a chorar compulsivamente e ao ser questionada pela avó sobre o motivo, falou: *É que meu tio faz isso comigo.* Foi nesse momento que a criança relatou sobre os abusos sofridos.

A P6 tomou conhecimento da situação ao retornar do trabalho, quando soube por meio da genitora e de uma vizinha que o então companheiro dela e pai da criança havia saído da casa gritando pela rua e pedindo por socorro, dizendo que a criança havia sido estuprada e que estava com sangramento nas partes íntimas. Ele afirmava que a filha havia sido abusada na creche, mas no contato da P6 com a escola a direção afirmou que não tinha nenhum homem trabalhando no local. Diante da situação, a suspeita recaiu para o genitor da criança.

A P7 tomou conhecimento porque a filha relatou sobre os abusos. A criança passou a apresentar alterações de comportamento e foi pega beijando a prima na boca, ao ser questionada sobre a razão para fazer aquilo a criança fez o relato de duas situações de abuso que vivenciou e que foram praticadas pelo pai dela.

A P8 descobriu o abuso porque flagrou o agressor mostrando o órgão sexual para a filha dela. Após isso, a criança relatou sobre outras situações que haviam ocorrido anteriormente.

A P9 soube do abuso porque a filha, ao falar sobre o namorado da avó paterna, disse que *o titio fez carinho na perereca*. A descoberta ocorreu no mesmo dia do abuso, enquanto a participante dava banho nos filhos, ainda na casa da avó paterna das crianças.

Para a P10 a descoberta do abuso ocorreu porque a criança sempre voltava das visitas à casa dos avós paternos se queixando de que estava com assaduras, o que passou a causar estranhamento na P10, que inicialmente achou que era por causa da alergia da criança ao brincar na terra. Até que um dia ela pressionou a filha, que estava chorando e se queixando de que as partes íntimas estavam ardendo e doendo. A criança inicialmente falou que um garoto tinha a tocado nas nádegas. No entanto, quando a criança passou por atendimento inicial com a psicóloga do CREAS, revelou que o avô paterno era quem praticava os abusos. A criança justificou para a mãe que ela havia citado o nome do menino por medo e a P10 soube pela psicóloga que atendeu a criança que ela citou o nome desse garoto *para defender o avô porque ela tinha medo, porque era ameaçada*.

A P11 tomou conhecimento quando a filha retornou de uma visita à casa do pai e fez o seguinte relato: *O papai relou a língua na minha boca, tinha baba quente e eu não gostei*. A participante adiantou a sessão da filha com a psicóloga que já acompanhava a criança, que além do relato que já tinha feito para a mãe, contou para a psicóloga que o pai havia abaixado a calça e mostrado o órgão sexual para ela.

A P12 informou que o abuso da filha foi descoberto após a polícia flagrar o agressor abusando de uma sobrinha da P12. O agressor sempre passava com crianças na frente da portaria de um condomínio fechado, como o local era rodeado por mato o funcionário da portaria desconfiou e acionou a polícia. A P12 foi chamada por vizinhos quando os policiais abordaram o agressor com a sobrinha dela, ela dirigiu-se até o local onde estava a viatura, os policiais, a sobrinha e o agressor. A criança relatou o abuso e o agressor foi preso em flagrante. Quando a P12 retornou à casa dela para pegar o documento de identidade para comparecer à

delegacia, a filha da P12 questionou o que havia acontecido, ela relatou para a criança o que houve e questionou: *Ele não fez nada com você?* Como a filha da P12 começou a chorar, ela chamou o policial e a criança relatou para ele que também já havia sido abusada pelo agressor.

A P13 informou que a filha caçula *ficou com comportamento alterado*. Ao ser questionada pelos familiares, a criança relatou o que aconteceu.

Assim, a descoberta do abuso sexual ocorreu de diferentes formas para as participantes. Porém, várias mães citaram que as alterações de comportamento, de humor ou na rotina apresentadas pelas crianças serviram como alerta ou foram o motivo para iniciar uma conversa, como ocorreu no caso da P1, da P4, da P7, da P10 e da P13. No caso das filhas da P3, da P5 e da P12 as alterações apresentadas pelas crianças ocorreram diante de situações que remetiam à violência sofrida e levaram à revelação do abuso sexual, que ocorreu para a filha da P3 ao saber que teria que ficar sozinha com o primo enquanto a mãe trabalhava; para a filha da P5 ao ver o irmão pequeno com o pênis ereto após o banho, assim como o agressor ficava nas situações de abuso que sofreu, e no caso da filha da P12, ao saber que a prima tinha sido flagrada sendo abusada e ao ser questionada se isso havia acontecido com ela também. Houve o flagrante no caso da P2 e da P8. O relato espontâneo ocorreu apenas por parte das filhas da P9 e da P11. Já no caso da P6, foi o próprio acusado que levantou a possibilidade de violência sexual e se tornou o principal suspeito pela situação que ocorreu.

5.7.2.2 Subeixo temático: maneira que aconteceu o abuso

A P1 informou que na volta da escola, quando a filha dela passou a ser a última criança a ser deixada em casa, o motorista da perua escolar pediu para acariciar as partes íntimas da menina, que relatou para a mãe que na primeira vez concordou, mas na segunda vez em que ele tentou tocá-la, ela não aceitou. De acordo com a P1, essa teria sido a razão pela qual a criança inicialmente não quis contar para ela, pois por já orientar a filha quanto a esse tipo de contato a mãe considerava que a criança se sentiu culpada pela maneira que ocorreu a situação de abuso, pois como o agressor pediu para tocar a criança, a P1 acreditava que não tinha ficado claro para a menina que aquilo era uma forma de violência praticada por ele. A P1 informou acreditar que

o início das situações abusivas foi após 15 dias de uso da perua, quando houve a mudança de motorista.

Depois do marido ter flagrado uma situação de abuso, a P2 soube pela filha que quando o agressor ia visitar a família ele *mexia com ela, toda vez que ele via ela, chegava lá em casa ele passava a mão nela*. Desse modo, a criança relatou que nessas situações o agressor tocava em suas partes íntimas. Apesar da dificuldade da filha em precisar quantas vezes a situação ocorreu, a criança relatou para a P2 que foram várias vezes. Em relação ao tempo de ocorrência a genitora não soube informar, mas como a criança afirmou que as situações começaram quando a família ainda morava no apartamento ela acreditava que os abusos ocorriam há mais de um ano, já que há um ano a família havia se mudado para um sítio, o que a fazia pensar que a violência poderia ter começado de um até dois anos antes da descoberta do abuso.

A P3 relatou que só tomou conhecimento do que foi relatado pela filha, que contou que o primo (sobrinho da P3) a levava para o quarto, tirava a roupa dela *e ficava esfregando o “negócio” nela*. A criança disse que a situação ocorria sempre que a mãe saía para trabalhar, porém, como a P3 trabalhava em regime de 12h/36h e considerando o período em que ela se separou do marido e a filha passou a ficar alguns momentos sozinha com o primo em casa, a P3 acreditava que a situação tinha ocorrido no intervalo de 15 dias e não todos os dias devido à escala de trabalho dela, porém, informou não ter certeza de quando as situações de fato começaram.

A P4 soube pelos filhos que o agressor expôs o órgão sexual para eles e pediu para as crianças praticarem sexo oral nele, também tocou nas partes íntimas das crianças e praticou sexo oral na menina. De acordo com o relato dos filhos, a situação ocorreu uma vez, no dia em que a mãe do adolescente chamou as crianças para irem na casa dela porque ela iria estourar pipoca. Antes desse dia não havia ocorrido nenhuma situação atípica.

A filha da P5 relatou que quando estava na casa da prima da participante, que era paga como babá da criança, ela a deixava sozinha e o genitor da prima a abordava, chamava para brincar no quarto dele e lá ocorriam os abusos. Conforme relatado pela P5: *Ele abordava, chamava ela para ir no quarto dele brincar e lá ela falou que ele abaixava as calças dela, que mandava ela deitar na cama, abrir as pernas e começava a passar a mão nas partes íntimas dela, disse que chegava até a colocar as partes íntimas nela e que ele até mandava ela se limpar com papel, que ela falava que sentia gosma e ele mandava ela se limpar*. A criança informou

que esses abusos ocorreram diversas vezes, mais de dez, pois *toda vez que ela ficava lá ele sempre mexia com ela*, segundo informado pela P5. A genitora não tinha conhecimento de quantos anos a filha tinha quando os abusos começaram, mas a menina começou a ficar sob os cuidados da prima quando estava com cerca de quatro anos, pois a P5 trabalhava até à noite e não tinha com quem deixar a criança. Antes disso, quando a criança tinha seis meses, já havia ficado na casa, mas na época a tia da P5 ainda era casada com o agressor.

A P6 relatou que a genitora dela como de costume havia buscado a criança na creche, a quem limpou após a criança evacuar e a deixou sob os cuidados do pai, na casa em que ele residia com a P6 e que ficava perto da casa da avó materna, pois a criança o viu no caminho para a casa da avó quando voltavam da creche e pediu para a avó a boneca para que pudesse brincar com ele. Após cerca de 15 minutos que a criança estava na casa com o pai, o genitor disse que a menina havia evacuado, ele foi limpá-la e notou sangramento na vagina da criança, razão pela qual saiu na rua gritando por socorro, dizendo que a criança havia sido estuprada e que ele iria matar o homem da creche. A vizinha da P6 entrou na casa, pegou a criança e a levou para a casa dela, questionou o que havia acontecido e a criança falou apenas *o homem, o homem* e em determinado momento teria falado *o papai*. A vizinha também notou o sangramento na lateral da vagina da criança, momento em que falou para o pai da menina chamar a avó materna, genitora da P6. Na questão 11, a P6 disse que quando levou a criança ao hospital, a médica que a examinou falou que não houve ruptura de hímen e disse à participante que: *Não foi um estupro, mas foi uma tentativa*. Anteriormente nunca havia acontecido situação semelhante com a criança.

A filha da P7 contou sobre duas situações. Uma ocorreu quando o genitor foi dar banho nela, momento em que ele ficou nu perto da criança e quis lavar as partes íntimas dela, pedindo para que ela não contasse sobre isso para a P7. A participante destacou que a filha relatava que o pai tinha a mão pesada e que doía. Ao questionar a filha quanto aos relatos apresentados, a criança revelou outra situação, em que ela acordou com o pai em cima dela, vestido apenas de cueca, momento em que ele tirou a roupa da criança com brutalidade e batia com a mão nas partes íntimas dela, que relatou que isso doía. Quanto à frequência, a P7 disse que não sabia se tinha acontecido mais do que as duas vezes relatadas pela criança, pois considerava que a filha poderia ter se esquecido ou até pelo fato do genitor dizer que não era para a criança contar para a mãe. Assim, a P7 ao questionar a filha apenas tomou conhecimento desses dois episódios, que

havia acontecido de forma recente ao relato apresentado pela criança. Do mesmo modo, a P7 não tinha conhecimento de quando as situações haviam começado.

A P8 relatou que a filha disse, sobre o companheiro da avó, que: *Ele esfregava o “negócio” nela, falava que a “coisinha” dela era dele, essas coisas, pedia para ela pôr a mão no “negócio” dele, isso que ela falava.* A criança disse que a violência já havia acontecido outras vezes e a P8 acreditava que os abusos tinham ocorrido por cerca de um ano, pois quando flagrou a situação a filha disse que a irmã caçula, que estava com um ano no momento da revelação, já havia nascido quando os abusos começaram.

A P9 disse que a filha, ao falar sobre o namorado da avó, relatou *que o titio fez carinho na perereca.* A situação ocorreu quando a avó paterna foi buscar a P9 no trabalho e deixou os três filhos da participante sob os cuidados do namorado. De acordo com a P9, ela acreditava que a situação ocorreu apenas uma vez, pois foi a única oportunidade que o agressor teve de ficar sozinho com a criança.

A P10 soube o que ocorreu pela filha: *Ela falou que ele passava a mão nela, que ele ficava se esfregando, que ele falava para ela não falar nada.* A criança contou que essas situações aconteciam *quase toda vez que ela ia para a casa dele.* A participante não sabia ao certo quando os abusos começaram, mas disse que foi depois que se separou do pai da criança que a filha passou a frequentar a casa do avô paterno sem a presença dela e começou a dormir lá, dessa forma, considerando o período que a criança passou a apresentar queixas de que estava com assaduras, a P10 acreditava que essa situação *durou quase um ano.*

A filha da P11 relatou que o pai tinha colocado a língua na boca dela e mostrado o órgão sexual para ela. A P11 disse que eram frequentes os relatos da filha quanto às oscilações de humor do pai, a quem a criança se referia ora como lobo mau, ora como lobo bom, no entanto a participante relatou que: *Eu só tenho conhecimento dele se exhibir para ela, de enfiar a língua na boca dela, igual ela contou, só dessa vez.* Após seis meses do primeiro inquérito ter sido arquivado, a criança *relatou que ele tinha feito de novo de se mostrar para ela,* o que gerou outro registro de boletim de ocorrência. Depois disso, a filha não fez outros relatos para a P11.

A filha da P12 relatou que o agressor a levava junto com a prima para o mato perto de um condomínio, no local havia uma cabana e uma cama, ele tirava a roupa, mandava as crianças tirarem a roupa, manipulava o órgão sexual das crianças e se masturbava. A filha da P12

informou que essa situação aconteceu duas vezes e havia começado no início do ano em que a violência foi descoberta.

A P13 informou sobre a filha caçula que: *Ela relatou que viu ele sem roupa, que era grandão. E que a criança falou que ele pôs na boca dela.* Ela não soube informar com que frequência isso aconteceu com a filha, pois a criança ia para a casa do agressor todo final de semana, mas não chegou a relatar quantas vezes a situação ocorreu. Quanto ao período em que os abusos iniciaram, a filha da P13 também não relatou, mas a participante acreditava que foi após a separação deles.

Quanto à forma de ocorrência do abuso, na amostra estudada a maior parte das crianças relatou que teve as partes íntimas manipuladas pelos agressores, como informado nos casos da P1, P2, P4, P5, P7, P9, P10, P12. As crianças também mencionaram que os agressores as despiam e se esfregavam nelas ou se masturbavam diante delas, conforme informado pela P3, P5, P8, P10 e P12. Houve relato de prática de sexo oral pela P4 e pela P13. No caso da P11 o agressor colocou a língua na boca da criança e mostrou o órgão sexual para ela. A P6 foi a única participante que não sabia ao certo o que havia ocorrido, pois foi o próprio acusado que afirmou que a criança havia sido estuprada porque estava com sangramento na área genital e a criança não apresentou verbalizações sobre o que ocorreu.

Em relação ao local, os abusos ocorreram com mais frequência na casa dos agressores, conforme indicado nos relatos apresentados pela P4 (casa da mãe do adolescente), P5 (casa em que o agressor morava com a família), P7 (casa do pai), P10 (casa dos avós paternos), P11 (casa do pai) e P13 (casa do agressor). O abuso também ocorreu na casa de outros familiares, para a P8 (casa da bisavó da criança, localizada em outro município, onde houve a descoberta do abuso) e para a P9 (casa da avó com quem o agressor namorava) e na própria casa das vítimas, conforme informado pela P2 e pela P3. A P6 relatou que o abuso ocorreu na casa em que a vítima e o agressor moravam na época, ou seja, foi o único caso em que agressor e vítima residiam no mesmo local. Os outros locais informados foram na perua escolar pela P1 e em uma cabana localizada em uma região de mato pela P12.

Quanto à frequência dos abusos e o início de sua ocorrência, nota-se a dificuldade de várias crianças em precisar tais dados. As participantes que relataram que o abuso ocorreu uma vez foram a P1, apesar de relatar que no intervalo de 15 dias houve outra tentativa; a P4; a P6 e a P9. Algumas mães tiveram conhecimento da ocorrência de dois casos de abuso, como no

caso da P7, P11 e P12. Entre as mães que informaram a recorrência dos abusos estavam a P2, a P3, a P5, a P8 e a P10, ou seja, na maior parte da amostra o abuso sexual ocorreu várias vezes. A P13 disse que não tomou conhecimento sobre a frequência ou início do abuso, pois a criança não relatou.

5.7.2.3 Subeixo temático: razões para acreditar ou não no relato da criança

A P1 acreditou no relato da filha porque a família *tem uma base muito aberta de não contar mentira* e pela *leitura corporal* que realizou, pois quando a filha relatou sobre o que aconteceu *o corpo dela falou primeiro que a boca*, pois quando a P1 foi orientar a criança sobre as partes do corpo que outras pessoas não deveriam tocá-la, o fato da filha colocar as pernas sobre a cadeira e abraçá-las era um sinal de que a criança estava de alguma forma tentando proteger a parte genital, de acordo com a P1. Conforme a participante já havia informado no subeixo referente a como o abuso foi descoberto, ela disse para a filha que a criança não poderia deixar outras pessoas tocarem no corpo dela: *E aí ela com o gesto do corpo pegou as duas pernas e colocou sobre a cadeira e abraçou as duas pernas, aquilo eu quase caí para trás. Ela falou para mim: “Você vai ficar muito brava comigo”. E eu falei: “Não, não vou ficar brava com você”. Mas por dentro eu estava assim já desmoronada.* Também corroborou para que P1 acreditasse o fato de ter conversado muito com a filha e orientado a criança de que não se pode falar mentira, mas a criança disse que não estava mentindo e afirmou a mesma história várias vezes.

Para a P2 o que a fez acreditar na ocorrência do abuso foi o que a filha falou para ela e porque depois de saber do ocorrido a participante começou *a catar uma coisinha aqui, catar uma coisinha ali*, lembrando de situações que estranhava, como o fato do agressor ficar assistindo desenho com a criança em vez de estar próximo do restante dos adultos. Além disso, nas últimas visitas do agressor à casa da família ele chegava e ia direto assistir desenho, bebia muito café e lavava muito as mãos. Esses comportamentos fizeram com que a P2 acreditasse no relato da criança sobre o que ocorreu.

A P3 afirmou que acreditou na filha devido às reações que a criança estava apresentando, como chorar na hora do banho e dizer que estava com dor nas partes íntimas. A

genitora estranhava o fato da criança estar com assaduras e questionava a filha, que dizia não saber porque estava daquela maneira. De acordo com a P3: *E também pelo fato de eu ter visto, ter chegado mais cedo e ela estar com a roupa do avesso, então eu já levantei uma suspeita maior, na verdade.* Além disso, a P3 relatou que a filha apresentava alterações de humor: *E as reações dela, ela estava o tempo todo brava, o tempo todo irritada, se falasse uma coisa ela gritava, ela chorava, mesmo estando só eu em casa, mesmo só eu falando com ela, ela já estava assim agressiva.*

Sobre o motivo para ter acreditado no relato dos filhos, a P4 disse: *Porque uma criança de cinco e outra de quatro anos não iam mentir em um assunto desse tão grave, aí eu chamei o menino e o menino confessou que ele tinha feito, então foi onde eu acreditei. E eu sei quando meu filho e a minha filha estão mentindo, o [filho] quando está mentindo, ele abaixa a cabeça e começa a chorar e quando ele fala a verdade ele debate com a pessoa e foi o que ele fez, ele debateu com a pessoa, com o menino, então aí o menino confessou.*

A P5 acreditou na filha pela maneira que a criança fez os relatos: *No fato, como que ela falava as coisas. Jamais ela estaria mentindo uma coisa dessa, uma criança de sete anos falar o que ela falou para mim, não tem como mentir.*

Apesar da filha da P6 ser pequena e não ter feito verbalizações claras do que ocorreu, a P6 disse: *Eu não posso falar que foi ele que fez, mas também não posso falar que não foi, mas outro suspeito não entraria na minha casa porque minha mãe tinha acabado de deixar ela com ele.* A dúvida da participante ocorreu porque foi o próprio pai da criança que levantou a possibilidade de abuso ao sair pela rua pedindo por socorro porque a criança estaria com sangue nas partes íntimas, afirmando que ela havia sido estuprada. Desse modo, a P6 acreditava que pelo curto período em que a mãe dela havia deixado a criança com o genitor, não seria possível que outra pessoa entrasse na casa e fizesse algo em relação à filha. A versão do genitor é que a criança evacuou, ele foi limpá-la e notou sangue nas partes íntimas dela, razão pela qual ele afirmou que a criança foi abusada na creche.

Para a P7, o fato de conhecer a filha, de considerá-la esperta, comunicativa, porque a filha *não sabe inventar as coisas* e por ser uma criança *muito verdadeira* a levaram a acreditar no relato apresentado. Além disso, a P7 citou: *E também analisando o comportamento dela, do que já vinha acontecendo e a forma como ela ficou nervosa para contar o assunto, dela ter chorado, então a maneira como ela ficou, o que eu conheço dela.* A P7 também mencionou as

situações que ela e a irmã dela haviam vivenciado com o agressor anteriormente e o fato da criança ter apenas quatro anos e relatar a mesma história várias vezes, o que contribuiu para que ela acreditasse na filha.

Além de ter flagrado o abuso, a P8 disse que conhecer a filha e saber quando ela está mentindo ou não fez com que ela confiasse nos relatos: *Porque eu conheço a [filha], quando ela está mentindo e quando ela está falando a verdade e ela não estava mentindo, eu sei o jeitinho, a gente conhece o jeitinho da criança quando ela está mentindo e quando ela não está.* A P8 também mencionou ter acreditado pela reação da criança e por ter percebido que a filha estava com medo de falar sobre o que ocorreu, de contar para a mãe e apanhar.

Para a P9, a criança não teria idade *para inventar uma situação dessa*, além disso, a filha usou a palavra *carinho* para se referir ao toque nas partes íntimas, o que levou a P9 a acreditar que o agressor tenha denominado o toque dessa maneira para a criança. Ela também destacou que acreditou na criança por conhecer a filha.

A P10 relatou sobre o fato da criança ficar assada apenas quando ia para a casa do avô paterno. Além disso, quando ela conversou com o policial do trabalho ele a orientou de que o agressor poderia ser alguém da família, pois segundo ela informou o policial falou para ela que: *Às vezes podia não ser o menino, às vezes podia ser alguém da própria família e ela estava falando o menino para defender uma pessoa próxima a ela.*

Para a P11 o que a fez acreditar na filha foi: *A forma como ela falou para mim foi a mesma que ela falou para a psicóloga.* Além da consistência nos relatos da criança, a P11 citou que: *Ela colocou isso de uma forma que realmente impactou ela negativamente.* Isso corroborou para que a participante acreditasse, além do que respondeu em outras questões sobre o histórico que o ex-marido apresentava.

A P12 informou que acreditou no relato da filha: *Porque ela contou certinho onde que era o local que eles estavam.* A P12 foi ao local com o policial e era como a criança havia descrito. Além disso, quando a participante contou para a filha sobre o que havia ocorrido com a sobrinha, a filha começou a chorar. O policial que acompanhava a ocorrência fez contato com o porteiro que realizou a denúncia e ele confirmou que já havia visto o agressor com outra menina e outro menino, além da sobrinha da P12 que estava presente no dia da ocorrência.

A P13 disse que inicialmente desacreditou por ter vivido com o agressor e nunca ter visto nada de estranho. Porém, acreditou após passar pela psicóloga que fez o atendimento da criança no CREAS.

Quanto às razões para acreditar nos relatos das crianças, as mães indicaram que as alterações de comportamento e de humor que aconteciam na rotina ou quando as crianças foram abordadas em relação à ocorrência do abuso contribuíram para que elas acreditassem nos relatos apresentados, conforme informado pela P1, P3, P7, P8 e P12. Outro ponto que fez as mães acreditarem nos relatos das crianças foi o fato das genitoras considerarem que conheciam os filhos e que sabiam quando eles estavam mentindo ou não, segundo mencionado pela P4, P7, P8 e P9. Corroborou para as genitoras acreditarem nos filhos o tipo de relato apresentado e considerar que as crianças não tinham idade para apresentar os relatos feitos ou para inventar a ocorrência do abuso, conforme dito pela P2, P4, P5, P7 e P9. A coerência, repetição ou a convicção nos relatos apresentados pelas crianças foi mencionada pelas mães como algo que contribuiu para confiar que os abusos ocorreram, de acordo com a P1, a P7, a P11 e a P12. As situações que estranharam ou que consideraram os comportamentos dos agressores como suspeitos foram mencionadas pela P2, P3 e P10 como pontos que ajudaram a dar crédito aos relatos das crianças.

Outro aspecto mencionado para acreditar nas crianças foi o histórico vivenciado pelas mães com o agressor, pois a P7 e a P11 disseram que isso fez com que elas acreditassem nos relatos das filhas. Já a P13 disse que o histórico de convivência dela com o agressor a fez inicialmente desacreditar na ocorrência do abuso, já que nunca havia presenciado nada suspeito quando moravam juntos, mas acreditou após a criança passar por atendimento com psicóloga no CREAS e manter os relatos. Outros pontos citados pelas participantes foram o fato da família orientar que não se pode mentir, no caso da P1; o agressor ter confessado, no caso da P4; o policial que trabalhava no mesmo local que a P10 ter dito que o agressor poderia ser alguém da família e que a criança poderia tentar acobertá-lo; o denunciante que acionou a polícia ter confirmado que tinha visto o agressor com outra criança, que seria a filha da P12. No caso da P6, apesar da filha dela ser pequena e não ter feito verbalizações claras do que ocorreu, a P6 acreditou que houve o abuso pelo curto período em que a criança ficou com o genitor até ele solicitar socorro.

5.7.3 Eixo temático 3: reação da criança diante do abuso

5.7.3.1 Subeixo temático: como a criança reagiu

A P1 relatou que a filha: *Não viu como maldade, então ela não encarou isso como maldade porque não machucou ela.* A participante informou que: *Ela não quer ver o tio da van, é claro que ela não quer ver porque ela contou para mim, então ela fala que ele vai ficar muito bravo por ela ter contado, mas ela teve a consciência que foi errado, mas ela não teve a bruta consciência de que ela sofreu um abuso porque ela não sabe o que é isso.* De acordo com a participante, a filha buscou justificar o motivo para não ter contado o que houve: *Porque ela falou que eu ia ficar muito brava. Eu perguntei: “Por que você não contou para a [babá]?” Ela falou que sentiu vergonha.*

De acordo com a P2, a filha disse que *ficava quieta, que tinha medo de falar* no momento em que os abusos ocorriam. A participante questionou o motivo da criança ficar com medo e a filha justificou que tinha medo do agressor levá-la embora, da mãe bater nela e que a criança *sentia como se fosse ela a culpada.*

A P3 disse desconhecer como a criança reagia nas situações em que os abusos ocorreram.

A P4 soube pelo filho que a irmã dele: *Chorou, ele [filho] falou que a [menina] não queria deixar e ela falou: “Não, não, não”. E ele [agressor] pegou ela. Agora o [menino] ria, ele falou que ria porque ele levou na brincadeira.*

A filha da P5 contou que ficava com medo e com vergonha. Relatou que tinha receio de que ao contar para a mãe veria a genitora chorar e ficar triste.

A P6 soube pela vizinha, que entrou na casa da P6 para pegar a criança após o genitor gritar e pedir por socorro, que a filha *estava quieta, ela não estava chorando, nem nada.* A P6 não teve outras informações quanto à reação da criança.

A P7 acreditava que a filha ficou nervosa e estressada na situação, pois a P7 já fazia orientações à criança e achava que a filha sabia que algo errado estava ocorrendo, já que a filha: *Sabia que não podia, ela sabia que era para ela lavar [as partes íntimas no banho] e a maneira*

que [ele] estava fazendo tinha alguma coisa errada, ela só não tem ainda, não tinha no caso, a compreensão do que estava acontecendo ali na hora, mas como eu já tinha ensinado, ela sabia que aquilo ali era errado. Corroborou para essa visão o fato da criança ter perguntado à mãe se ela iria ficar brava, pois a criança questionou: *Mamãe, você não vai brigar comigo? Você não vai pôr eu de castigo?* A P7 também citou acreditar que a criança ficou confusa: *Porque é o pai, o pai que cuida, então se o meu pai está fazendo, ele pode, mas minha mãe falou que não podia, então acho que trouxe confusão para ela, por isso que ela demorou para contar até a hora que eu acho que ela foi apertada e ela soltou.*

A P8 relatou que a filha ficava com medo nas situações de abuso.

Quanto à reação da filha, a P9 disse: *Pelo o que eu entendo, ela não gostou, não foi agradável para ela porque ela veio me contar, ela não sabe transmitir.* A participante contou que pela maneira que ocorreu a situação e pelo relato que a filha fez, de que *o titio fez carinho na perereca*, a P9 achava que para a criança não foi algo: *Muito agressivo, mas eu acho que ela não recebeu muito bem, não sei.*

A P10 disse que a filha não mencionou como reagia nas situações de abuso, assim como a P11, que informou não ter conhecimento de como a filha reagiu na situação. A P12 também relatou que não soube como a criança reagia nessas situações, pois conforme informou a filha não fez relatos diretamente para ela, pois na frente dela a filha não contava, razão pela qual mencionou que: *Para fazer o boletim na delegacia eu tive que sair, no IML eu tive que sair, todo momento que for para ela falar ela não fala na minha frente, eu tenho sempre que sair.* Do mesmo modo, a P13 não sabia como a filha reagia nas situações de abuso, pois a criança não relatou sobre isso.

Assim, cinco mães informaram desconhecer qual foi a reação apresentada pela criança diante do abuso, como no caso da P3, P10, P11, P12 e P13. Já a P2 e a P6 mencionaram que as filhas ficaram quietas nas situações de abuso. A P4 soube que a filha dela chorou, não queria deixar que o abuso ocorresse e disse não para o agressor, já o filho riu durante a situação, o que a fazia pensar que ele levou a situação na brincadeira.

As participantes também relataram que as crianças reagiram apresentando sentimentos de medo, conforme relatado pela P2, P5, P8; culpa, mencionado pela P2 e vergonha, segundo a P5. A P7 relatou acreditar que a filha ficou nervosa, estressada e sentiu-se confusa. A P9

informou acreditar que a filha não recebeu bem a situação, apesar da criança não saber transmitir ao certo como reagiu.

Algumas participantes mencionaram, sobre a reação das crianças, que elas sabiam que algo errado havia ocorrido, mas ainda não tinham clareza quanto à gravidade da situação. Como a P1, que disse que em decorrência da idade a filha não tinha conhecimento que havia sofrido um abuso, e a P7, que mencionou que devido às orientações que fazia à criança e pelo receio da filha na hora de fazer os relatos achava que a criança sabia que havia ocorrido algo errado, mas que na hora ainda não tinha a compreensão do que estava acontecendo.

5.7.3.2 Subeixo temático: para quem fez o primeiro relato

Conforme informado por oito das treze participantes, as crianças fizeram o relato inicial da violência para elas. Como no caso da P1, que foi a primeira pessoa a saber sobre o que ocorreu, quando foi conversar com a filha em relação às alterações que observou na criança. A filha da P2 também fez o primeiro relato para a genitora, pois após o marido conversar com a P2, ela procurou a filha, que sabia que o padrasto tinha presenciado a situação de abuso, razão pela qual se escondeu debaixo da cama até a mãe ir conversar com ela. Assim, a filha da P2 também não relatou de forma espontânea, apenas quando foi questionada pela genitora.

A P3 disse que a criança contou sobre o ocorrido apenas para ela, após ter questionado sobre a reação apresentada pela filha ao saber que no dia seguinte ela ficaria sob os cuidados do primo. A P4 relatou que os filhos contaram sobre a situação primeiro para ela, pois ela foi conversar com os filhos após o marido ter comentado que notou as crianças cochichando.

Entre as crianças que não fizeram o primeiro relato para as genitoras estava a filha da P5, já que na situação em que chorou ao ver o irmão caçula com o pênis ereto depois do banho, a criança foi questionada pela avó quanto à reação apresentada e contou sobre o que o tio fazia com ela. A P6 não tinha certeza quanto ao relato apresentado pela filha, mas achava que a criança tinha comentado para a vizinha, que foi buscar a criança na residência da P6 no dia do ocorrido. A P7 informou que a filha relatou primeiro para a avó materna, pois a criança estava na casa da avó quando foi pega beijando a prima, após a avó repreender as crianças e conversar com elas, a filha da P7 começou a chorar e contou sobre a situação ocorrida no banho com o

pai, mesmo sem ter sido questionada se algo havia ocorrido com ela, por isso a genitora de P7 estranhou e comunicou a participante, que conversou com a criança quando foi buscar a filha na casa da avó, momento em que a menina apresentou os demais relatos.

A P8, além de ter flagrado o abuso, foi a primeira pessoa com quem a criança conversou sobre o assunto. A P9 também foi a primeira pessoa para quem a criança contou sobre o ocorrido, de forma espontânea no mesmo dia em que o fato ocorreu. A P10 disse acreditar que ela foi a primeira pessoa para quem a criança fez o relato depois de ter pressionado a filha, momento em que a criança disse para a mãe que um garoto a teria tocado, conforme informado pela P10, a revelação de que o abuso tinha sido cometido pelo avô foi feita inicialmente pela criança para a psicóloga que a atendeu no CREAS. A filha da P11 relatou primeiro para a mãe ao retornar da visita ao pai e depois falou com outros detalhes para a psicóloga particular que a acompanhava.

As outras duas participantes que informaram que o relato inicial das filhas ocorreu para outras pessoas foram a P12 e a P13. A P12 disse que a filha conversou sobre o ocorrido primeiro com a prima (sobrinha da P12), que também era vítima dos abusos, e o primeiro adulto para quem a criança fez o relato foi para o policial que estava acompanhando a ocorrência no dia. A P13 informou que a primeira pessoa para quem a filha fez o relato foi para o esposo atual da P13.

Assim, na amostra estudada as mães com mais frequência foram as primeiras pessoas para quem as crianças fizeram os relatos, como no caso da P1, P2, P3, P4, P8, P9, P10 e P11. As filhas da P5 e P7 relataram primeiro para as avós. A P6 apesar de não ter certeza quanto aos relatos apresentados pela filha, acreditava que a criança falou primeiro para a vizinha. A filha da P12 inicialmente conversou sobre o ocorrido com a prima, criança que também sofria abusos, e o policial que acompanhou a ocorrência foi o primeiro adulto para quem relatou. A filha da P13 falou primeiro para o padrasto.

5.7.3.3 Subeixo temático: alterações de comportamento ou de humor

A P1 referiu que a criança estava com alterações de comportamento e apresentando oscilações de humor, pois em alguns momentos a filha estava alegre, em outros agressiva. A

participante disse que estranhou *esse comportamento dela, de alteração de humor, muito contente e depois muito irritada, agressiva ao mesmo tempo*, o que levou à conversa da participante com a criança que culminou na revelação do abuso.

A P2 disse que notou alterações, pois a filha ficava: *Muito agitada, nervosa, chora à toa, não sabe esperar nada, tudo tem que ser correndo*. Além disso, notou alterações de apetite, pois mesmo após se alimentar a criança dizia estar com fome. De acordo com a participante, a filha já era chorosa e gritava com frequência, mas a situação piorou após a ocorrência do abuso, pois a filha não a obedecia mais.

A P3 contou que a filha estava nervosa e agressiva, pois informou que: *Ela falava com bastante raiva, com bastante ira, falava que me odiava, que eu não gostava dela, que eu não cuidava dela, essas coisas ela falava*. A P3 também disse que a filha chorou, ficou nervosa e gritou ao saber que teria que passar o feriado com o primo enquanto a mãe trabalhava, situação em que fez a revelação do abuso após ser questionada pela mãe.

Para a P4 a única alteração que ela observou foi a teimosia dos filhos: *Eles estão mais teimosos, coisa que eles não eram, ficaram mais teimosos, mas assim comportamento não*. Ao falar sobre a reação dos filhos diante do abuso, relatou que: *Os dois estão bem, você vê assim não afetou quase nada os dois*.

A P5 ao ser questionada se notou alterações de comportamento na filha, respondeu: *Sim, notei que ela ficava chorando pelos cantos, ficava muito sozinha, queria brincar sozinha, na escola estava ruim*. De acordo com a participante, antes de saber dos abusos ela já havia notado que a criança não estava bem na escola, mas achou que poderia ser por preguiça da criança em estudar. Também havia notado que a criança estava mais *chorona, brigona*, mas achou que era porque a avó paterna da criança dava mais atenção para o irmão caçula do que para ela.

A P6 relatou que a filha se tornou mais apegada a ela, ficou mais nervosa e passou a apresentar *crise de nervoso*, momentos em que a criança se mordida e arrancava os cabelos, segundo informou a P6. De acordo com a participante, a criança antes já se jogava no chão, mas houve piora nos comportamentos depois do ocorrido.

A P7 notou a filha mais agitada do que antes: *Ela está muito agitada, ela já é, mas ela está mais*. A P7 também observou que a criança passou a apresentar um maior interesse pela sexualidade, como na situação em que a criança estava beijando a prima na boca, além disso:

Aconteceu um fato outro dia dela estar puxando a prima, querendo mostrar a vagina uma para outra. No entanto, a participante informou que essas situações diminuíram de frequência após o contato com o pai da criança ter sido interrompido, já que ela e a filha receberam medida protetiva em desfavor a ele. Outra mudança destacada pela participante foi o fato da filha não mencionar o pai mais.

Para a P8 a alteração mais significativa na filha foi o fato de que: *Ela estava mais quietinha, ela sentava, ficava brincando com o celular, ela não era mais aquela criança que ficava pulando, brincando, ela ficava mais sentada, mexendo no celular, ela ficou mais quieta, só isso que eu percebi, que ela estava mais quietinha.*

A P9 observou que a criança passou a associar a parte genital com a situação que ocorreu e *a questão dela falar mais sobre isso*, inclusive no ambiente escolar em que *ela começou em certas situações a expressar isso dentro da escola*. Em relação à agitação da criança, disse que às vezes ela ficava mais agitada e às vezes menos, mas a mãe destacou que isso já acontecia anteriormente e que *é algo dela* a agitação apresentada.

Sobre alterações de comportamento na filha, inicialmente a P10 citou que: *Não, pior que ela nunca transpareceu isso*. Mas depois informou que algumas vezes a criança voltava da casa do avô chorando, mas dizia que era por causa da bisavó e do irmão, que já tinham falecido, porém, a criança não chegou a conhecer nenhum dos dois e a P10 não entendia o motivo do choro da filha: *Onde já se viu uma pessoa ter saudade de uma pessoa que ela nunca viu na vida?*

A P11 relatou que a filha na época teve muitas alterações, o que relacionou com a forma que a criança foi levada para passar férias com o pai, já que o genitor conseguiu por meio de uma liminar que a criança fosse para a casa dele por 13 dias, sem que houvesse uma preparação para isso, pois a P11 e a criança não sabiam dessa solicitação e tomaram conhecimento por meio de um oficial de justiça apenas na hora que a criança deveria ser levada para a casa do genitor. Depois dessa situação, a P11 notou que a filha *voltou com muito medo*, razão pela qual ela colocou a criança em acompanhamento psicológico porque *a partir disso ela voltou com fobias, falando muito do lobo mau*. De acordo com a participante, quando ocorreu o abuso as fobias da filha *voltaram com mais intensidade*. Além disso, notou que a filha *voltava das visitas extremamente triste* e que a menina *ficava nervosa, ansiosa antes das visitas*. A P11 também

disse que: *E cada vez que se encontra com ele ainda acontece isso, só que hoje ela já consegue entender melhor.*

Sobre ter percebido alterações de comportamento na filha, a P12 respondeu: *Sim, ela ficou muito estressada, mas eu achava que era porque ela ficou mocinha bem nesse período.* Por essa razão a P12 *achava que era porque ela estava ficando mocinha que ela estava irritada.* A participante relatou não ter notado outras alterações.

A P13 disse que observou alterações na filha, pois: *Ela estava agressiva, não podia chegar perto dela, ela batia, xingava.* Além da agressividade da filha, a participante destacou que a criança estava gaguejando para falar. A P13 também informou que a criança: *Começou a ficar nervosa, começou a gaguejar, não dormia à noite.*

Assim, todas as mães observaram alterações de comportamento e de humor nos filhos, algumas relataram alterações mais significativas, como a P2 e a P11, e outras menos, como a P4 e a P10. A P4 relatou ter notado apenas que os filhos ficaram mais teimosos e considerava que o abuso não havia afetado em quase nada as crianças. A P10 inicialmente falou que a filha nunca havia transparecido alterações, mas depois se recordou dos momentos em que a criança retornava das visitas ao avô chorosa, justificando que era por saudades de familiares que haviam falecido, que ela sequer conheceu.

Entre as alterações de comportamento e de humor mencionadas pelas mães, a agressividade, irritação e nervosismo foram as mais citadas (P1, P2, P3, P5, P6, P11, P12, P13), além de agitação (P2, P7, P9), choro (P3, P5, P10), introspecção ou isolamento (P5, P8) e maior interesse ou falas mais frequentes sobre sexualidade (P7, P9). Outras mudanças observadas pelas mães foram alterações de apetite (P2), alterações na fala (P13), ansiedade (P11), comportamentos autolesivos (P6), medo e fobias (P11), mudanças repentinas de humor (P1), mudança no padrão do sono (P13), queda no desempenho escolar (P5), teimosia (P4) e tristeza (P11).

5.7.4. Eixo temático 4: relação entre a criança e a mãe

5.7.4.1 Subeixo temático: relacionamento da criança com a mãe

Ao ser questionada sobre o relacionamento que tinha com a filha, a P1 relatou que era muito próxima a ela e que apesar da ausência por trabalhar fora o dia todo sempre buscava conversar e deixar a criança perto dela quando estava em casa. Para a P2 o relacionamento que tinha também era positivo, pois segundo afirmou: *Meu relacionamento é mãe e filha, com carinho, amor, a gente se abraça e ela é muito dengosa também.*

Para a P3 o relacionamento com a filha é muito tranquilo *porque ela sempre foi uma criança muito doce.* Ela disse que a filha era meiga e não dava trabalho, apenas depois do ocorrido considerava que a filha passou a dar trabalho, pois não aceitava que a mãe pagasse alguém para cuidar dela e queria que a mãe ficasse em casa, mas a P3 explicava que precisava trabalhar porque era a única fonte de renda que elas tinham. A P4 relatou bom relacionamento com os filhos, com quem disse se dar bem, mas também se queixou da mudança de comportamento que observou nas crianças: *Nós nos damos muito bem, é assim, só tirando a teimosia que agora eles estão muito teimosos, mas do resto eu me dou bem, graças a Deus!*

Sobre a filha, a P5 relatou: *Ela é muito fechada comigo, ela não se abre, não conversa. Eu falo muito para ela: “Conversa com a mamãe, fala o que está acontecendo com você”. Mas ela não conversa muito, ela prefere conversar mais com o pai dela, ela é bem fechada comigo.* Desse modo, referiu sobre a dificuldade em se aproximar da filha.

A P6, quanto ao relacionamento com a filha, disse que buscava cuidar bem dela e conversar quando a criança ficava nervosa e tinha *crise de nervoso*. Para a P7 o relacionamento com a filha era: *Tranquilo, ela é muito afetiva, eu também, eu sempre conversei muito com ela, de ensinar, de orientar.* Além disso a participante destacou a proximidade que possui com a filha e de como a criança se parece com ela, tanto nas qualidades como nos defeitos. A P8 considerava o relacionamento com a filha: *Normal, é ótimo.* Para a P9, o relacionamento: *É bom, de carinho, muito amor.* Para a P10 é: *Normal, de boa, bem tranquilo.* Além disso, a P10 ressaltou que elas conversavam bastante. Para a P11: *É um relacionamento bastante saudável, a gente conversa muito.* A P11 relatou que se considerava paciente e contou sobre as atividades que desenvolviam, pois disse que brincavam, conversavam e faziam várias coisas juntas. A P12 relatou: *É bom, a gente se dá bem.* A P13 disse que o contato dela com a filha era *normal* e que avaliava o contato entre elas como *bem tranquilo, bem.*

Desse modo, apenas a P5 relatou dificuldade no relacionamento com a filha, apontando dificuldade para que a criança conversasse e se abrisse com ela. A P3 e a P4 relataram sobre as

mudanças de comportamento das crianças ao referir sobre o relacionamento com elas. As demais participantes ressaltaram aspectos positivos da relação.

5.7.4.2 Subeixo temático: como ficou o relacionamento após o abuso

A P1 informou que após a revelação do abuso o relacionamento com a filha ficou normal, pois considerava que não mudou o *tipo de educação*. A participante contou que era exigente e que não alterou o tratamento que dispensava à filha. Porém, também apontou que ficou *muito mais atenta e mais desconfiada das pessoas*. Relatou que: *Então você passa a não confiar tanto, você acaba ficando um pouco perturbada diante do que aconteceu, né?*

Em relação ao relacionamento com a filha após o abuso, a P2 relatou: *Eu achei ela mais agressiva comigo [...] muitas vezes ela me abraça com carinho, vem, deita no meu colo, aquele chamego de filha que ela tem, mas tem vezes que: “Você é chata, você não sei o que lá, você é louca”*. De acordo com a P2, essas alterações da filha, como gritar e jogar objetos, interferiam no relacionamento entre elas, o que iniciou após a descoberta do abuso. Porém, a participante mencionou que a criança apresentava outras alterações de comportamento e humor anteriores à descoberta do abuso.

Para a P3 houve mudança porque ela ficou *mais grudada* com a filha. A participante relatou: *Eu fiquei com tanto trauma que eu ia no banheiro, eu levava ela, eu ia em tal lugar e levava ela. Falavam assim: “Ela pode...”. Eu: “Não! Ela vai comigo!”*.

A P4 informou que se tornou mais protetiva em relação aos filhos: *Fiquei mais coruja, mais coruja, mais protetiva, antigamente eu deixava eles brincarem, mas agora não, agora só vai brincar quando eu estou de olho, comigo perto*.

Para a P5 houve mudança no sentido de dar mais atenção para a criança, o que a fazia se sentir mais próxima à filha: *Eu estou dando mais atenção para ela, procurando saber como foi o dia, pergunto mais para ela como está o dia dela, o que que ela passou, o que ela está sentindo, assim, a gente está bem mais próxima*.

A P6 relatou que queria o tempo todo ficar com a filha e justificou que era: *Para não ter que acontecer outra coisa de novo. Nem com o meu filho na minha casa eu não deixo ela depois que aconteceu isso, eu não estou nem trabalhando para poder cuidar dela.*

Para a P7 o relacionamento ficou bom, mas a filha ficou preocupada porque a mãe tentava esconder o que sentia, porém, ela percebia como nos momentos em que a P7 chorava. Assim, a participante acreditava que havia zelo das duas partes, porque ela sempre ressaltava que ia proteger a filha: *Ficou um excesso de zelo das duas, ela preocupada porque eu estava triste, eu preocupada se estava tudo bem, tentando analisar, mas ficou tudo bem, era mais a preocupação uma com a outra mesmo, se está tudo bem.*

A P8 contou que estava mais próxima da filha: *Olha, eu acho a gente se uniu mais, a gente está mais grudada do que antes.* Também relatou que: *É, eu não sei se é errado ou se é certo, depois que aconteceu, eu não fico deixando ela muito isolada, sabe? Muito longe de mim, da minha vista, eu sempre quero que ela esteja ali, onde eu estou vendo. Antes não, antes ela saía para ir brincar com as crianças, na igreja, agora não, eu quero que ela esteja no meu olhar.*

Para a P9 o relacionamento com a filha tornou-se mais íntimo, pois considerava que ficou: *Mais próximo ainda porque daí você quer voltar para o útero, você quer segurar de uma forma que ninguém mais mexa.*

A P10 avaliou que não houve mudança no relacionamento com a filha: *Não mudou em nada, só pedia para ela não mentir mais para mim, que eu tinha ficado chateada que ela devia ter falado a verdade, mas que tudo bem, que eu entendia ela.*

Para a P11 *ficou mais próximo ainda.* De acordo com a participante, a filha se apegou mais a ela depois do ocorrido, pois acreditava que a criança sentiu que o pai fez algo errado e que a mãe a apoiou, a ouviu e a defendeu.

A P12 informou que: *Ficou normal, ficou até melhor porque agora ela vem, ela quer ficar mais perto de mim.* Desse modo, considerava que o relacionamento com a filha estava mais próximo.

A P13 relatou: *Ah, a gente presta mais atenção, né? Fica mais perto.*

Desse modo, as mães destacaram mudanças no relacionamento com as crianças após o abuso, principalmente no sentido de ter maior proximidade ou desempenhar maior proteção com as crianças (P3, P4, P8, P9, P11, P12, P13), de querer manter a criança próxima o tempo todo, não deixar sozinha ou sem supervisão (P3, P4, P6, P8) e dar mais atenção à criança ou à rotina dela (P1, P4, P5, P13). Além disso, as participantes citaram sobre mudanças no relacionamento como conversar mais com a criança (P5), desconfiar das pessoas (P1), as duas partes apresentarem excesso de zelo (P7) e a interferência de alterações de comportamento e humor da criança após o abuso para o relacionamento com a mãe (P2). A P10 foi a única participante que mencionou não ter ocorrido mudança no relacionamento com a filha depois da descoberta do abuso, apenas pedia para que a criança não mentisse mais. A P1, P7 e a P12 mencionaram que o relacionamento ficou bem ou normal, mas depois complementaram informando outras mudanças na relação, conforme descrito.

5.7.4.3 Subeixo temático: como é conversar sobre sexualidade com a criança

Quanto a conversar sobre sexualidade com a filha, a P1 relatou: *Olha eu ainda estou assim, estou na dúvida até que ponto eu posso abordar esse tipo de assunto com ela.* A participante contou que busca controlar o que a criança tem acesso na TV e que tenta restringir certos conteúdos: *Eu procuro pela idade dela [...] não deixá-la assistir certos programas que vão envolvendo essa parte da sensualidade ou da sexualidade.* A P1 apontou que devido à idade da filha estava: *estudando, pensando como abordar sobre sexualidade com ela, sobre o que é o órgão genital.* E que achava que era: *Muito cedo falar sobre isso com ela porque vai envolver tanta coisa na cabeça dela que tenho medo de abordar isso nesse momento. Então eu acho que ela não tem maturidade para receber esse tipo de informação nesse momento.*

A P2, ao relatar sobre como era conversar sobre sexualidade com a filha, disse que era *muito ruim* e que considerava dolorido porque: *É uma coisa que [...] ia conversar com ela mais tarde, não ia conversar agora. Então isso machuca.*

A P3 disse que não conversava com a filha sobre sexualidade e justificou: *Eu acho que ela não tem idade ainda para essas coisas, mesmo que aconteceu tudo. E ela não gosta de falar.*

Então, assim, eu respeito a... Como é que fala? O lado dela, né? De não querer falar, porque eu acho que eu também queria que ele ficasse fechado.

Segundo a P4, ela não conversava com os filhos sobre sexualidade: *Evito falar, eu só falo que é coisa errada, que não pode fazer, que é quando está passando uma cena assim na televisão eu mudo para eles não poderem ver.* Quanto ao motivo para não conversar com os filhos, P4 disse que não sabia, apontou a vergonha como uma possibilidade e disse que: *Eu nunca imaginei conversar com eles sobre isso, eu não sei porque até hoje eu não conversei também.*

A P5 relatou que: *Eu já nem falava com ela sobre isso, agora pior ainda, eu nem toco no assunto.* Quanto ao motivo, disse: *Eu acho que ela é pequena ainda para entender dessas coisas e se eu ficar falando vai mexer mais com a cabeça dela ainda, eu prefiro não tocar no assunto.*

A P6 inicialmente informou que ainda não falava com a filha sobre sexualidade, mas depois acrescentou que orientava a criança sobre as partes íntimas e sobre a necessidade de a criança ficar vestida e não se despir na frente de homens, mas disse que fazia as orientações sem tocar no assunto da situação de abuso que ocorreu. Ao ser questionada sobre como se sentia nessas ocasiões, disse que se sentia bem porque devido ao que ocorreu acreditava que precisava falar com a filha porque a criança estava crescendo e precisava saber o que poderia acontecer ou não.

A P7 disse que não falava muita coisa sobre sexualidade com a filha e disse que costumava orientar que tudo tem a hora certa, que quando ela crescesse ela poderia namorar e que o corpo dela iria se desenvolver, porém, afirmou: *Eu não entro muito em detalhe porque eu particularmente acho ela muito pequena, então eu lido mais com as coisas que ela pergunta.* Assim, a P7 tocava no assunto com mais frequência para orientar a criança diante das perguntas feitas pela filha, que geralmente eram sobre namoro. Também pontuou achar que: *Não era muito momento de falar desse assunto, penso eu, né? Mas eu tentava lidar com as perguntas dela, respondendo de forma coerente, que ela é pequena.*

A P8 relatou que antes era mais difícil, mas depois do ocorrido ela passou a conversar com a filha e citou que o grupo do qual ela participou, uma parceria entre o CREAS e uma universidade local para atendimento grupal das crianças que sofreram violência sexual e de seus responsáveis, atendidos em dois grupos separados, permitiu que ela ficasse *mais com a mente*

aberta para conversar. De acordo com a P8, antes ela achava que a filha: Era muito novinha para ficar falando as coisas, mas depois que aconteceu o abuso com ela, eu explico tudo certinho, que vai acontecer isso, acontecer aquilo, às vezes ela pergunta e aí eu falo. A participante afirmou que não tinha mais dificuldade para abordar o assunto com a filha, apenas para conversar com a criança perto do marido: Só que eu não converso perto do meu marido, né? Meu marido é meio... Meio tapado. A P8 disse sobre a criança que: Do pai dela ela tem vergonha, mas comigo não, ela não tem vergonha mais. Por essa razão, considerava que a criança passou a fazer mais questionamentos.

A P9 relatou que não tinha dificuldade em falar sobre a sexualidade, mas em saber o que poderia falar e como falar, assim destacou que talvez tivesse: *A dificuldade em saber o que passar [...] até o que que eu posso falar. A participante disse: Com relação ao que aconteceu, eu coloquei que foi errado.*

Para a P10 conversar sobre sexualidade é: *Normal hoje, normal porque eu falo para ela, quando aconteceu, eu falo para ela: “Ninguém pode mexer aqui, ninguém pode pegar aqui, ninguém pode olhar aqui, ninguém pode fazer isso aqui, se você tiver com alguma coisa e você for pedir para olhar, você não pode pedir para ninguém, sou só eu, você pode pedir só para mim, só eu, só eu, mais ninguém, ninguém!”.*

Quanto a conversar com a filha sobre sexualidade, A P11 inicialmente disse que era: *Tranquilo, eu acho que uma hora a gente tem que conversar mesmo. Porém, quando questionada se conversou com a filha sobre assuntos que envolviam a sexualidade, ela respondeu que: Não muito, não muito, ela não apresentou essa necessidade ainda, não fez perguntas, quando faz perguntas é: “Ai, de onde vem os bebês?”. A participante disse que contextualizou a resposta para a linguagem da criança e quanto à situação de abuso ocorrida, relatou que pediu orientação à psicóloga da filha para explicar para a criança: Que o pai fez uma feiura, que isso não se faz, ninguém deve mostrar o pipi para ninguém, nem as meninas não tem que fazer isso.*

A P12 respondeu: *Ai, eu não converso, porque ela não conversa comigo. De acordo com a participante, a filha passou com psicóloga do CREAS que orientou a criança, pois a psicóloga conversou, explicou tudo, desenhou, conversou. A P12 justificou que: Porque comigo ela já não... Ela tem vergonha.*

A P13 relatou que não falava com a filha sobre sexualidade e justificou: *É muito novinha, eu não falo não*. Quanto a ter feito alguma orientação à criança diante do que aconteceu, a P13 disse que: *Eu falei para ela contar para a mamãe, para não deixar*.

Em relação a como era conversar sobre sexualidade com as crianças, as mães demonstraram dificuldade em abordar as crianças e apresentaram como justificativa o fato de considerar a criança muito nova para tocar no assunto (P1, P3, P5, P7, P13), acreditar que a criança não tinha maturidade ou desejava conversar quando a criança estivesse maior (P1, P2), tinha dúvida de como abordar o assunto ou sobre o que poderia falar (P1, P9), por considerar que a criança sentia vergonha ou não gostava de tocar no assunto (P3, P12), não saber como a criança lidaria com o tema ou receio de que fosse prejudicial à criança (P1, P5), porque a criança não fez perguntas (P11) e porque a mãe sentia vergonha de tocar no assunto (P4).

Entre as mães que relataram conversar com as crianças estavam apenas a P6, P8 e P10. A P6 relatou que orientava a criança sobre as partes do corpo e devido ao que ocorreu acreditava que precisava falar com a filha porque a criança estava crescendo e precisava saber o que poderia acontecer ou não. A P8 disse que após a situação de abuso e do grupo que participou no CREAS, em parceria com uma universidade local, ela passou a orientar a criança e conversar com a filha, mas relatou que antes era mais difícil e porque antes considerava a filha muito nova para conversar sobre o assunto. A P10 disse que considerava normal e que orientava a criança sobre os tipos de contato que não deveriam ocorrer.

5.7.5 Eixo temático 5: impacto do abuso para a mãe

5.7.5.1 Subeixo temático: maneira que se sentiu ao tomar conhecimento

A P1 relatou que o primeiro sentimento que teve ao tomar conhecimento do abuso foi de impotência e com *aquela sensação de se sentir pequeno diante do fato*, também se sentiu *sem saber o que fazer*.

A P2 referiu que se sentiu *confusa, sem saber o que iria fazer*, razão pela qual considerava que ficou *sem reação* diante do ocorrido. De acordo com a P2: *Eu fiquei bastante*

nervosa na hora. A participante disse que sentiu *sede de vingança* e vontade de matar o agressor.

A P3 contou que ao saber do ocorrido ela se sentiu: *Ah, nervosa, tremia, chorava, eu fiquei em estado de nervos, né? Não conseguia fazer mais nada.*

Já a P4 respondeu: *Pior mãe do mundo.* A participante disse: *Eu me senti sem chão, fiquei num estado que não sei explicar, não sei explicar o estado que eu fiquei.*

Para a P5 o sentimento foi de raiva: *Ai, muita raiva, né? É uma coisa assim que eu nunca imaginaria que iria acontecer.*

A P6 disse que se sentiu nervosa e que *deu aquele choque.*

A P7 relatou que se sentiu nervosa, em pânico quando a criança demonstrou como a situação do banho ocorreu. Depois de acalmar a criança e a filha terminar de fazer os relatos, a P7 disse que sentiu que o *chão sumiu*. Também mencionou: *Claro que veio aquele sentimento de culpa.*

A P8 contou que se sentiu horrorizada e nervosa.

A P9 disse que se sentiu bastante assustada com a informação e com dúvida sobre como lidar com o ocorrido e de como contar o relato da criança para outras pessoas. Na questão 14, disse: *Fiquei bastante chateada, mexeu bastante comigo.*

De acordo com a P10: *Eu nem sei falar, foi a pior coisa do mundo, não sei, sei lá...*

A P11 relatou que se sentiu angustiada: *Fiquei angustiada de imaginar o que mais que pode acontecer e ao mesmo tempo já meio que achando previsível por causa dos outros comportamentos dele.*

De acordo com a P12, ao saber do abuso da filha: *Nossa, eu me senti um lixo porque eu nunca desconfiei, nunca pensei que ia acontecer isso, ainda mais ele sendo pai do meu filho.*

Para a P13 a primeira sensação foi de não acreditar, pois ela informou que quando eles estavam juntos ele nunca tinha feito isso antes. Segundo relatou: *Não dá nem para explicar, estranho.*

Ao relatar sobre a forma que se sentiram, as mães citaram com mais frequência que se sentiram nervosas (P2, P3, P6, P7, P8), sem saber o que fazer/sem reação ou sem chão (P1, P2,

P4, P7), não sabiam nem explicar como se sentiram (P4, P10, P13), sentiram-se como a pior mãe do mundo ou um lixo (P4, P12), assustada, chateada ou angustiada (P9, P11), impotente (P1), confusa (P2), com raiva (P5), culpada (P7), com vontade de se vingar (P2) e sem acreditar no que ocorreu (P13).

5.7.5.2 Subeixo temático: reação diante da descoberta do abuso

Quanto à reação apresentada diante da descoberta do abuso, a P1 relatou que quando soube do ocorrido: *Eu ouvi, procurei ouvir, mantive a calma, não transpareci nada para ela, orientei ela*. A P1 conversou com a filha, pois informou à criança que precisariam procurar o dono da frota da perua escolar e que provavelmente procurariam a polícia. Também elogiou a filha por ter contando o que ocorreu: *Eu expliquei para ela que se a gente não contasse para a polícia a gente não iria estar salvando outras crianças, né? Que ela contando isso, ela teve uma atitude muito bonita*. Outra reação da P1 foi a de contar para o marido o episódio após ele chegar do trabalho.

A P2 disse que pensou em ir conversar com o agressor pessoalmente, mas manteve a calma: *Porque você tem homens dentro de casa, que você tem que controlar*. A P2 relatou que, quanto à reação apresentada, chamou a polícia e procurou preparar a genitora dela, companheira do agressor, mostrando a gravação que havia registrado do contato telefônico que fez com o agressor, na qual ele confirmava o abuso que havia sido presenciado pelo marido da P2 e relatado pela criança.

A P3 disse que a reação que teve foi procurar a delegacia e fazer o boletim de ocorrência assim que amanheceu o dia, pois a criança fez o relato à noite. Relatou que a reação apresentada na hora foi de entrar em estado de choque e, apesar de ter pensado em falar com o sobrinho, a P3 decidiu conversar com o compadre dela para ver o que mais ela iria fazer, ele também sugeriu que procurassem a delegacia e os dois conversaram com a criança.

A P4 chamou o adolescente, que confessou o abuso, em seguida ela chamou a polícia, a mãe do adolescente e ele confirmou o que ocorreu diante de todos. Quanto à reação apresentada, a P4 disse: *Eu fiquei fria, de uma tal maneira que eu queria voar em cima do menino, queria matar o menino, vou ser bem sincera, mas parecia que tinha uma coisa me*

segurando, que eu não conseguia ter reação, a minha reação era pegar meu filho, minha filha, proteger eles. Assim a participante considerou que: Não conseguia fazer nada, não conseguia dar um tapa, fiquei assim no choque.

Para a P5 a reação inicial foi de acolher a filha e depois foi de registrar a ocorrência: *Eu cheguei e meu marido já estava sabendo, né? Aí eu fui abraçar ela, falar que eu amava muito ela, que era para ela contar comigo, depois eu fui fazer o boletim de ocorrência.* Na questão 14, a P5 disse que se sentiu sem reação: *Eu fiquei sem fazer nada.*

A P6 relatou que, no dia seguinte, levou a criança à creche, conversou com a diretora da escola, que informou que no local não trabalhava nenhum homem. A P6 deixou a criança na creche e foi trabalhar, a escola acionou o Conselho Tutelar e foi solicitado que a P6 comparecesse ao Conselho juntamente com a filha. Quanto à reação diante da situação, a P6 relatou que chorou, ficou com a criança no colo e falou para o então companheiro deixar a casa em que residiam, pois disse para ele: *Pega tuas coisas e vai embora porque dentro da minha casa eu não quero mais você. Oito anos juntos, isso não se faz com a minha filha, com a própria filha sua.* Em seguida levou a criança ao pronto-socorro, acompanhada pela vizinha e pelo marido desta.

A P7 disse que a reação inicial foi de não fazer nada, de sentar para organizar as ideias e de: *Parar ali e pensar o que a gente ia fazer para resolver, porque não adianta desesperar, querer fazer nada com as próprias mãos, ligar, xingar, eu não fiz nada disso.* A participante informou que em seguida: *A gente resolveu fazer o BO e foi saber as medidas corretas para proteger a [filha].* A P7 também informou que chorou durante vários dias, disse que não teve reação, mas que procurou tomar conhecimento de como proteger a filha legalmente, pois por ter vindo de uma família conflituosa sabia que reagir com agressividade não resolveria.

A P8 contou que após flagrar a situação foi conversar com o agressor e quando retornou à cidade de origem procurou a polícia, pois o ocorrido se deu na casa de um familiar que residia em outra cidade. Também informou que na hora que flagrou o abuso: *Meu sentido sumiu, eu senti vontade de matar ele na hora, fiquei nervosa, muito nervosa, eu fui correndo lá onde ele estava, fiquei nervosa.*

A P9 soube da situação quando estava dando banho nos três filhos e a filha que sofreu o abuso fez o relato, a reação dela foi de procurar manter a calma e conversar com a filha para ter acesso a mais informações. Ela terminou o banho das crianças e depois falou para a sogra o

que a criança tinha dito. A P9 disse que não sabia como contar para o pai da criança, com medo da reação dele *porque o pai sempre foi muito sangue quente*. A P9 disse que a reação dela foi se afastar e afastar a filha do agressor e que não era do feitio dela querer tirar satisfação.

A P10 disse que após a criança fazer o relato inicial ela passou vários dias chorando: *Eu deitei numa cama, parece que quando ela falou para mim aquilo ali o mundo acabou, eu deitei e fiquei lá, dois, três dias chorando. Às vezes eu comia porque meu menino fazia comida, ela ia lá, catava um pouquinho, levava no prato e mandava eu comer*. Após voltar ao trabalho, a P10 falou com o policial que trabalhava no mesmo mercado que ela, ele acionou o Conselho Tutelar e foram tomadas as outras providências, como encaminhamento para o CREAS e para a Delegacia de Polícia para que fosse registrado o boletim de ocorrência. De acordo com a P10, além de ter chorado vários dias em casa, isso também acontecia no trabalho: *Eu ia trabalhar, eu saía do meu caixa, eu ia para o banheiro chorar*.

A P11 disse que quando a criança fez o relato inicial ela adiantou uma sessão com a psicóloga que acompanhava a criança, pois segundo informou: *Eu queria ter certeza que o que eu estava ouvindo estava tendo a conotação que eu estava achando, que era a conotação sexual*. A reação de P11 foi de tentar acalmar a filha e distraí-la para que ela pensasse em outra coisa.

A P12 disse que quando a criança relatou sobre a situação, ela a levou à delegacia no mesmo instante. Quanto à reação apresentada, a participante relatou: *Fiquei sem reação, até hoje eu estou sem reação*.

Quanto ao que fez quando a criança contou sobre o ocorrido, a P13 disse que para a filha ela não falou nada e foi ao CRAS de seu território procurar a assistente social para pedir orientação. Em relação à forma que reagiu, a P13 disse que não sabia falar e ficou emocionada.

Dessa maneira, ao relatar sobre o que fizeram quando tomaram conhecimento do abuso e qual a reação apresentaram, as mães citaram com mais frequência ter ficado em estado de choque, sem reação ou sem saber explicar como reagiram (P3, P4, P5, P7, P8, P12, P13), acionaram a polícia ou registraram boletim de ocorrência (P2, P3, P5, P7, P8, P12), disseram que procuraram manter a calma (P1, P2, P7, P9), que conversaram/orientaram ou acolheram a criança (P1, P3, P5, P9), contaram sobre o ocorrido para familiares ou conhecidos (P1, P3, P9, P10), conversaram com o agressor (P2, P4, P8) e choraram (P6, P7, P10). A P1, a P2 e a P9, ao

informar sobre a reação apresentada, mencionaram sobre o receio de como contar sobre o abuso e a reação que os maridos e filhos poderiam apresentar pelo fato de serem homens.

5.7.5.3 Subeixo temático: acredita que poderia ter feito algo de diferente

Quando questionadas se diante do que ocorreu fariam algo de diferente, a P1 e a P2 disseram que não fariam nada de diferente.

A P3 relatou que o que poderia ter feito de diferente era quanto ao trabalho: *Seria em relação ao trabalho porque nunca que isso ia acontecer com a minha filha se eu estivesse cuidando dela.* Também relatou que a *consciência doeu* porque na época do ocorrido ela como técnica de enfermagem cuidava de uma criança com paralisia cerebral, que era totalmente dependente, e a P3 se questionava: *Como eu cuidando tão bem de uma criança e acontecendo isso com minha filha na minha casa, sabe?*

A P4 disse que em relação à postura diante do agressor não mudaria: *Eu acho que agiria do mesmo jeito, não ia mostrar violência na frente dos meus filhos.* Porém, em relação ao posicionamento dela quanto aos filhos disse que já mudou: *Agora, se for questão de deixar meus filhos irem na casa dos outros, aí eu mudo, porque eu não deixo mais.*

A P5 relatou que o gostaria de ter feito de diferente seria deixar de trabalhar para cuidar da filha. Quanto à reação apresentada ao saber do ocorrido, disse que não teria reação diferente.

A P6 contou que teria denunciado o ex-companheiro da mesma forma, assim, não apontou comportamentos que apresentaria de forma diferente. Da mesma forma, a P7 disse que *faria tudo igual* e considerava que não tinha tomado nenhuma atitude errada.

Para a P8, o que ela faria de diferente seria denunciar o agressor no mesmo dia e chamar a polícia na mesma hora, mas pelo fato de estar em outra cidade, nervosa e da avó do marido dela ser doente, ficou com medo da idosa *passar mal e acontecer alguma coisa.* A P8 acreditava que se tivesse acionado a polícia na hora o agressor já estaria preso: *No dia que aconteceu eu devia ter chamado a polícia na hora e não ter vindo para cá, esperado resolver, porque até agora não deu em nada.*

A P9 informou que quanto à reação que apresentou não mudaria, pois acreditava que teria sido pior se ela tivesse tido contato com o agressor. Portanto, ela agiria da mesma forma.

Para a P10 o que ela faria de diferente seria não permitir o contato da filha com o avô paterno: *Se eu soubesse que isso iria acontecer, que ele fosse capaz de fazer isso, eu nunca ia deixar ela ir para lá, nunca.*

A P11 respondeu acreditar que não faria nada diferente. Já a P12 disse não saber se faria algo de diferente, pois informou que ainda não tinha conseguido entender a situação e relatou sobre o contato com o agressor, que era uma pessoa a quem ela conhecia há muito tempo e que sempre a ajudava, desse modo, não soube mencionar se faria algo de diferente na situação. A P13 informou que não faria nada de diferente.

Várias mães relataram que diante do ocorrido não sabiam ou não teriam feito algo diferente do que fizeram (P1, P2, P6, P7, P9, P11, P12 e P13), foi mencionado que não trabalhariam para se dedicar às crianças (P3, P5), algumas citaram que não mudariam a reação ou a ação diante do agressor, mas mudariam outros aspectos, como não deixar criança ir à casa de outras pessoas (P4), deixar de trabalhar (P5), ter denunciado a violência na hora do ocorrido (P8) e não ter permitido o contato com o agressor se soubesse da possibilidade do abuso ocorrer (P10).

5.7.5.4 Subeixo temático: fez contato com agressor após saber do abuso

Sobre ter conversado com o agressor sobre o ocorrido, a P1 disse que não conversou e que não tinha contato com o agressor.

A P2 conversou com o agressor, mas esse contato não mudou a percepção dela quanto ao relato da criança, pois ele confessou os abusos, apesar de não ter dado detalhes. Ela conseguiu gravar a conversa que tiveram por telefone, o que serviu como prova no inquérito policial.

A P3 disse que conversou com o sobrinho, mas que isso não mudou a percepção dela em relação ao que a criança contou. A P3 relatou: *Eu percebi que ele ficou pálido, ficou sem*

ação, aí depois ele falou que era mentira, que ela tinha inventado. Como pode uma menina de cinco anos inventar tal coisa? Ele negou.

A P4 disse que conversar com o adolescente também não mudou a percepção dela. Além disso, o adolescente confessou ter praticado o abuso. Depois do que aconteceu, a participante não teve mais contato com ele.

No contato da P5 com o agressor por telefone, depois que ela tomou conhecimento do abuso, ele falou que estava sendo perseguido por ela, que ele tinha duas filhas e não teria motivo para praticar abusos contra uma menina de sete anos, que ele frequentava a igreja e jamais faria isso. Apesar de negar, a fala do agressor não interferiu na percepção que a P5 tinha quanto ao que a filha contou.

A P6 informou que conversou com o então companheiro, pai da criança, quando ela retornou para casa e tomou conhecimento da situação e quando ela levou a filha ao hospital. Nas duas situações o pai da criança negou qualquer possibilidade de abuso e a P6 disse que pensava: *Ah, será que ele fez? Ah, será que ele não fez?* A participante havia relatado em outras questões que apesar dele negar, ela não via a possibilidade de outro agressor na situação, já que a avó materna da criança relatou que deixou a menina com o pai pouco tempo antes do ocorrido. Desse modo, apesar de dizer que não podia afirmar se foi o pai da criança que cometeu algum abuso, a P6 referiu que o relato dele não mudou a percepção dela de que poderia sim ter acontecido algo.

Não houve contato da P7 com o agressor para conversar sobre o ocorrido. A P7 e a filha receberam medida protetiva em desfavor ao agressor, que não podia se aproximar ou fazer qualquer tipo de contato com elas.

Para a P8, apesar do agressor ter negado e chorado quando ela foi falar com ele, isso não mudou a percepção dela em relação ao que a filha contou. Ela ressaltou que a criança falou na frente dele o que ele havia feito, mas ele continuava negando. Além disso, a P8 flagrou o agressor abusando da filha dela.

A P9 não conversou com o agressor. A P10 também não teve contato com o agressor: *Não, não, não. Não falo, a partir do momento que eu soube, ali não falei mais, não falo, tanto é que eu nem tenho mais telefone dele, não tenho, não tenho contato de nada.*

A P11 conversou com o pai da filha dela, mas ele negou. Segundo informou: *Primeiro ele fala que foram as crianças que abaixaram a calça dele, depois ele fala que escorregou a calça*. Ele também acusou a P11 de ter feito a criança apresentar esses relatos, pois disse que a P11 colocou isso na cabeça da filha para a criança repetir. Em relação à conversa que teve com ele, a participante disse que não mudou a percepção quanto ao relato da criança *nem um pouco*.

A P12 relatou que não conversou com o agressor, contou que o viu quando a chamaram para que ela acompanhasse a ocorrência e depois na delegacia também se viram, mas não se falaram. Da mesma forma a P13, que informou que não conversou com o agressor.

Foi equilibrado o número de participantes que citaram não ter conversado com o agressor (P1, P7, P9, P10, P12, P13) e o número de participantes que citaram ter conversado (P2, P3, P4, P5, P6, P8, P11). Todas as mães que conversaram informaram que o relato apresentado pelo agressor não mudou a percepção delas quanto à ocorrência do abuso ou em relação aos relatos apresentados pela criança.

5.7.5.5 Subeixo temático: houve suporte de amigos e familiares

A P1 contou que as pessoas que ficaram sabendo do ocorrido tiveram muita revolta. A participante contou primeiro para o marido e disse que ele *queria matar o cara*. Ela também conversou com o irmão, que ao tomar conhecimento queria ir à casa do agressor. A P1 e o marido conversaram com o dono da frota de transporte escolar, que passou mal ao saber da situação. Quanto à avaliação que fazia da reação de quem soube, a P1 disse que não julgava ao se referir às reações do marido e do irmão, mas ressaltou que ela era contra a violência e disse que: *Cada um tem um jeito seu de pensar, mas quando falam sobre violência, sobre dar um jeito, eu falo não, eu discordo*.

A P2 relatou que os amigos que souberam da situação mostraram-se surpresos e assustados. Quanto à família, a irmã aceitou o relato como verdade, mas a genitora de P2, que inicialmente acreditou na ocorrência do abuso ao ouvir a gravação em que o agressor confirmava os abusos praticados, deixou de acreditar no ocorrido após conversar com ele. Em relação à forma que avaliava a reação das pessoas, a P2 disse que como as pessoas ficavam muito nervosas ao tomar conhecimento: *Isso fez que até bloqueasse, ficasse mais quieta na*

minha, mais em sigilo. Relatou que a reação dos amigos e da irmã considerava *normal*, quanto à reação da mãe e de outros familiares maternos, disse achar que eles estavam sendo enganados, assim como P2 sentiu-se enganada pelo agressor quando ela tomou conhecimento dos abusos.

A P3 contou que conversou com o compadre dela, padrinho da criança, e ele ficou nervoso, pois também conhecia o sobrinho da P3 e eles achavam que era uma pessoa de confiança. Ela também contou para uma amiga de trabalho, que a acompanhou quando ela conversou com o sobrinho enquanto a criança estava na casa do padrinho. Sobre a reação das pessoas, a P3 pontou que a situação era revoltante para quem tomava conhecimento.

A P4 disse que quando contou para os familiares eles ficaram em choque e a responsabilizaram pelo ocorrido: *Falaram que a culpa era minha porque não era uma boa mãe, porque onde já se viu eu ter deixado um menino de 13 anos ter brincado com duas crianças, aí foi onde eu me senti a pior pessoa do mundo também.* De acordo com a participante, os amigos tiveram um posicionamento diferente e falaram que a culpa não era dela. Ela contou para os padrinhos da filha, para a avó paterna e a avó materna, já os amigos e vizinhos viram quando ocorreu a situação. A mãe da P4 mostrou-se acolhedora diante do ocorrido. A P4 avaliava que as pessoas ficaram em choque quando souberam porque não esperavam que aquilo fosse acontecer, mas no momento que participou da entrevista considerava que as pessoas já agiam como se não tivesse ocorrido nada, apesar de notar que a família estava *mais naquela proteção*.

A P5 disse que relatou para familiares e que *muitos acreditaram, outros não*, o que ela atribuiu ao fato do agressor ser uma pessoa conhecida e frequentar a igreja. Ela alertou um primo, que deixava a filha de seis meses na casa desse tio, sobre o que aconteceu com a filha dela, mas como ele falou: *Nossa, meu tio ia fazer essas coisas?* A P5 achava que ele *não acreditou em certo ponto*. Quanto à reação das pessoas, a P5 respondeu: *Não fez diferença porque quem soube mesmo foi a minha mãe e as minhas tias.* Sobre as tias informou que a ex-mulher do agressor acreditou na ocorrência do abuso e se colocou à disposição para depor e ajudar no que fosse preciso devido às situações que ela vivenciou quando era casada com o agressor. Em relação às outras tias, disse considerar que elas estavam *meio despercebidas*, sem entender ainda o que havia acontecido. Quanto à mãe, a P5 contou que inicialmente ela também teve dificuldade de acreditar e questionou a P5: *Ai, isso não é coisa da sua cabeça?* A genitora da P5 acreditou após ser orientada por uma pessoa da mesma igreja que ela frequentava de que ele poderia mesmo ter praticado o abuso.

A P6 conversou com a vizinha, que foi quem buscou a criança na casa no momento em que o pai gritava por socorro, e com a genitora, os demais vizinhos souberam pelo fato do agressor sair pela rua pedindo ajuda. Quanto à reação da vizinha e da genitora, a P6 disse que elas ficaram preocupadas e que não esperava comportamento diferente das duas na situação.

A P7 relatou que as pessoas para quem ela relatou ficaram assustadas e quem soube ficou: *Preocupado se está tudo bem, preocupado se está tudo encaminhado, se as medidas estão sendo tomadas, eles querem saber como é que está, eles estão preocupados se está tudo certo*. Ela avaliou a reação das pessoas como normal diante do ocorrido: *Normal, porque é um assunto abominável*. Outro ponto destacado pela P7 foi de que os amigos e familiares que tomaram conhecimento não duvidaram, pois afirmou que quem conhece a criança sabe: *Como ela é verdadeira, como ela é esperta e como ela conta tudo com detalhes, então o jeito dela, ninguém duvidou*.

A P8 contou que alguns familiares tomaram conhecimento e que: *Ficaram revoltados, não acreditaram não que ele tinha feito isso*. Quanto à reação da família, a participante contou que alguns não acreditaram na possibilidade de abuso, mas que quem conhecia a criança sabia que *ela não é de ficar inventando essas coisas*. Os que não acreditaram se afastaram do núcleo familiar da P8 e os mais próximos foram os que acreditaram no relato da criança.

No caso da P9, ela conversou com alguns amigos e familiares e de modo geral todos estranharam, além disso as pessoas que souberam ficaram chateadas. Quanto à avaliação que fazia da reação das pessoas, relatou que achou: *Natural, que seria aquela coisa de espanto, de um certo horror pela situação, mais ou menos isso*. Para a P9 as pessoas foram acolhedoras, apenas a avó paterna da criança *foi contrária*.

A P10 contou sobre o ocorrido para uma colega de trabalho, que ela considerava a pessoa que mais deu suporte a ela, pois: *Foi a que mais me apoiou, a que mais me ajudou, aí ela falava também que queria matar ele, que se ela pudesse ela matava*. Quanto à reação da família, a P10 disse: *Na minha frente ficaram tudo normal, tipo assim, passado. Não tiveram uma reação para falar assim, vamos supor: “Ah, eu vou matar! Se eu pego um infeliz desse eu arregação”*. No entanto, a participante ponderou que em relação à família: *Até preferi nem ter reação mesmo porque vai que vai lá e faz algo de errado, tipo matar, essas coisas*. Assim, informou que: *Preferi [a família] não ter reação, então acho que para mim foi normal*.

As pessoas para quem a P11 relatou sobre o ocorrido já conheciam o genitor da criança, razão pela qual não se surpreenderam considerando os comportamentos anteriores dele: *Me apoiaram, acreditaram que eu não inventei isso, que realmente ele fez, por conhecer já o histórico dele, as atitudes dele.* A P11 afirmou que quem tomou conhecimento a apoiou e incentivou a denunciar o agressor e a levar a filha para acompanhamento profissional.

A P12 relatou que as pessoas que tomaram conhecimento reagiram como ela, sem entender a situação. Disse que as filhas do agressor não acreditaram e que *a mulher dele entrou em estado de choque, foi parar no hospital.* A genitora da participante foi à delegacia, também passou mal e foi preciso acionar o SAMU. Conforme relatado pela P12, antes do ocorrido, a mulher e as filhas do agressor tinham contato próximo com o filho que a participante teve com o agressor, mas depois que ele foi detido, elas passaram a culpar a P12 e o filho pela detenção. Além disso, a P12 teve impactos financeiros, pois antes o filho recebia pensão alimentícia e depois que o genitor foi detido não recebeu mais nenhuma forma de assistência, ainda que a família dele recebesse auxílio-reclusão. Quanto à reação de outras pessoas, a P12 relatou que não gostava de entrar em detalhes e geralmente só perguntavam se era verdade e se realmente havia acontecido a situação, ela respondia, mas não conversava muito sobre o assunto.

A P13 disse que conversou apenas com uma prima dela, com o restante da família ela não conversou. De acordo com a participante, essa prima achou estranho e perguntou para a criança, então a filha da P13 relatou o mesmo que já havia relatado para a participante, para o padrasto e para a psicóloga. Quanto à avaliação que fazia da reação das pessoas, a P13 disse que a prima e o marido acreditaram, porém: *O resto acha que é mentira, que eu inventei.* Em relação a quem seriam as pessoas que não davam apoio, disse que eram as outras primas e outras tias. Ao relatar sobre quem a apoiou, a P13 também mencionou a irmã e disse que o restante dos familiares acreditava que o agressor não havia feito nada com a criança.

Várias participantes mencionaram que ao mesmo tempo em que alguns amigos e familiares acreditaram na ocorrência do abuso e as apoiaram, outras pessoas não acreditaram (P2, P4, P5, P8, P9, P12, P13). Também mencionaram sobre as reações que as pessoas apresentaram ao tomar conhecimento do abuso, como de surpresa, choque, susto, preocupação, nervosismo, estranhamento (P2, P3, P4, P6, P7, P9, P12, P13), revolta (P1, P3, P8), culpar a mãe diante do ocorrido com a criança (P4, P12), passar mal ao saber do abuso (P1, P12), querer matar ou tirar satisfação com o agressor (P1, P4, P10), acreditar no relato da mãe e a apoiar (P7,

P11). Quanto à avaliação que faziam, várias mães consideravam a reação dos familiares como normal diante do ocorrido (P2, P7, P9, P10).

5.7.5.6 Subeixo temático: possui histórico de violência sexual

A P2, a P4, a P5, a P6, a P8, a P10, a P11 e a P12 informaram não ter sofrido abuso ou assédio sexual. A P1, a P3, a P7, a P9 e a P13 relataram sobre os episódios que sofreram.

A P1 relatou que, quando estava com oito anos, certo dia retornou da escola, mas a mãe dela não estava em casa, razão pela qual ela ficou esperando em frente ao portão da casa dela. Dois adolescentes, que eram irmãos de uma amiga de escola dela, disseram à P1 que a amiga estava chamando por ela, a participante acreditou e quando ela entrou na casa deles, ela relatou que: *Eles tentaram tirar minha roupa, enfim, tentaram fazer alguma coisa*. Ela conseguiu escapar da situação, mas não se recordava como.

A P3 disse que quando tinha entre quinze e dezesseis anos estava dentro de um ônibus e um homem se esfregou e ejaculou nela. Ela contou que o ônibus estava lotado e ela estava na presença da mãe e de alguns dos irmãos. Na época não foi registrado boletim de ocorrência. Na situação a mãe da P3 a tirou de perto do agressor e outras pessoas que estavam no ônibus bateram no homem e o tiraram do transporte.

A P7 relatou que foi vítima de violência sexual quando tinha sete anos e o agressor foi um tio paterno. Conforme informado pela participante, a família dela foi passear em uma cachoeira e como a P7 era pequena na época e a cachoeira era perigosa, esse tio disse que ficaria cuidando dela na nascente enquanto os demais familiares se deslocaram para a cachoeira. Eles entraram em um local em que havia água represada perto da nascente e esse tio praticou o abuso manipulando as partes íntimas da P7. Ela disse que quando alguém se aproximou, o tio saiu da água, falou para ela não contar para ninguém e fez uma ameaça caso ela contasse, da qual a P7 não se recordava mais. Ao retornar para casa, ela relatou o ocorrido para a genitora que não permitiu mais o contato com esse tio. Depois de adulta, quando o genitor dela faleceu em 2017, ela tomou conhecimento de que outras pessoas da família foram abusadas sexualmente por esse tio, inclusive com conjunção carnal.

A P9 foi vítima de abuso sexual, praticado por um tio avô. Conforme relatou: *Ele punha a mão da gente na parte íntima dele.* Na época ela era pequena e disse que: *Ele usava muito do artifício de guloseima [...] colocava o baleiro em um lugar alto para a gente subir, pegar e ele punha a mão na gente.* A participante relatou que esse tio já havia falecido quando ela tomou conhecimento de que esses abusos aconteceram com outras meninas da família, como com a irmã e com primas dela. A participante disse: *Eu achava estranho, não gostava, mas eu me esquivava no que eu podia, só que o que me atraía era o doce.* Ela contou que na época: *Não sabia que isso já tinha acontecido com outras pessoas porque eu fiquei quieta e eu só me esquivava da forma que eu conseguia e passava porque não era uma pessoa que eu tinha contato sempre.* Só depois de adulta que a irmã a questionou sobre o tio e perguntou para a P9: *Aconteceu isso com você também?*

Ao ser questionada se já havia sofrido alguma forma de violência ou assédio sexual, a P13 disse que sim. A participante relatou que no dia anterior à separação dela com o ex-companheiro ele forçou contato sexual.

5.7.5.7 Subeixo temático: acredita que poderia ter evitado o abuso

Quanto a acreditar que de alguma maneira poderia ter evitado o que ocorreu, a P1 referiu que: *Eu tenho que ter a consciência de que eu estou ensinando para ela que não pode tocar no corpo, que não pode deixar ninguém tocar no corpinho dela, o que eu podia fazer de orientá-la eu fiz, então agora eu não posso me responsabilizar pelos atos de outras pessoas, sabe?* Ela também apontou que a situação poderia ter acontecido à força e dentro da própria escola, por esse motivo, ela acreditava que *não poderia ter evitado o que ocorreu.*

A P2 disse que: *A gente acaba se sentindo culpada.* A participante contou que não descuidava da filha, não trabalhava fora para se dedicar a ela e ainda assim ocorreu o abuso: *A gente já não trabalha mesmo em casa de família direto porque eu tenho ela, para não deixar com os outros, então assim, para mim isso daí é uma decepção comigo mesma, eu acho que eu ainda não cuidei melhor.* Mas ao ser questionada se achava que teria algo que poderia ter feito de diferente, a P2 relatou que não, pois segundo informou: *A gente confiou, né? Estava em família.*

Para a P3 ela poderia ter evitado o abuso se considerasse que era um homem, apesar de ser sobrinho dela, e se ela não tivesse confiado tanto: *Independente de ser meu sobrinho ou de qualquer outra coisa é homem, né? Então o que eu poderia ter evitado? Não ter confiado tanto, né? Por mais que fosse um curto intervalo de convivência, só para levar e buscar ela na creche, eu devia ter pago alguém também.*

A P4 disse achar que poderia ter evitado, caso não tivesse deixado os filhos irem à casa da genitora do agressor.

Para a P5 seria possível ter evitado o que aconteceu se ela tivesse procurado outros lugares para a filha ficar ou frequentar: *Poderia, de não deixar ela com gente que não... Ah, sei lá, né? Não era estranho. De não deixar, fazer um esforço, ter procurado outros lugares para ela frequentar, projeto, não deixar ela assim jogada, que para mim ela estava jogada na mão dos outros.*

A P6 acreditava que a situação não teria ocorrido se ela tivesse chegado na hora e se não tivesse ido trabalhar no dia dos fatos, de acordo com a P6: *Que nem eu falei para minha mãe: “Mãe, se eu tivesse chegado na hora, se eu não tivesse ido trabalhar esse dia não tinha acontecido isso”. A P6 também acreditava que a situação poderia ter sido evitada se a criança tivesse ficado na casa da avó: Ainda falei para minha mãe: “Mãe, por que a senhora não pegou ela, levou para a casa da senhora?”. Mas a avó da criança justificou que não poderia imaginar o que iria ocorrer.*

A P7 relatou que antes acreditava que poderia evitar o abuso e se sentia culpada por conhecer o pai da criança, mas depois ponderou que ele tinha direito à visita e que nunca imaginou que isso pudesse ocorrer com a filha e que: *Não ia ter argumento para não deixar, então eu acho que eu não poderia fazer nada porque foi no dia da visita do pai, que é um direito dele, o que que eu ia fazer? A P7 ressaltou que não confiava em deixar a criança sozinha com o pai, mas relatou que era cisma, não era uma certeza.*

A P8 também relatou acreditar que não poderia ter evitado o abuso, já que o agressor estava sempre presente na família, era marido da mãe dela e ainda praticava os abusos perto dos familiares: *Ele fazia as coisas na nossa cara, que a gente não via, assim, ele fazia perto da gente, a gente aqui e ele mexendo ali com a menina, eu acho que não tinha como evitar.*

A P9 respondeu: *Acredito que não, porque eu não tive como falar: “Não vai deixar!”*. A P9 destacou que não estava junto na situação e que foi a sogra, avó paterna da filha, que deixou a criança sob os cuidados do agressor e não a P9. Relatou que: *Não tive e não teria como mudar essa situação, infelizmente, porque aconteceu assim, mas poderia ser com outra pessoa ou em outra situação*. A P9 também disse que: *Ela confiou, não eu. Eu confiei nela, entendeu?*

A P10 informou que também não teria como evitar o abuso: *Não, porque se eu soubesse eu nunca deixaria ela ir para lá, mas como eu tinha confiança eu deixava, então não, se eu soubesse eu não deixaria, mas como eu não sabia ...*

Para a P11 não seria possível que ela evitasse: *Ah, eu não conseguiria evitar isso, não teria como evitar*. Ela informou que a situação ocorreu na casa do pai da criança, na presença da atual esposa e da enteada dele. Também pontuou que ele tinha direito de visita e que na época estava estabelecido que a criança poderia inclusive dormir na casa dele. A participante destacou que o fato de ter realizado o boletim de ocorrência pode ter evitado a possibilidade de que ele *chegasse a uma via de fato, um estupro mesmo*.

A P12 informou que acreditava não ter como evitar: *Ah, não. Porque eu não ia imaginar, né? Então não tinha como*.

A P13 disse que: *Sim, de não ter deixado elas dormirem lá. Só ver, visitar e trazer de volta*.

Desse modo, várias participantes acreditavam que não teriam como evitar a ocorrência do abuso (P1, P2, P7, P8, P9, P10, P11, P12). Apesar disso, uma participante (P2) citou que acreditava que deveria ter cuidado melhor da filha. As participantes que acreditavam que era possível ter evitado o abuso (P3, P4, P5, P6 e P13), disseram que a situação não teria ocorrido se as crianças estivessem sob os cuidados de outra pessoa (P3, P5, P6) e se não tivessem acreditado ou permitido o contato com o agressor (P3, P4, P13). Além disso, a P3 citou que deveria ter desconfiado pelo fato do sobrinho ser homem e a P6 acreditava que se não estivesse no trabalho a situação não teria ocorrido.

5.7.5.8 Subeixo temático: maior dificuldade enfrentada diante do abuso

A P1 relatou sobre a dificuldade de retomar a situação que ela vivenciou quando também era criança, pois disse que lembrar do assunto ainda era uma relutância e algo que a incomodava, além do fato de não conseguir se recordar de que maneira ela escapou, o que a deixava desconfortável. Ela relatou sobre essa situação a primeira vez após o abuso sofrido pela filha.

A P2 citou suas duas maiores dificuldades: *Acreditar no que está acontecendo [...] e ver a minha mãe sofrendo por uma coisa que é verdade e ela está achando que é mentira*. A genitora da P2, avó materna da criança, acreditou e ficou do lado do companheiro, apesar dele ter sido detido pelos abusos que praticou em relação à criança.

Para a P3 a maior dificuldade foi aceitar o que aconteceu, pois, além do agressor ser sobrinho dela, ela ajudou a criá-lo: *Ele era maltratado quando criança pelo pai, pela mãe e eu fiz com que a minha mãe tirasse ele dos pais para cuidar dele e hoje em dia ter acontecido isso*.

A P4 disse que a maior dificuldade diante do que ocorreu foi: *Admitir que a culpa foi minha*. De acordo com a participante, ela se sentia responsável por ter deixado os filhos terem contato com o adolescente: *A culpa foi minha por ter deixado*.

Para a P5 a maior dificuldade era conversar com a filha sobre o assunto referente ao abuso sexual e sobre o que a filha estava passando em decorrência da violência sofrida.

A P6 informou que a dificuldade era lidar com as alterações de comportamento da filha: *Eu me ajudar para poder ajudar ela, sabe? Na hora da crise dela de nervoso*.

Para a P7 a maior dificuldade era: *Disso ficar, de causar algum mal nela futuramente, na fase adulta*. Também referiu sobre o medo do pai se aproximar da criança, dela não poder proteger a filha e o genitor fazer mal à filha não só fisicamente, mas psicologicamente também.

A P8 relatou que tudo para ela foi difícil e que a maior dificuldade foi enfrentar a situação, ficar centrada na filha. Também ressaltou que os primeiros meses foram mais difíceis: *Foi terrível!* Diante do que enfrentou, a P8 disse que o pior *foi o abandono da família*, já que os familiares se afastaram e apenas a mãe dela ia visitar a criança, apesar da P8 e da mãe não se falarem como antes, assim como a irmã da participante que não conversava com a P8 mais.

A P9 também relatou sobre o contato com a família, pois apontou que a maior dificuldade foi: *Meu relacionamento com a avó, o pós com a avó, porque ela tomou a razão*

para o lado dele. Ela contou que a sogra se posicionou contra, a bloqueou e bloqueou o marido dela em aplicativo de mensagens com a justificativa de que era para evitar conversa, também disse para o marido da P9 que não iria terminar o relacionamento com o agressor só porque o filho queria. Diante disso, a participante considerava que: É uma mentalidade tão bagunçada, sabe? Se põe de vítima. E então a dificuldade maior é meu relacionamento com ela.

Para a P10, era se recordar do que ocorreu: *Nossa, a minha maior dificuldade é às vezes quando eu lembro. Só isso, depois passa também, é passageiro, às vezes eu lembro, mas depois passa. Porém, a participante destacou que a frequência estava diminuindo: Agora está distanciando mais, mas no começo era mais perto, né? Agora não, agora está bem mais distante, mas assim é difícil eu lembrar, só quando eu acho que eu estou meio para baixo, eu fico pensando como que a vida podia ser, podia ser diferente.*

A P11 disse que para ela a maior dificuldade era afastar o agressor da criança e proteger a filha, pois considerava que só afastando o genitor da filha conseguiria protegê-la. Desse modo, estava buscando judicialmente formas de tentar suspender as visitas assistidas que ainda ocorriam entre a criança e o genitor.

Para a P12 a dificuldade estava relacionada ao filho que ela teve com o agressor, pois relatou que demorou muito tempo para que ele fosse aceito pelas irmãs por parte de pai e quando elas o aceitaram ocorreu a detenção do agressor, o que as levou a culpar a P12 e a criança pelo ocorrido. Conforme informado pela participante, ela tinha receio sobre quando o filho estiver maior e quiser informações sobre o pai, já que ela ainda não sabia como iria explicar para o filho quanto à situação ocorrida, razão pela qual gostaria de tirar o nome dele dos documentos da criança, mas já havia tomado conhecimento de que isso não era possível. Também relatou que os familiares do agressor não repassavam o valor da pensão alimentícia que o filho em comum da P12 e do agressor tinha direito, apesar de receberem o auxílio-reclusão dele.

Sobre a maior dificuldade diante do que aconteceu, a P13 respondeu: *Ah, sei lá, de acreditar que isso aconteceu, de não ter feito nada, sei lá.*

As maiores dificuldades citadas pelas participantes foram lidar com as consequências familiares da revelação do abuso (P2, P3, P8, P9, P12), principalmente em relação ao afastamento e falta de apoio de familiares; acreditar/aceitar ou lembrar/lidar com o que ocorreu (P2, P3, P8, P10, P13); receio do impacto que a situação poderia ter futuramente (P7, P12) e receio em relação ao agressor (P7, P11). As participantes também mencionaram dificuldade em

lidar com o sentimento de culpa (P4), lidar com as alterações de comportamento da criança (P6), lidar com as questões relacionadas à violência que vivenciou quando criança (P1) e conversar com a criança sobre o assunto (P5).

5.7.5.9 Subeixo temático: como está diante do que aconteceu

A P1 referiu que estava buscando observar mais a filha depois do que ocorreu: *Estou muito mais com ela, estou presenciando, estudando mais o comportamento dela, estou analisando bem ela, estou vendo como ela está, se isso afetou de alguma forma.*

A P2 relatou que a vida dela *em certo ponto, está bem, mas em certo lado não*, pois fica preocupada com a filha e com o futuro da criança, o que pode ocorrer caso não cuide da filha e devido à agitação apresentada pela criança.

A P3 relatou que passou a ter problemas na tireoide e relacionava o hipotireoidismo com o nervoso que passou. Relatou que conseguiu retornar ao trabalho depois de cinco meses: *Porque meu psicológico estava bem abalado, meus nervos estavam muito abalados, não conseguia escrever, não conseguia quase nem falar, fiquei em depressão, fiquei dentro do quarto, eu não saía, ficava trancada. Aos poucos que eu fui vencendo de novo. E saber que querendo ou não eu preciso trabalhar, né?*

Para a P4 a vida dela estava bem, mas considerava que o problema estava com ela: *Várias noites eu choro porque eu vejo e fico lembrando o que aconteceu, mas eu evito de mostrar para todo mundo, mas eu não estou bem porque eu não esperava que ia acontecer isso, quem não está bem na situação sou eu.* A P4 relatou que sentia tristeza, vontade de chorar, coisas pequenas a deixavam nervosa e a faziam brigar com o marido, até na frente dos filhos, algo que ela não queria que acontecesse.

A P5 relatou que se sentia muito culpada e que estava evitando o relacionamento com o marido, o que ela relacionava à dificuldade de se abrir para conversar por receio de que ele pudesse tomar alguma atitude em relação ao agressor.

A P6 disse que ficava bem quando estava com a filha, porém, ficava nervosa quando a criança tinha crises, por não saber como lidar ou como acalmá-la, razão pela qual achava que a criança precisava de um calmante.

A P7 acreditava que em meses anteriores tinha sido mais difícil, mas que ela estava bem: *Acho que diante de tudo eu estou bem, não estou tomando remédio para dormir, estou dormindo, estou conseguindo lidar com tudo isso. Dá uma desestabilizada, dá tristeza, mas eu não vou deixar me abater, já aconteceram comigo coisas piores, né? E eu passei e vamos passar por isso e a [filha] vai superar e eu tenho que ficar bem, tenho que ficar firme para eles, para ela, para o [filho], meu marido.* A P7 ressaltou que acreditava estar reagindo, pois às vezes as pessoas falam que estão bem, mas na verdade não estão. Relatou que estava buscando ver aspectos positivos em meio à situação de violência como uma forma de não se desanimar, entre tais aspectos citou a reaproximação do filho, a ajuda do marido, o fato da filha estar fisicamente bem e por não ter ocorrido situação pior. Pelo fato da família dela estar unida, ela acreditava que: *Não tem porque eu me abater, eu tenho que sacudir a poeira, seguir em frente, cuidar das coisas, da rotina, do estudo, de tudo.*

Para a P8, diante do que aconteceu ela estava melhor, mesmo que o agressor ainda não tivesse sido preso, ela ressaltou que procurou não se focar mais no que ocorreu: *Eu não fico mais focada nesse ato, no que aconteceu porque eu acho que judia mais da família, fica martirizando mais e mais ficar pensando, sabe?* A P8 também destacou que estava buscando: *Seguir minha vida com minha filha, cuidar dela e deixar eles para lá.*

A P9 relatou que ainda estava bastante chateada e que devido ao boletim de ocorrência considerava que revivia a situação *um pouquinho a cada dia*. A participante pontuou que era algo que ainda a machucava e que *mexe bastante ainda*. Destacou o aspecto de que, em relação a filha: *Tem que tentar instruir ela para que isso não aconteça futuramente porque aconteceu, mas não é que não vai, que não pode acontecer, pode acontecer de novo, com outra pessoa diferente, se ela não estiver estruturada para isso talvez ela não saiba se esquivar, se defender.* A P9 disse que também ficou mexida porque a criança teve que ir ao Instituto Médico Legal para fazer exame de corpo de delito e relatou que doeu, o que para a participante: *Mexeu tanto porque ela não precisava ter passado por aquilo.* Assim, a P9 finalizou dizendo que: *Dia a dia ainda a gente sente.*

A P10 relatou: *Estou bem, estou normal, me sinto bem, tirando isso aí, igual eu te falei, que eu lembro assim, mas é muito difícil agora. Também destacou que se acalmar diante do que ocorreu a ajudou: Não tem mais o que fazer. Eu me sinto bem, antes eu tinha vontade de ir lá, eu queria ir lá, pegar ele, bater, sei lá, fazer justiça com as minhas mãos, depois eu comecei me acalmando, falando: “Não, deixa, deixa”.* A participante também disse que: *Hoje se eu encontrar com ele na rua, nem vou querer olhar, acho que é capaz de eu cortar volta.*

A P11 considerava estar bem e ter lidado muito bem com a situação. Relatou que: *Eu fiz a coisa certa, eu relatei, eu briguei por ela, eu dei a cara a tapa.* A P11 contou dos serviços pelos quais a filha passou: *Eu fui à Delegacia da Mulher, eu levei ela no CREAS, eu levei ela no Conselho Tutelar.* E destacou que: *Eu sinto que eu protegi ela.* Relatou que teve períodos em que sentiu muito medo do ex-marido e que após apresentar uma crise de pânico procurou ajuda e fez acompanhamento com uma psicóloga. Considerava que fez a coisa certa ao levar a filha para passar por acompanhamento psicológico e de denunciar a situação, razão pela qual ela finalizou dizendo: *Então eu me sinto tranquila em relação a isso.*

A P12 relatou que estava mais forte para cuidar dos filhos porque considerava que o filho caçula, cujo o pai é o agressor da filha mais velha, não tinha mais pai. Por isso, ela precisou se fortalecer para cuidar dos filhos: *Tive que ficar mais forte do que antes.*

A P13 disse: *Ah, estamos bem, estamos... Agora que não vê mais, então perdeu totalmente o contato mesmo, estamos bem.*

Algumas participantes relataram que consideravam estar bem diante do que ocorreu ou melhor do que estavam nos meses anteriores (P7, P8, P10, P11, P13), inclusive no sentido de ter se fortalecido (P12) e de estar mais atenta à criança (P1). Outras mães afirmaram estar sofrendo com os impactos do abuso (P3, P4, P5, P9), mencionaram preocupação com a criança ou dificuldade de lidar com as alterações apresentadas pela criança após o abuso (P2, P6), além de dificuldades no relacionamento conjugal (P4, P5).

6 DISCUSSÃO

Considerando os dados obtidos por meio dos instrumentos aplicados na pesquisa, após a descrição geral dos resultados, optou-se pela comparação entre o grupo clínico, composto pelas mães de crianças com problemas de comportamento, e o grupo não clínico, composto pelas mães de crianças sem problemas de comportamento, utilizando o CBCL como critério de classificação, uma vez que é frequente a descrição de problemas de comportamento para as vítimas de abuso sexual (ADED, 2006; CABALLO, SIMÓN, 2005; PELISOLI, PICCOLOTO, 2010; SERAFIM *et al.*, 2011). Além disso, houve equilíbrio entre os dois grupos, já que seis participantes tiveram classificações clínicas no CBCL e sete tiveram classificações não clínicas no instrumento, ao mencionar os problemas de comportamento das crianças, havendo homogeneidade no número de participantes em cada grupo utilizando esse critério de divisão, o que não ocorreria utilizando os resultados referentes às outras variáveis.

Na amostra estudada, os problemas de comportamento internalizantes no CBCL foram mais frequentes em comparação aos problemas de comportamento externalizantes, pois das seis crianças classificadas como clínicas a partir do relato das mães, cinco apresentaram-se como clínicas para problemas de comportamento internalizantes e três para problemas externalizantes, sendo que entre essas três crianças, duas tiveram classificações concomitantemente clínicas para problemas internalizantes e externalizantes. Como tem sido relatado que as queixas quanto a problemas de comportamento externalizantes são mais frequentes em nossa cultura, por interferirem mais no contato entre as pessoas e pelos impactos no ambiente, o que faz com que os problemas de comportamento internalizantes sejam menos enfocados inclusive nos programas de intervenção (ORTI; BOLSONI-SILVA, 2017), é possível pensar que mais dados clínicos quanto a problemas internalizantes possam estar relacionados ao tipo de violência sofrida pelas crianças sobre as quais as mães mencionaram. Além disso, a amostra foi composta por mães que responderam aos instrumentos mencionando meninas, sendo que estudos comparativos quanto à ocorrência de problemas de comportamento entre meninos e meninas que sofreram abuso sexual têm indicado que a prevalência de internalizantes é maior para as meninas (GAVA; DA SILVA; DELL'AGLIO, 2013).

Ainda no CBCL, quanto à comparação da incidência de categorias de problemas de comportamento entre os grupos clínico e não clínico, houve apenas uma ocorrência no grupo

não clínico, que foi referente à categoria de déficit de atenção/hiperatividade. Esse resultado já era esperado, pois se houvesse maior incidência de problemas de comportamento no grupo não clínico a classificação passaria a ser clínica para a criança mencionada pela participante.

Quanto ao RE-HSE-P, a diversidade relatada para problemas de comportamento foi baixa, pois as queixas de problemas de comportamento tiveram classificações clínicas apenas para três crianças, conforme relatado pelas mães. Por outro lado, a maior incidência de dados não clínicos no instrumento foi para habilidades sociais infantis, pois todas as participantes apresentaram respostas classificadas como não clínicas ao relatar sobre as crianças, e em variáveis de contexto, em que 12 participantes apresentaram respostas não clínicas. Já a maior incidência de respostas clínicas foi para práticas educativas negativas, em que nove participantes apresentaram níveis clínicos, e para habilidades sociais educativas parentais, em que oito participantes apresentaram níveis clínicos.

Como as práticas educativas negativas têm sido associadas a problemas de comportamento e as habilidades sociais educativas parentais têm sido associadas com as habilidades sociais infantis (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2016), os dados individuais das participantes no RE-HSE-P diferiram dos dados descritos para a população geral, uma vez que as crianças foram descritas como apresentando habilidades sociais infantis, pois todas tiveram classificações não clínicas na diversidade desse item, e sem problemas de comportamento, já que apenas três crianças foram classificadas como clínicas. Como, apesar dos relatos positivos sobre os comportamentos das crianças, as mães se descreveram com baixas habilidades sociais educativas parentais, pois oito de treze participantes tiveram classificações clínicas, e com frequentes práticas educativas negativas, pois nove de treze participantes apresentaram classificações clínicas, podemos considerar que a ocorrência do abuso talvez tenha interferido na avaliação quanto aos comportamentos das crianças, já que com frequência as mães apresentam sentimentos de culpa, impotência, incapacidade diante da ocorrência de abuso sexual com os filhos (HABIGZANG *et al.*, 2005; HOHENDORFF *et al.*, 2015; PADILHA, GOMIDE, 2004; SANTOS *et al.*, 2015) e tornam-se mais protetivas (MATTOS, LIMA, 2012), o que pode ter interferido na avaliação da interação com a criança, já que o RE-HSE-P é um instrumento de auto relato. Corrobora para isso o fato de se tratar de uma amostra de mães com função protetiva adequada, uma vez que acreditaram nos relatos das crianças, tomaram providências para afastá-las dos agressores e realizaram boletim de ocorrência.

Quanto aos dados do CBCL, apesar de também ser um instrumento baseado no relato do responsável (ACHENBACH; RESCORLA, 2001), pode ser que tenha diferido do RE-HSE-P porque o CBCL avalia questões pontuais do comportamento da criança, em que o responsável deve indicar quão verdadeira ou frequente é a afirmação apresentada em cada item do instrumento. Já o RE-HSE-P traz questões abertas em que o respondente deve descrever sobre a interação com a criança sem que o aplicador indique as alternativas de resposta, pois são as respostas espontâneas que interessam, conforme descrito no manual e na folha de aplicação do instrumento (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2016).

No Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais, o que foi verificado é que para as práticas positivas os escores médios foram maiores no grupo não clínico em comparação ao grupo clínico e considerando as práticas negativas, os escores médios foram maiores no grupo clínico em comparação ao grupo não clínico. Levando em conta as médias de escores no RE-HSE-P, para os grupos clínico e não clínico houve esse mesmo padrão, ou seja, apesar dos dados individuais descritos acima para o RE-HSE-P, ao considerar a média de escores para os dois grupos no total positivo para diversidade e frequência de comportamentos e no total negativo para diversidade e frequência de comportamentos, as práticas positivas tiveram escores médios maiores no grupo não clínico em comparação ao grupo clínico e para as práticas negativas ocorreu o inverso. Desse modo, as médias de escores apresentadas indicaram que as mães do grupo de crianças sem problemas de comportamento, de acordo com o CBCL, apresentaram maior frequência de práticas positivas, enquanto as mães de crianças do grupo com problemas de comportamento, de acordo com o CBCL, apresentaram maior frequência de práticas negativas, o que é descrito para a população geral (GOMIDE, 2006).

Sobre os dados de saúde mental das mães, avaliada no estudo a partir da intensidade de sintomas de ansiedade e depressão, a incidência não foi alta na amostra, pois no BAI uma participante teve classificação grave e outra moderada, classificações que eram definidas como clínicas, e as demais participantes tiveram dados não clínicos, pois uma teve classificação leve e as outras dez obtiveram classificações mínimas. No BDI-II, houve maior incidência de dados clínicos, o dobro do BAI, pois três participantes tiveram classificações graves e uma teve classificação moderada. Os dados não clínicos no BDI-II tiveram uma ocorrência maior de classificações leves do que mínimas em comparação ao BAI, pois no BDI-II ocorreram quatro classificações leves e cinco mínimas.

Considerando a descrição que tem sido realizada de alterações emocionais para as mães de crianças que sofreram abuso sexual (PADILHA, GOMIDE, 2004; HABIGZANG *et al.*, 2006; HOHENDORFF, SANTOS, DELL'AGLIO, 2015; SANTOS *et al.*, 2015), o que inclui sintomas de ansiedade e depressão (JOBE-SHIELDS *et al.*, 2016), a defasagem de tempo entre a ocorrência do abuso e a aplicação dos instrumentos pode explicar os resultados, pois nos instrumentos o relato sobre o tempo de prevalência dos sintomas é reduzido, de uma semana no BAI e duas semanas no BDI-II. Talvez se a aplicação dos instrumentos tivesse sido próxima à ocorrência do abuso para todas as participantes, os níveis de sintomas de ansiedade e depressão teriam sido maiores na amostra.

No entanto, apesar do intervalo de tempo entre a descoberta do abuso e a aplicação do BAI e do BDI-II, as mães cujas filhas tiveram classificações clínicas no CBCL também apresentaram níveis mais elevados de sintomas de ansiedade e, principalmente, de depressão, pois na amostra estudada todas as mães com classificações clínicas no BAI (P2 e P4) e no BDI-II (P2, P3, P4 e P5) pertenciam ao grupo classificado como clínico, de acordo com o critério do CBCL. Assim, as mães com classificações clínicas para sintomas de ansiedade e depressão na amostra eram as mães de crianças classificadas com problemas de comportamento. Esse dado sobre saúde mental materna e problemas de comportamento também é encontrado na população geral, já que a saúde mental materna prejudicada tem sido considerada um fator de risco para o desenvolvimento dos filhos, uma vez que está associada a problemas emocionais e de comportamento nas crianças (CARDOSO; SIQUARA; FREITAS, 2014).

Quanto ao Roteiro de entrevista semiestruturado para responsáveis de crianças sobre a situação de abuso sexual, o eixo temático “1. Ação do agressor” indicou que o perfil de ocorrência do abuso sexual para a amostra da pesquisa apresentou-se consonante com os dados da literatura, pois, em relação às vítimas, 12 mães citaram crianças do sexo feminino ao responder ao instrumento e apenas uma mãe citou um menino como vítima ao relatar que o casal de filhos sofreu esse tipo de violência. Pesquisas nacionais e internacionais que citam o perfil das vítimas de abuso sexual relatam que a prevalência de ocorrência é de fato maior para o sexo feminino (HABIGZANG *et al.*, 2005; MARTINS, JORGE, 2010; SANTOS *et al.*, 2018; BARTH *et al.*, 2013).

Pfeiffer e Salvagni (2005) apontaram que o abuso sexual ocorre para o sexo feminino e para o masculino, mas que a incidência maior no sexo feminino pode estar relacionada com o fato de ser culturalmente mais aceito tanto em relação à ocorrência quanto na realização das denúncias. Considerando esta perspectiva, podemos considerar que a resistência para participar

de uma pesquisa sobre abuso sexual possa ter sido maior para as mães de meninos, para além do fato de o número de casos encaminhados ao CREAS da cidade participante ter prevalência de vítimas do sexo feminino.

Além disso, a literatura tem reportado características específicas quanto à ocorrência do abuso sexual em relação a meninos, em que culturalmente é visto de forma discriminatória e estigmatizante, por envolver agressor e vítima do mesmo sexo (PIRES FILHO, 2011). Além disso, os sinais podem ser confundidos com outros fatores, por exemplo, como indisciplina ao afirmar que meninos são mais agressivos ou que comportamentos sexualizados nos meninos são decorrentes de características masculinas (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2014).

Ribeiro, Ferriani e Reis (2004) consideraram, em estudo sobre a violência sexual intrafamiliar, que o fato de crianças e adolescentes do sexo feminino serem vítimas com maior frequência desse tipo de violência possa estar relacionado, entre outros fatores, com a desigualdade de gênero. Essa diferença de gênero também é observada em relação a quem comete a violência, no caso da pesquisa todas as participantes mencionaram que o abuso sexual sofrido pelas crianças foi praticado por homens, dado que também é confirmado pelos estudos voltados para a caracterização de agressores sexuais (MARTINS, JORGE, 2010; SANTOS *et al.*, 2018; HABIGZANG *et al.*, 2005; PLATT *et al.*, 2018).

Ainda em relação aos agressores, na amostra estudada todos eles eram conhecidos das vítimas, conforme descrito no subeixo “Existência de proximidade com a mãe e a vítima”, sendo que a maioria possuía algum parentesco com as crianças ou seus familiares. Os dois agressores que não pertenciam às famílias (P1 e P4), faziam parte da rede social das vítimas. Essa incidência maior de casos de abuso envolvendo pessoas próximas e de confiança da criança, inclusive de forma intrafamiliar (HABIGZANG *et al.*, 2005; SOUZA, ADESSE, 2005, PLATT *et al.*, 2018), pode ser explicada pela maior facilidade de acesso às crianças quando existe essa proximidade, já que os responsáveis em geral apresentam-se mais vigilantes diante de desconhecidos. Desse modo, é importante orientar as crianças que mesmo que a pessoa seja conhecida ou pertença à família, alguns comportamentos não são adequados, pois geralmente as crianças não são orientadas a discriminar comportamentos abusivos de pessoas próximas, apesar de nos casos de abuso sexual a incidência de violência intrafamiliar e intrarrede social ser maior (SANTOS, 2011).

No subeixo “Conduta do agressor em relação à criança” essa importância também fica evidente, pois a maior parte das mães respondeu que na opinião delas os agressores sempre agiram da mesma forma em relação às crianças. Algumas participantes inclusive citaram aspectos dos agressores que davam a impressão de que eram pessoas agradáveis, como no caso da P8, que relatou que o agressor demonstrava ser carinhoso com a criança, além de presenteá-la com frequência e não repreendê-la, e da P9, que citou que o agressor tratava bem as crianças e sempre tinha desenho e lápis para elas, o que fazia com que a família não imaginasse a possibilidade de ocorrência do abuso. A P10 mencionou que a confiança que ela até então possuía no avô paterno da criança poderia ter feito com que ela não notasse mudanças na ação dele em relação à filha dela. Conforme apontado por Santos (2011), o autor do abuso costuma apresentar certo poder em relação à vítima do abuso sexual, não só do ponto de vista hierárquico e econômico, mas também afetivo, além disso pode ocorrer um processo de sedução com a troca de afeto e recompensas materiais, o que parece ter ocorrido nos casos mencionados pelas participantes.

No subeixo “Comportamentos que levantaram suspeita”, quatro mães (P1, P4, P12, P13) disseram não se recordar de situações atípicas. Outras quatro (P2, P3, P5, P10) mencionaram situações que estranharam ou que consideraram suspeitas, mas para as quais se atentaram só após a descoberta do abuso. Apenas a P3 mencionou ter desconfiado no dia em que chegou em casa mais cedo do que o habitual e viu a filha vestida com a roupa pelo avesso. Três participantes (P6, P7, P11) mencionaram suspeitas não diretamente relacionadas às crianças, ao levar em conta o histórico dos agressores durante o período de convivência com elas ou com familiares. As outras duas (P8 e P9) não suspeitaram, mas os cônjuges sim, ao observarem o contato dos agressores com as crianças. Conforme apresentado no subeixo anterior, os agressores possuíam proximidade com as vítimas e suas famílias, o que pode ter dificultado a percepção de sinais indicativos de abuso para a maior parte das participantes. Esse dado indica a necessidade de realizar orientações, independentemente de apresentar ou não suspeitas e mesmo que se considere baixo o risco de ocorrência do abuso em relação aos filhos. Essa importância é reforçada ao se considerar, além da proximidade dos agressores sexuais em relação às vítimas, o fato do abuso sexual geralmente ocorrer em espaços privados que podem levar a segredos e pactos de silêncio (SANTOS, 2011).

No eixo temático “2. Ocorrência do abuso”, as mães mencionaram diferentes formas de descoberta do abuso no subeixo “Como o abuso foi descoberto”, porém, apenas duas

participantes (P9 e P11) informaram que as filhas fizeram relatos espontâneos sobre o abuso sexual sofrido e em outros dois casos houve o flagrante da violência (P2 e P8). No restante da amostra, foram as mudanças de comportamento, de humor ou na rotina, além das alterações apresentadas pelas crianças diante de situações que remetiam à violência sofrida, que levaram às conversas que culminaram na revelação do abuso sexual. Isso ressalta a importância da observação quanto aos comportamentos das crianças, que somada ao diálogo com os filhos, possibilitou às mães da amostra descobrir a ocorrência do abuso em relação às crianças e tomar providências para protegê-las.

No subeixo “Maneira que aconteceu o abuso” houve maior frequência de relatos de manipulação das partes íntimas das crianças, seguida por relatos de que os agressores despiam as crianças ou se esfregavam nelas. Na amostra não houve violência com conjunção carnal e apesar do sangramento relatado no caso da P6, ao exame médico não foi constatada ruptura de hímen. Essas formas de ocorrência também têm sido citadas em estudos sobre a forma de ocorrência do abuso sexual (SANTOS, 2011), de modo que os agressores geralmente não deixam sinais físicos e os que geralmente ocorrem, como no caso das assaduras (P3 e P10), podem ser associados a outras causas. A P10, por exemplo, achou que as queixas da filha quanto à ardor nas partes íntimas estavam relacionadas com o quadro de alergia da criança.

Essa característica quanto à forma de ocorrência do abuso acaba dificultando o levantamento de provas e a responsabilização dos autores da violência. Ressalta-se nesse sentido que durante a participação na pesquisa apenas duas mães mencionaram que houve a detenção dos agressores das crianças, casos nos quais haviam provas evidenciando a responsabilidade dos autores, pois uma conseguiu gravar a confissão do agressor por meio de uma conversa que teve com ele por telefone (P2) e no outro caso houve o flagrante policial (P12). No restante da amostra havia inquérito policial aberto ou processo judicial em andamento, sem ainda ter havido a responsabilização do autor da violência no período em que as participantes responderam aos instrumentos.

Ainda neste subeixo, as mães relataram com mais frequência que o local de ocorrência dos abusos foi na casa dos agressores ou de outros familiares. Também citaram ocorrência na casa das vítimas, sendo que apenas dois casos ocorreram em lugares distintos, como no transporte escolar (P1) e em uma cabana localizada em uma região de mato (P12). Sobre a frequência dos abusos, apenas quatro participantes mencionaram episódios únicos e as outras nove participantes mencionaram recorrência da violência. Apesar da possibilidade de episódio

único para o abuso sexual, o mais comum é que a prática dessa forma de violência se repita durante meses e até anos devido às características dessa forma de violência (BRINO; WILLIAMS, 2009), o que foi verificado na amostra estudada.

Em relação ao subeixo temático “Razões para acreditar ou não no relato da criança”, as mais citadas foram alterações de comportamento ou de humor que aconteciam na rotina ou quando as crianças foram abordadas em relação à ocorrência do abuso (P1, P3, P7, P8, P12) e pelas mães considerarem que conheciam os filhos e sabiam quando eles estavam mentindo ou não (P4, P7, P8 e P9). Desse modo, conhecer os filhos e reconhecer mudanças de comportamento ou de humor foram as razões mais citadas para acreditar no relato das crianças, que podem ser fatores de proteção diante da ocorrência do abuso sexual, uma vez que acreditar no relato apresentado por elas levou às ações que resguardaram as crianças em relação aos agressores.

No eixo temático “3. Reação da criança diante do abuso”, cinco mães (P3, P10, P11, P12 e P13) mencionaram não saber o que as crianças fizeram no momento do abuso, conforme descrito no subeixo “Como a criança reagiu”. As mães que souberam relatar, disseram que as crianças ficaram quietas na situação (P2 e P6) ou que reagiram apresentando sentimentos como de medo (P2, P5, P8), de culpa (P2), vergonha (P5). Essas reações são comuns às vítimas (PADILHA, GOMIDE 2004; HABIGZANG *et al.*, 2005; BAPTISTA *et al.*, 2008; FLORENTINO, 2014), considerando as ameaças que muitas vezes sofrem e o receio quanto à revelação do abuso. Algumas mães (P1 e P7) acreditavam que as filhas sabiam que algo errado estava ocorrendo no momento do abuso, mas ainda não tinham compreensão quanto à gravidade do ocorrido.

Conforme apresentado no subeixo “Para quem fez o primeiro relato”, oito das treze participantes (P1, P2, P3, P4, P8, P9, P10 e P11) mencionaram que as crianças fizeram o relato inicial da violência para elas, em seguida estavam as avós (P5 e P7). Esse dado reafirma a importância de estudos voltados às mães nos casos de violência sexual devido ao papel que representam na dinâmica familiar e por serem rede apoio social aos filhos (SANTOS; DELL'AGLIO, 2008). Assim, ainda que as participantes tenham referido sobre as dificuldades das crianças em contar sobre o abuso, foram as mães para quem esses relatos iniciais predominantemente ocorreram.

Quanto ao subeixo “Alterações de comportamento ou de humor”, todas as mães mencionaram ter observado alterações nos filhos, algumas com mais intensidade (como a P2 e a P11) e outras com menos (como a P4 e a P10). Conforme já descrito pela literatura (FURNISS, 1993), as consequências do abuso sexual podem variar para as vítimas de acordo com as características da violência, o que inclui a forma de ocorrência, a relação entre a vítima e o agressor, o período de exposição ao abuso, a reação da família, entre outros fatores. Assim, mesmo as participantes que tiveram crianças classificadas como não clínicas ao mencionar problemas de comportamento no CBCL, notaram alterações nas crianças, o que é amplamente difundido na literatura da área (CABALLO, SIMÓN, 2005; PELISOLI, PICCOLOTO, 2010; ADED, 2006; SERAFIM *et al.*, 2011).

Nesse subeixo, o que as mães da amostra mais citaram ter notado como alteração foi a criança apresentar agressividade, irritação e nervosismo (P1, P2, P3, P5, P6, P11, P12, P13), além de agitação (P2, P7, P9) e choro (P3, P5, P10). Assim, na amostra pesquisada as queixas mais citadas no roteiro de entrevista foram para problemas de comportamento externalizantes, mas no CBCL as crianças classificadas como clínicas, ou seja, com problemas de comportamento, apresentaram mais dados clínicos na escala de problemas de comportamento internalizantes. Esse dado pode estar associado ao fato de que os problemas de comportamento externalizantes são mais enfocados em nossa cultura devido aos impactos que acarretam nas relações (BOLSONI-SILVA, DEL PRETTE, 2003; BOLSONI-SILVA, LOUREIRO, MARTURANO, 2016), de modo que as mães podem ter se atentado mais aos problemas externalizantes do que aos internalizantes e enfocaram essas alterações que observaram ao responder ao roteiro de entrevista sobre o abuso, mesmo no caso em que tais alterações não eram clínicas no CBCL ou até mesmo em que a criança não tinha classificação clínica para externalizantes, mas tinha classificação clínica para internalizantes no CBCL (P5, P6, P12).

Ainda no subeixo “Alterações de comportamento ou de humor”, vale destacar a resposta da P4, que relatou ter apenas notado que o casal de filhos estava mais teimoso, pois disse que: *Os dois estão bem, você vê assim não afetou quase nada os dois*. Porém, a filha mencionada por esta participante recebeu classificação clínica no CBCL, o que pode indicar que devido à gravidade do abuso sexual alguns responsáveis acreditam que as alterações de comportamento ou humor decorrentes dessa forma de violência seriam mais exacerbadas ou limitantes às crianças, quando na verdade são alterações que podem ser confundidas com outras causas. Como no caso da P5, que mencionou ter achado que a queda no desempenho escolar da criança

estava relacionada com preguiça em estudar e que o fato da filha estar mais *chorona e brigona* era porque a avó estava dando mais atenção para o irmão caçula da criança. No caso da P12, ela citou sobre a filha: *Achava que era porque ela estava ficando mocinha que ela estava irritada*. A P10 inicialmente disse: *Não, pior que ela nunca transpareceu isso*. Mas depois se recordou das situações em que a filha voltava chorando da casa do avô, mas justificava que o choro era por saudades de familiares que haviam falecido e ela não chegou a conhecer.

No eixo temático “4. Relação entre a criança e a mãe”, a maior parte da amostra referiu, de acordo com o subeixo “Relacionamento da criança com a mãe”, aspectos positivos da relação. Apenas a P5 mencionou a dificuldade para que a filha conversasse e se abrisse com ela. Outras duas mães mencionaram sobre a boa relação com as filhas, mas citaram as mudanças de comportamento das crianças ao se referirem ao relacionamento com elas, pois a P3 citou que a filha não queria que ela pagasse alguém para cuidar dela e queria que a mãe ficasse em casa em vez de sair para trabalhar, já a P4 relatou que os filhos estavam teimosos, única mudança de comportamento que mencionou, conforme apresentado no subeixo anterior.

Assim, de acordo com as respostas ao roteiro de entrevista sobre o abuso sexual, na amostra prevaleceram os relatos de relacionamentos positivos com as crianças, apesar dos dados individuais no RE-HSE-P, em que as genitoras tiveram resultados indicando baixas habilidades sociais educativas e frequentes práticas educativas negativas ao falarem sobre aspectos da interação, o que foi relacionado à característica da amostra, em função da ocorrência do abuso sexual dos filhos e da proteção apresentada pelas mães, que podem ter interferido na avaliação realizada pelas participantes. No entanto, a boa variabilidade das interações também foi verificada por meio do RE-HSE-P, em que 12 mães tiveram dados não clínicos no item para contexto. Desse modo, ambos os instrumentos demonstraram a diversidade de variáveis de contexto na interação entre as mães e as crianças.

No subeixo “Como ficou o relacionamento após o abuso”, todas as mães citaram mudanças no relacionamento com os filhos após a descoberta da violência, principalmente no sentido de ter maior proximidade ou desempenhar maior proteção às crianças (P3, P4, P8, P9, P11, P12, P13), de querer manter a criança próxima o tempo todo, não deixar sozinha ou sem supervisão (P3, P4, P6, P8) e dar mais atenção à criança ou à rotina dela (P1, P4, P5, P13). A P2, cuja filha teve classificação clínica no CBCL para problemas de comportamento (internalizantes e externalizantes) e no RE-HSE-P para queixas de problemas de comportamento, citou a interferência dessas alterações de comportamento e humor da filha no

relacionamento entre elas, de modo semelhante ao que foi mencionado pelas participantes P3 e P4 no subeixo anterior. A P5, que mencionou a dificuldade que tinha para a filha se abrir com ela, citou que além de dar mais atenção à menina, passou a conversar mais com a criança e perguntar sobre a rotina dela. Conforme apontado por Macarini *et al.* (2010), as relações entre pais e filhos alteram-se, por exemplo, em função do estágio de desenvolvimento dos filhos e também em circunstâncias específicas, o que foi observado na amostra estudada diante da ocorrência do abuso sexual.

Assim, de forma geral as mães relataram mudanças nas práticas parentais apresentadas por elas, ao buscar ter maior proximidade e dar mais atenção às crianças após a ocorrência da violência sexual. No entanto, é necessário ressaltar que não é preciso uma situação adversa para melhorar o contato com os filhos. As habilidades sociais educativas parentais podem auxiliar na melhor interação com os filhos, além de permitir um relacionamento mais positivo com eles (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2016).

No subeixo “Como é conversar sobre sexualidade com a criança” predominaram os relatos das mães sobre as dificuldades em abordar as crianças quanto à sexualidade. A justificativa mais apresentada pelas participantes foi de considerar a criança muito nova para tocar no assunto (P1, P3, P5, P7, P13). No entanto, a filha da P1 tinha sete anos; da P3, seis anos; da P5, oito anos; da P7, cinco anos e a filha da P13 tinha três anos, sendo a criança com a menor idade citada na amostra. No estudo de Ferreira *et al.* (2017), a idade das crianças também foi a justificativa mais frequente dada pelos pais quanto ao motivo para não conversarem sobre sexualidade com os filhos que tinham idades entre seis e sete anos.

Porém, essa dificuldade dos responsáveis muitas vezes se mantém ao longo do desenvolvimento dos filhos, pois mesmo com adolescentes a educação sexual não se mostra emancipatória, muitas vezes ficando restrita a aspectos biológicos e reprodutivos da sexualidade. Essa postura, assumida tanto pela família como pela escola, tem sido relacionada, entre outros fatores, à crença de que a educação sexual pode antecipar a prática do ato sexual (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013).

Após a menção da dificuldade em abordar o assunto devido à idade dos filhos, as participantes citaram não conversar sobre sexualidade porque acreditavam que a criança não tinha maturidade ou porque desejavam conversar quando a criança estivesse maior (P1, P2), citaram dúvida de como abordar o assunto ou sobre o que poderiam falar (P1, P9),

consideravam que a criança sentia vergonha ou não gostava de tocar no assunto (P3, P12), não sabiam como a criança lidaria com o tema ou tinham receio de que fosse prejudicial à criança (P1, P5). Também citaram que não conversavam porque a criança não fazia perguntas sobre o tema (P11) e porque a mãe sentia vergonha de tocar no assunto (P4).

Esse dado chama a atenção por se tratar de uma amostra de mães de crianças vítimas de uma forma de violência que envolve a sexualidade e em que a revelação do abuso demanda relatos justamente sobre aspectos da sexualidade. A dificuldade em abordar o assunto, considerar que não tem preparo para conversar ou o receio de que seja prejudicial à criança foram aspectos descritos em estudos antigos, que enfocavam a prevenção do abuso sexual por meio do diálogo e orientações dos pais sobre o tema às crianças (BURGESS; WURTELE, 1998). Ou seja, é uma dificuldade que tem se mantido nas famílias ao longo do tempo. Muitos responsáveis não percebem a relação entre a educação sexual e a prevenção do abuso sexual infantil. Educação sexual que pode ser iniciada nos primeiros anos de vida da criança, com materiais voltados à essa faixa etária como uma forma de desenvolver habilidades de proteção (SOMA; WILLIAMS, 2017).

Das mães, apenas a P6, a P8 e a P10 informaram conversar com as crianças sobre sexualidade e orientá-las quanto ao tema. Salienta-se entre as respostas ao roteiro, o relato da P8 de que antes tinha dificuldade em tocar no assunto e não conversava com a filha, porém, depois de ter participado de atendimentos grupais, pela parceria entre o CREAS e uma universidade do município da pesquisa, em que recebeu orientações sobre o assunto, ela passou a se considerar *mais com a mente aberta para conversar*. A participante apontou que antes achava que a criança era muito pequena para ela conversar sobre o tema, mas que no momento da participação dela na pesquisa já não sentia mais essa dificuldade. Esse dado reforça que intervenções voltadas aos pais produzem efeitos quanto à importância de trabalhar sexualidade com as crianças.

Além disso, essa fala indica uma possibilidade de atuação da rede de proteção com as famílias das vítimas, já que os grupos psicossociais estão previstos nas atividades desenvolvidas no âmbito do CREAS (BRASIL, 2013). Desse modo, é possível pensar na oportunidade de realização de grupos que envolvam a temática da educação sexual, já que as participantes predominantemente mencionaram dificuldade em lidar com o assunto e em abordá-lo com as crianças mesmo após a ocorrência do abuso.

No Eixo Temático “5. Impacto do abuso para a mãe”, subeixo “Maneira que se sentiu ao tomar conhecimento”, as participantes informaram com mais frequência que se sentiram nervosas (P2, P3, P6, P7, P8), sem saber o que fazer/sem reação ou sem chão (P1, P2, P4, P7), não sabiam nem explicar como se sentiram (P4, P10, P13), sentiram-se como a pior mãe do mundo ou um lixo (P4, P12), assustada, chateada ou angustiada (P9, P11), impotente (P1), confusa (P2), com raiva (P5), culpada (P7), com vontade de se vingar (P2) e sem acreditar no que ocorreu (P13). Sentimentos comumente descritos para responsáveis de crianças que sofreram essa forma de violência (PADILHA, GOMIDE, 2004; HABIGZANG *et al.*, 2005; HOHENDORFF, SANTOS, DELL'AGLIO, 2015; SANTOS *et al.*, 2015).

No subeixo “Reação diante da descoberta do abuso”, os relatos foram semelhantes aos apresentados no subeixo anterior, pois as mães citaram com mais frequência que ficaram em estado de choque, sem reação ou sem saber explicar como reagiram (P3, P4, P5, P7, P8, P12, P13), mencionaram ter acionado a polícia ou registrado boletim de ocorrência (P2, P3, P5, P7, P8, P12), disseram que procuraram manter a calma (P1, P2, P7, P9), que conversaram/orientaram ou acolheram a criança (P1, P3, P5, P9), contaram sobre o ocorrido para familiares ou conhecidos (P1, P3, P9, P10), conversaram com o agressor (P2, P4, P8) ou choraram (P6, P7, P10). A P1, a P2 e a P9, ao informarem sobre a reação apresentada, mencionaram o receio de como contar sobre o abuso e a reação que os maridos e filhos poderiam apresentar pelo fato de serem homens, o que indica ser outra questão relacionada às diferenças de gênero, em que os homens apresentariam reações vingativas diante dessa forma de violência, enquanto das mulheres em geral se espera reações apaziguadoras, conforme apresentado no relato das participantes.

Quanto aos dados no subeixo “Acredita que poderia ter feito algo de diferente”, a maior parte da amostra informou que não faria ou não sabia se faria algo de diferente (P1, P2, P6, P7, P9, P11, P12 e P13). As participantes que citaram que poderiam ter feito algo diferente do que fizeram, mencionaram que não trabalhariam para se dedicar às crianças (P3, P5). Esse dado pode estar relacionado com questões culturais, como a cobrança de cuidados das mães com os filhos (SANTOUCY *et al.*, 2014) e a crença de que essa função é parcialmente cumprida ao conciliar a maternidade com o trabalho. Conforme apresentado nos dados de caracterização da amostra, quatro mães não trabalhavam fora e esse fato não impediu a ocorrência do abuso sexual com seus filhos.

Ainda em relação ao que as mães acreditavam que poderiam ter feito de diferente, a P4 citou que não deixaria os filhos irem à casa de outras pessoas, porém, conforme apresentado em relação ao local em que houve o abuso, a violência pode ocorrer na própria casa da criança ou de seus familiares. Já a P10 citou que não deixaria a criança manter contato com o avô paterno se soubesse que ele seria capaz de praticar abusos em relação à filha dela. Esses relatos indicam a possibilidade de ocorrência do abuso mesmo em ambientes considerados seguros, o que reforça a necessidade de ações preventivas, com a orientação das crianças para identificar sinais de comportamentos abusivos e para saber como agir nessas situações, de modo a evitar a violência e de favorecer as revelações quando já houve o abuso sexual. As orientações que incluem modelos de ação para as crianças podem ser feitas, por exemplo, pela família e pela escola (BRINO; WILLIAMS, 2011).

No caso da P8, ela disse que o que faria de diferente seria denunciar a violência na hora do ocorrido, pois ficou com receio da reação dos familiares que ela estava visitando em outro município quando flagrou o abuso, razão pela qual procurou a polícia só após retornar para sua cidade de origem: *No dia que aconteceu eu devia ter chamado a polícia na hora e não ter vindo para cá, esperado resolver, porque até agora não deu em nada*. Essa fala denota o sentimento de inconformidade e revolta devido à dificuldade dos familiares das vítimas em conseguir a responsabilização dos agressores, muitas vezes devido à falta de provas, pois conforme apresentado no subeixo “Maneira que aconteceu o abuso”, na maior parte dos casos não há sinais físicos ou outras evidências do abuso, além do relato da criança.

No subeixo “Fez contato com agressor após saber do abuso”, o número de participantes que citou ter conversado (P2, P3, P4, P5, P6, P8, P11) e o que citou não ter conversado (P1, P7, P9, P10, P12, P13) com os autores da violência foi semelhante. Porém, mesmo as mães que conversaram com os agressores informaram que isso não mudou a percepção que tinham quanto ao relato das crianças. Assim, acreditar no relato dos filhos se mostrou um fator de proteção, uma vez que as participantes tomaram providências diante desses relatos.

No entanto, é necessário considerar que nem todas as famílias apresentam função protetiva adequada em relação a seus membros, o que reforça a importância dos serviços da rede de proteção, que atuam diante desses casos, como o CREAS, para assegurar a garantia de direitos diante de situações de risco (BRASIL, 2011b). Dessa forma, destaca-se a importância de que a rede de serviços de proteção esteja bem estruturada para, entre outras razões, intervir e auxiliar quando em decorrência de variadas contingências, sejam elas sociais, econômicas,

políticas ou culturais, a família apresente dificuldade para exercer a proteção a seus membros (TEIXEIRA, 2009).

Além disso, o fato da maior parte dos autores da violência pertencer à família e, infelizmente, nem sempre a família apresentar proteção adequada como ocorreu na amostra de mães da pesquisa, destaca a importância da atuação das instituições que atendem crianças e adolescentes. Entre elas, podemos citar a escola, que consiste em um espaço de socialização secundária e que pode favorecer a identificação de sinais indicativos de abuso sexual e ser local para fornecer modelos que ajudem na aquisição de habilidades e conhecimentos que auxiliem as crianças a evitar situações abusivas (BRINO; WILLIAMS, 2011). Desse modo, é preciso considerar a necessidade do currículo escolar estar articulado às políticas públicas baseadas nos direitos humanos e que contribuam para o enfrentamento da violência sexual intrafamiliar, promovendo mudanças que levem em conta a criança e o adolescente como sujeitos de direitos (PONCE; NERI, 2015).

Em vista disso, ressalta-se a necessidade de maior visibilidade para a temática da violência sexual infantil, seus desdobramentos para as vítimas e suas famílias, sobre a atuação dos setores que atendem a essa demanda e a necessidade de maior articulação entre os serviços que realizam os atendimentos. Nesse contexto, é necessário pensar o desenvolvimento de políticas públicas que possam auxiliar em tais aspectos.

Quanto ao apoio social, várias participantes mencionaram que ao mesmo tempo em que alguns amigos e familiares acreditaram na ocorrência do abuso e as apoiaram, outras pessoas próximas não acreditaram (P2, P4, P5, P8, P9, P12, P13), conforme descrito no subeixo “Houve suporte de amigos e familiares”. Essa falta de suporte, além da responsabilização da mãe pelo ocorrido (P4 e P12), considerando-as culpadas pela violência mesmo no caso das participantes da amostra que foram protetivas diante dos filhos, reforça a importância da atuação da rede de proteção como lugar de acolhimento, orientação e superação dessa forma de violência. Nesse sentido, ressalta-se que a atuação do CREAS não tem função de inquirição das vítimas ou de suas famílias diante da violência sofrida, mas busca fortalecer as potencialidades e a função protetiva das famílias (BRASIL, 2011b) e deve seguir as diretrizes previstas na Política de Assistência Social, que visa o apoio a indivíduos, famílias e à comunidade no enfrentamento de suas dificuldades, por meio de serviços, benefícios, programas e projetos (BRASIL, 2011).

Também é importante ressaltar a atuação da Psicologia nesse contexto, como citado pelas participantes em diferentes eixos temáticos. A P10 disse que a filha contou inicialmente para ela que um garoto havia a tocado, porém, só quando foi atendida pela psicóloga do CREAS relatou que era o avô quem cometia os abusos, pois informou que teve medo de contar para a família sobre o autor da violência. A P11 pediu orientação à psicóloga clínica que atendia a criança para saber como orientá-la em relação ao abuso cometido pelo próprio pai. A P7 procurou um amigo que era estudante de Psicologia para pedir orientações diante do ocorrido e sobre como proceder quanto à filha. A P12, ao relatar sobre a dificuldade de conversar com a filha quanto à sexualidade, comentou que a psicóloga que atendeu a criança no CREAS *explicou tudo, desenhou, conversou*. Essas falas destacam a importância do psicólogo enquanto profissional que promove a escuta, o acolhimento e que deve ter atuação ética, promovendo ações que possam contribuir para assegurar a garantia de direitos (BRASIL, 2005).

Quanto ao subeixo “Possui histórico de violência sexual”, cinco mães relataram ter sofrido essa forma de violência. Quatro na infância ou adolescência (P1, P3, P7 e P9) e uma na idade adulta (P13). Das participantes que relataram violência quando eram pequenas, apenas uma (P3) não conhecia o autor da violência, que ocorreu no transporte público. A P1, a P7 e a P9 conheciam os agressores. A P1 e a P9 não relataram para outras pessoas na época do ocorrido. A P7 contou para a mãe, que não permitiu mais o contato do agressor em relação a ela, mas não tomou outras providências. Em nenhum dos casos a polícia foi acionada e não houve registro de boletim de ocorrência. A P7 e a P9 souberam anos depois, quando já estavam adultas, que os familiares que foram os agressores tinham cometido abusos contra outras crianças da família.

Esse dado reforça a necessidade de denunciar e tomar providências diante da violência sexual, não apenas para a proteção da vítima, mas para evitar a sua ocorrência com outras pessoas. Ainda que as participantes tenham mencionado sobre as dificuldades para a responsabilização dos agressores, o que pode ser um desestímulo para procurar a polícia e outros serviços do Sistema de Garantia de Direitos, o registro do boletim de ocorrência é fundamental nesses casos, inclusive para que haja histórico quanto aos crimes cometidos pelos agressores. Santos (2011) indica que a violência sexual contra crianças e adolescentes está cercada de preconceitos, tabus e silêncios, o que dificulta sua denúncia às autoridades, contribuindo para o subdimensionamento do problema e a impunidade dos autores da violência. Além disso, o abuso sexual, principalmente intrafamiliar, está envolvido em uma atmosfera de

segredos, por características como as relações de afinidade e de consanguinidade entre vítimas e autores da violência. Porém, quando crianças ou adolescentes sofrem violência e não recebem ajuda por parte da comunidade, da escola, ou mesmo da sociedade, elas passam a acreditar que a agressão é algo aceitável e a violência continua a se perpetuar (SANTOS, 2011), o que foi observado no caso das famílias da P7 e da P9, em que várias crianças foram abusadas pelo mesmo agressor.

No subeixo “Acredita que poderia ter evitado o abuso”, várias participantes acreditavam que não teriam como evitar a sua ocorrência, como a P1, P2, P7, P8, P9, P10, P11 e P12, apesar disso, a P2 achava que deveria ter cuidado melhor da filha. Entre as participantes que acreditavam que era possível ter evitado o abuso estavam a P3, P4, P5, P6 e P13. Considerando os dados no BAI e no BDI-II, todas as participantes que tiveram classificações clínicas para sintomas de ansiedade ou depressão (P2, P4, P5 e P6) acreditavam que poderiam ter evitado o abuso. Desse modo, esses sintomas parecem estar relacionados com sentimentos como os de culpa diante da violência sexual sofrida pelos filhos.

Quanto ao subeixo “Maior dificuldade enfrentada diante do abuso”, as participantes mencionaram sobre lidar com as consequências familiares da revelação do abuso (P2, P3, P8, P9, P12), principalmente em relação ao afastamento e falta de apoio de familiares, além de acreditar/aceitar ou lembrar/lidar com o que ocorreu (P2, P3, P8, P10, P13), receio do impacto que a situação poderia ter futuramente (P7, P12) e receio em relação ao agressor (P7, P11). As participantes também mencionaram dificuldade em lidar com o sentimento de culpa (P4), lidar com as alterações de comportamento da criança (P6), lidar com as questões relacionadas à violência que vivenciou quando criança (P1) e conversar com a criança sobre o assunto (P5).

As respostas sobre o afastamento ou a ruptura de laços familiares também foram observadas no subeixo “Houve suporte de amigos e familiares” diante da violência que seus filhos sofreram, sendo frequentes as queixas de dificuldades em relação aos familiares que não acreditaram no relato apresentado pelas crianças e que não apoiaram a postura protetiva das mães. Dificuldade maior ocorreu para as genitoras que registraram a ocorrência de abuso sexual contra os pais das crianças, sendo acusadas de inventar a situação ou de incentivar os relatos apresentados pelas crianças (P7 e P11).

A P11, por exemplo, informou que há anos buscava judicialmente afastar o agressor da filha e como não havia sucesso procurava orientar a criança quanto a habilidades de

autoproteção nos momentos em que a menina tinha que cumprir as visitas ao pai, além de orientá-la a sempre permanecer perto da avó paterna que acompanhava as visitas. Ressalta-se que nesse contexto os preceitos da síndrome de alienação parental (GARDNER, 1985) têm contribuído para uma visão estigmatizante das mães que realizam a denúncia de abuso sexual contra os pais das crianças, sob uma perspectiva misógina em que a comunicação do crime tem sido associada a uma suposta atitude vingativa das mães em relação aos ex-companheiros. Apesar de tal síndrome não estar descrita em nenhum manual diagnóstico de Psiquiatria, ela tem sido amplamente utilizada nos casos em que há a comunicação de abuso sexual.

No subeixo “Como está diante do que aconteceu”, algumas participantes relataram que consideravam estar bem diante do que ocorreu ou melhor do que estavam nos meses anteriores, como citado pela P7, P8, P10, P11 e P13. Esse aspecto reforça a hipótese de que o número de classificações clínicas para os sintomas de ansiedade e depressão poderia ter sido maior caso houvesse menor intervalo entre a descoberta do abuso e a aplicação dos instrumentos, pois nenhuma das participantes que apresentou essa resposta recebeu classificações clínicas no BAI, no BDI-II e nenhuma delas pertencia ao grupo clínico, de acordo com o critério do CBCL. As mães que afirmaram preocupação com a criança ou dificuldade de lidar com as alterações apresentadas após o abuso (P2 e P6) receberam classificações clínicas no BAI, BDI-II e CBCL. Entre as mães do grupo com classificação clínica para problemas de comportamento e classificação clínica para saúde mental, também foram citadas dificuldades no relacionamento conjugal (P4 e P5), o que já foi descrito por estudos que avaliavam aspectos da conjugalidade de casais cujos filhos sofreram abuso sexual (GALLO, WERTZ, BLAVIER, 2016).

Considerando os dados sobre os sintomas de ansiedade e depressão, vale destacar que para a promoção da saúde mental é fundamental que haja um ambiente que respeite e proteja os direitos básicos civis, políticos, socioeconômicos e culturais (OMS/OPAS, 2016). Isso é válido diante da necessidade de garantia de direitos em relação à violência sexual, mais uma vez ressaltando a importância da rede de proteção social especial e de políticas públicas voltadas a essa temática.

Quanto aos problemas de comportamento das crianças, considerando o relato das mães no instrumento CBCL, o fato de haver homogeneidade entre o número de crianças nos grupos clínico e não clínico pode estar associado à proteção apresentada pelas participantes da amostra diante da violência sofrida pelos filhos. Contribui para essa hipótese o estudo longitudinal de Lewis *et al.* (2016), que apontou significativamente mais problemas de comportamento ao

longo do tempo no grupo de crianças pesquisadas que sofreu abuso sexual em comparação ao grupo que sofreu maus-tratos, sem abuso sexual. Entre as justificativas apontadas, os autores citaram as características da violência sexual, como as vítimas serem frequentemente coagidas a manter a vitimização em segredo por meio de manipulação emocional ou ameaças de dano físico à vítima ou aos seus familiares, o que tornaria mais propensa a ocorrência de problemas de comportamento nesses casos.

Assim, conforme mencionado pelas mães da amostra no roteiro de entrevista sobre o abuso sexual, ainda que as crianças tenham reagido ao abuso apresentando sentimentos como de medo, de culpa e vergonha ou mesmo que a revelação do abuso não tenha ocorrido de forma espontânea na maior parte dos casos, o fato das crianças terem recebido suporte e acolhimento das mães pode tê-las ajudado a lidar melhor com as consequências da violência, que foi interrompida em todos os casos quando houve o conhecimento/revelação quanto à ocorrência do abuso, possivelmente contribuindo para que não fossem apresentados dados clínicos quanto a problemas de comportamento para sete das 13 crianças mencionadas pelas participantes.

As características de proteção das mães pesquisadas na amostra estão relacionadas às habilidades sociais educativas (BOLSONI-SILVA, LOUREIRO, 2010), que são benéficas às práticas parentais positivas e que contribuem para um bom relacionamento com os filhos, o que foi relatado pela maior parte da amostra ao descrever as variáveis de contexto envolvidas no relacionamento com as crianças. Desse modo, os fatores que podem contribuir com a prevenção dessa forma de violência e em programas de intervenção diante do abuso sexual têm forte relação com as variáveis estudadas nesta pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo descreveu e comparou as práticas parentais, a saúde mental de mães de crianças vítimas de abuso sexual e o repertório comportamental dos filhos, de acordo com o relato das participantes. Os resultados indicaram que houve semelhança entre o número de crianças classificadas como clínicas e classificadas como não clínicas para problemas de comportamento no instrumento CBCL, o que foi relacionado com a característica protetiva apresentada pelas mães diante da descoberta da violência sexual de seus filhos, que pode ter contribuído para evitar que parte das crianças apresentasse dados clínicos quanto a problemas de comportamento.

Foram observadas diferenças ao comparar as médias de escores das participantes entre os grupos classificados como clínico e não clínico, de acordo com o CBCL, pois o grupo com as mães de crianças classificadas com problemas de comportamento apresentou escores médios maiores para as práticas negativas e o inverso ocorreu para o grupo com as mães de crianças classificadas sem problemas de comportamento, que apresentou escores médios maiores para as práticas positivas. Em relação à saúde mental, as médias de escores para sintomas de ansiedade e depressão foram maiores no grupo clínico, de acordo com o critério do CBCL. Todas as participantes que apresentaram classificações clínicas no BAI e no BDI-II também apresentaram classificações clínicas ao relatar sobre as crianças no CBCL, indicando a possibilidade de relação entre a saúde mental materna, delimitada no estudo como sintomas de ansiedade e depressão, e os problemas de comportamento na amostra.

Os dados individuais das participantes no RE-HSE-P indicaram déficits em habilidades sociais educativas parentais e frequente utilização de práticas educativas negativas, enquanto as crianças apresentaram reservas comportamentais quanto às habilidades sociais infantis e baixa frequência de queixas de problemas de comportamento. Considera-se que esses dados possam estar relacionados ao impacto do abuso sexual sofrido pelas crianças na avaliação realizada pelas mães, já que na análise temática do Roteiro de entrevista semiestruturado para responsáveis de crianças sobre a situação de abuso sexual foram identificadas práticas parentais positivas e queixas sobre as alterações de comportamento das crianças. No roteiro de entrevista sobre a situação de abuso e no RE-HSE-P houve boa variabilidade na descrição das interações entre as mães e as crianças.

Os dados do roteiro de entrevista sobre a situação de abuso sexual demonstraram as variadas dificuldades enfrentadas pelas mães quanto à violência sofrida pelas crianças, mas também apontaram possíveis fatores de proteção na relação entre as mães e os filhos no contexto do abuso sexual, como observar os comportamentos das crianças e se atentar às alterações de comportamento e humor apresentadas. Essa observação, somada ao diálogo sobre a rotina dos filhos, favoreceu às mães da amostra descobrir a ocorrência do abuso e tomar providências para proteger as crianças.

Também foram levantados aspectos que podem ser utilizados tanto em programas de prevenção ao abuso sexual infantil quanto de intervenção diante dessa forma de violência. Entre eles, ressalta-se a importância da educação sexual como uma forma de discriminar sinais indicativos de abuso sexual e que pode fornecer modelos quanto ao que fazer nessas situações de violência, de modo a evitar a sua ocorrência ou, quando não for possível evitá-la, de facilitar a sua revelação para as providências necessárias. Outro ponto de destaque é que muitas vezes as orientações dos responsáveis são voltadas apenas a desconhecidos, sem considerar o risco de que essa forma de violência aconteça de maneira tão próxima à família. Porém, é necessário levar em conta que a maior parte dos agressores faz parte do convívio das crianças e de suas famílias, de modo que as orientações devem ser feitas independente da presença de suspeita ou de considerar baixo o risco de ocorrência do abuso sexual.

Quanto ao atendimento desses casos, ressalta-se a importância da atuação dos serviços da rede de proteção, como o CREAS, que busca a superação das situações de risco e que deve propiciar acolhimento e orientações às famílias, considerando os aspectos do abuso sexual. Além disso, destaca-se a atuação da Psicologia nesse contexto de sofrimento e a necessidade do profissional estar alinhado com a busca pela garantia de direitos em relação à violência sofrida.

Assim, apesar dos dados desconfortantes em relação ao abuso sexual, é necessário abordar o tema para aprimorar as ações voltadas às vítimas e suas famílias, o que demanda conhecer as características dessa forma de violência, razão pela qual nesta pesquisa foram descritas e comparadas variáveis envolvidas na interação entre as mães e as crianças frente ao contexto do abuso sexual.

Espera-se que outros estudos, com amostras maiores e com intervalo de aplicação menor entre a descoberta do abuso e a aplicação dos instrumentos, possam trazer informações

adicionais aos achados deste trabalho. Ressalta-se, nesse âmbito, a necessidade de se pensar em delineamentos de pesquisa voltados às famílias que não apresentam proteção adequada às vítimas, casos que também precisam ser considerados, principalmente quanto ao desenvolvimento de políticas públicas que possam abarcá-los.

REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T.M.; RESCORLA, L.A. **Manual for the ASEBA school-age forms & profiles**. Burlington: Research Centre for Children, Youth and Families, University of Vermont, 2001.

ADED, N. L. de O. *et al.* Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 204-213, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000400006>. Acesso em: 24 mai. 2018.

ALVARENGA, P.; PICCININI, C. A. Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 14 (3), 449-459, 2001.

AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S. H. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 559-578, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79721998000300014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 ago. 2016.

ARANTES, J. de C. **O Treino das Habilidades Sociais com Crianças Abusadas Sexualmente**. 47 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso do Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Psicologia, 2012.

AZEVEDO, M. A., GUERRA, V. N. A. **Com licença**, vamos à luta. São Paulo: Iglu, 1998.

BAPTISTA, R. S. *et al.* Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 602-608, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2017.

BARTH J, BERMETZ L, HEIM E, TRELLE S, TONIA T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. **Int J Public Health**. Jun;58(3):469-83, 2013.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. **Interação em Psic.**, Curitiba, 6, 2, p233-p242, 2002.

BOLSONI-SILVA, A. T. **Relacionamento conjugal**: quais comportamentos são importantes. São Carlos: Suprema, 48 p., 2009.

BOLSONI-SILVA, A.T. Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P): Categorias e testagem preliminares. Em L.D. WEBER (Org.). **Família e Desenvolvimento** - Visões Interdisciplinares. Curitiba: Juruá, 2008. p. 145-158.

BOLSONI-SILVA, A. T. *et al.* Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: comparando avaliações de mães e de professoras. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 460-469, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2018.

BOLSONI-SILVA, A. T.; DEL PRETTE, A. Problemas de comportamento: um panorama da área. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 91-103, dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2018.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. Validação do Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P). **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 63-75, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2018.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. Práticas educativas parentais e repertório comportamental infantil: comparando crianças diferenciadas pelo comportamento. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 48, p. 61-71, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2011000100008&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 28 abr. 2017.

BOLSONI-SILVA, A.T.; LOUREIRO, S.R.; MARTURANO, E.M. **Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais** (n.d)

BOLSONI-SILVA, A.T; LOUREIRO, S.R.; MARTURANO, E.M. Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P). Manual técnico. **Cetepp - Hogrefe**, São Paulo, 2016.

BOLSONI-SILVA, A. T; MARTURANO, E. M.; SILVEIRA, F.F. **Cartilha informativa: orientações para pais e mães**. São Carlos: Supre,a, 56 p., 2006.

BORDIN, I. A. *et al.* Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 13-28, jan. 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS. **Centro de Referências Técnicas Em Psicologia e Políticas Públicas-CREPOP**. Brasília, DF, 2013.

_____. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP nº 010/2005**. Código de Ética Profissional do Psicólogo, XIII Plenário. Brasília, DF, 2005.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 26 de jul. 2016.

_____. **Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 24 jul. 2016.

_____. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm>. Acesso em: 24 de jul. 2016.

_____. **Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011.** Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm>. Acesso em: 24 de jul. 2016.

_____. **Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017.** Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm>. Acesso em: 26 fev. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Condicionalidades**, 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/gestao-do-programa/condicionalidades/condicionalidades>> Acesso em: 26 jul. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>> Acesso em: 03 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico** 27., v.49, n. 27, jun. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>> Acesso em: 09 dez. 2018.

BRIERE, J. *et al.* Disengaged parenting: Structural equation modeling with child abuse, insecure attachment, and adult symptomatology. **Child Abuse & Neglect**, vol.67, p. 260-270, 2017.

BRINO, R. de F. WILLIAMS, L. C. de A. **A escola como agente de prevenção do abuso sexual infantil**. São Carlos: Suprema, 2009

BRINO, R. de F.; WILLIAMS, L. C. de A. Professores como agentes de prevenção do abuso sexual infantil: detalhamento de um programa de capacitação. In: WILLIAMS, L. C. de A.; ARAÚJO, E. A. C. (Org.). **Prevenção do abuso sexual infantil**: um enfoque interdisciplinar. 2. reimpr. Curitiba: Juruá, 2011. p. 112-127.

BURGESS, E. S.; WURTELE, S. K. Enhancing parent-child communication about sexual abuse: a pilot study. **Child Abuse & Neglect**, 22 (11), 1167-1175, 1998.

CABALLO, V. E.; SIMÓN, M. A. **Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente**: Transtornos Gerais. São Paulo: Editora Santos, 2005.

CARDOSO, T.S.G.C; SIQUARA, G. M.; FREITAS, P.M. Relações entre depressão materna e problemas de comportamento em crianças. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 32, n. 79, p. 131-141, out./dez. 2014 . Disponível em <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20497>>. Acesso em: 20 set. 2019.

CECCONELLO, A. M.; DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 8, n. spe, p. 45-54,

2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-737220030003000007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2018.

CHOI, J.Y.; OH, K.J. Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea: mediating effects of emotion regulation. **Child Abus. Negl.** 38, 296–303, 2014. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24210271>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

CIA, F. *et al.* Habilidades sociais das mães e envolvimento com os filhos: um estudo correlacional. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 3-11, mar. 2007.

CID, M. F. B.; MATSURIKA, T. S. Mães com transtorno mental e seus filhos: risco e desenvolvimento. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 1, p. 73-81, 2010.

COSTA, M. I. P. **Estudo preliminar da terminologia empregada pela Polícia Civil do RS no Boletim de Ocorrência Policial**. Dissertação (Mestrado) – UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.

CUNHA, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. **Casa do Psicólogo**. São Paulo, 2001.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais e habilidades sociais: Vivências para o trabalho em grupo**. 4ª edição. Petrópolis: Vozes, 2001.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Um sistema de categorias de habilidades sociais educativas. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, p. 517-530, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X20080003000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2018.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. D. **Psicologia das Habilidades Sociais na Infância: teoria e prática**. 4 ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

DILILLO, D.; TREMBLAY, G. C.; PETERSON, L. Linking childhood sexual abuse and abusive parenting: the mediating role of maternal anger. **Child Abuse & Neglect**, vol 24, n. 6, p. 767-779, 2000.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-406020040002000011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2019.

FERREIRA, C. *et al.* Estudo PaSeFi: o que ensinam os pais sobre sexualidade aos seus filhos. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 26, n. 3, p. 164-170, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-075420170003000002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2019.

FLORENTINO, B. R. B. Abuso sexual, crianças e adolescentes: reflexões para o psicólogo que trabalha no CREAS. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-70, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-029220140001000006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2017.

FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 7, n.

1, jun. 2007. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000100013>.

Acesso em: 20 jan. 2017.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança**: uma abordagem multidisciplinar. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2. reimpr. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GALLO, A.; WERTZ, C; BLAVIER, A. Quand l'enfant révèle un abus sexuel: le vécu du couple, ses fonctions et conséquences. **Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence**, Quebec, v. 64, p. 498-507, 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

GARDNER, R. Recent Trends in divorce and custody litigation. **Academy Forum**, 29(2), 3-7, 1985.

GAVA, L.L.; DA SILVA, D. G.; DELL'AGLIO, D. D. Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infanto-juvenil. **Psico**, v. 44, n. 2, p. 9, 2013. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1146>>.

Acesso em: 17 mai. 2017.

GIOVANNI, M. K.; TADEUCCI, M. S.R.; OLIVEIRA, E. A. A. Q. 2010. Procedimentos e efeitos de treinamentos de habilidades sociais para engenheiros: relato de um grupo. **Anais do XXX Encontro Nacional De Engenharia De Produção**. São Carlos, SP, Brasil, 12 a 15 de outubro de 2010.

GOMIDE, P. I. C. *et al.* Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. **PsicoUSF**, Itatiba, v. 10, n. 2, p. 169-178, dez. 2005. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712005000200008&lng=pt&nrm=iso)

82712005000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2019.

GOMIDE, P. I. C. Inventário de Estilos Parentais. Modelo teórico: manual de aplicação, apuração e interpretação. Petrópolis: **Vozes**, 2006.

GONÇALVES, R.C.; FALEIRO, J.H.; MALAFAIA, G. Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. **Holos**, vol. 5, 2013, p. 251-263. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/pdf/4815/481548607021.pdf>> Acesso em: 02 out. 2019.

GORENSTEIN, C. *et al.* Manual Inventário Beck de Depressão-II. **Casa do Psicólogo**. São Paulo, 2011.

HABIGZANG, L. F. *et al.* Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 341-348, dez. 2005.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000300011&lng=en&nrm=iso)

37722005000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2017.

HABIGZANG, L. F. *et al.* Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 379-386, 2006.

HÉBERT, M; LANGEVIN, R; OUSSAÏD, E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. **Journal of Affective Disorders**, v. 225, p. 306-312, 1 jan. 2018. Disponível em: < <https://www->

sciencedirect.ez87.periodicos.capes.gov.br/search/advanced?docId=10.1016%2Fj.jad.2017.08.044>. Acesso em: 23 ago. 2019.

HOHENDORFF, J. V.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. **Violência sexual contra meninos: teoria e intervenção**. Curitiba: Juruá, 2014.

HOHENDORFF, J. V.; SANTOS, S. S. dos; DELL'AGLIO, D. D. Estudo de caso sobre a revelação da violência sexual contra meninos. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 8, n. 1, p. 46-54, jun. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2017.

JOBE-SHIELDS, L. *et al.* Posttraumatic Stress and Depression in the Nonoffending Caregivers of Sexually Abused Children: Associations With Parenting Practices. **Journal of Child Sexual Abuse**, 25(1), 110-125, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26808966>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

KAVANAUGH, M. *et al.* Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practices and parenting behaviors for preschool children. **Ambul Pediatr**, v.6, n.1, p.32-7, 2006.

KOLLER, S. H.; DE ANTONI, C. Violência familiar: uma visão ecológica. In: Koller SH, organizadora. **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 293-310.

LEWIS, T.; MCELROY, E.; HARLAAR, N.; RUNYAN, D. Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. **Child Abuse & Neglect**, 51, 31-40, 2016. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.016>>. Acesso em: 21 jun. 2018

MACARINI, S. M. *et al.* Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 119-134, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MARIN, A. H. *et al.* Parental child-rearing practices, behavior problems and pre-school children's social competence. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v. 17, n. 1, p. 05-13, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2018.

MARTINS, C. B. de G.; JORGE, M. H. P. de M. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 246-255, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2018.

MATTOS, I. A; LIMA, I.M.S.O. Maternidade e o Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Garantir Um Colo Protetor. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22 n. 3, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/46709>>. Acesso em: 05 jul. 2019.

NOVAIS, M. R.; BRITTO, I. A. G. de S. Comportamentos-problema de uma criança vítima de abuso sexual. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v.15, n.1, p.4-19, abr. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452013000100002>. Acesso em: 21 jan. 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 mai. 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. **OMS**, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>> Acesso em: 3 jun. 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. **OMS**, 2012. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf;jsessionid=2C7F75FC92670F51E1ED2A181127661A?sequence=3> Acesso em: 28 mai. 2019.

OMS/OPAS. Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde. OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. **OMS**, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839>. Acesso em: 13 jun. 2019.

ORTI, N.; BOLSONI-SILVA, A. Problemas internalizantes: revisão de intervenções sobre as práticas parentais. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 19, n. 2, p. 138-159, 15 nov. 2017.

PADILHA, M. da G. S. Abuso sexual na infância e na adolescência: você pode descobrir o que está acontecendo. In: M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, S. M. B. Mezzaroba (Orgs.). **Comportamento Humano**: Tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor, p.111-128, Santo André: Esetec, 2002.

PADILHA, M da G. S.; GOMIDE, P. I. C. Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 9, n. 1, p. 53-61, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mai. 2017.

PELISOLI, C.; PICCOLOTO, L. B. Prevenção do abuso sexual infantil: estratégias cognitivo-comportamentais na escola, na família e na comunidade. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 108-137, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000100007>. Acesso em: 02 jul. 2017.

PÉREZ-GONZÁLEZ, A; GUILERA, G.; JARNE, N. P. A. Protective factors promoting resilience in the relation between child sexual victimization and internalizing and externalizing symptoms. **Child Abuse & Neglect**, 2017-10-01, Volume 72, Páginas 393-403, 2017.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 5, supl. p. s197-s204, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700010>. Acesso em: 22 jan. 2017.

PIRES FILHO, M. F. **Abuso sexual em meninos: a violência intrafamiliar através de um psicólogo que atende em instituições**. 1. reimp. Curitiba: Juruá, 2011.

PIZETA, F. A. *et al.* Depressão materna e riscos para o comportamento e a saúde mental das crianças: uma revisão. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v.18, n.3, p. 429-437, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 04 mai. 2019.

PLATT, V. B. *et al.* Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1019-1031, abr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2019.

PONCE, B. J.; NERI, J. F. de O. O currículo escolar em busca da justiça social: a violência doméstica contra a criança e o adolescente. **Revista e-Curriculum**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 331-349, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/23663>>. Acesso em: 2 jul. 2019.

RENNER, L. M.; SLACK, K. S. Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra and intergenerational connections. **Child Abuse & Neglect**, v.30, n.6, p. 599-617, 2006.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J.N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2018.

ROBERTS, A. L. *et al.* Maternal Experience of Abuse in Childhood and Depressive Symptoms in Adolescent and Adult Offspring: A 21-Year Longitudinal Study. **Depression And Anxiety**, v. 32, p. 709–719, 2015.

ROCHA, M. M. *et al.* Behavioural/emotional problems in Brazilian children: findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist. **Epidemiology and Psychiatric Sciences** v. 22, p. 329–338, 2013.

SAMORANO, C. **Dicionário Houaiss muda significado da palavra “família”**, 2016. Disponível em: <<http://www.metropoles.com/vida-e-estilo/comportamento/dicionario-houaiss-muda-significado-da-palavra-familia>> Acesso em: 08 ago. 2016.

SANTOS, B. R. **Guia escolar: identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes** /Benedito Rodrigues dos Santos, Rita Ippolito – Seropédica, RJ: EDUR, 2011. Disponível em: <<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000016936.pdf> >. Acesso em: 20 abr. 2019.

SANTOS, M. *et al.* Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola - Brasil, 2010-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, e2017059, 2018.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200305&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

SANTOS, S. S. dos; DELL'AGLIO, D. D. Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 595-606, dez. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev. 2018.

SANTOUCY, L. B. *et al.* Mulheres que denunciam violência sexual intrafamiliar. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 731-754, dez. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2014000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2018.

SAPIENZA, G.; PEDROMONICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicol. estud., Maringá**, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2018.

SELTMANN, L.; WRIGHT, M. Perceived Parenting Competencies following Childhood Sexual Abuse: A Moderated Mediation Analysis. **Journal of Family Violence**, vol. 28, n. 6, p.611-621.

SERAFIM, A. de P. *et al.* Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 143-147, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000400006>. Acesso em: 29 ago. 2017.

SILVA, A. T. B. **Problemas de comportamento e comportamentos socialmente adequados**: sua relação com as habilidades sociais educativas de pais. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2000.

SILVA, J. A. O processo de revitimização de crianças que vivenciam a violência sexual. **Boletim Científico ESMPU**, Brasília, a. 15 – n. 47, p. 11-52 – jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://escola.mpu.mp.br/publicacoes/boletim-cientifico/edicoes-do-boletim/boletim-cientifico-n-47-janeiro-junho-2016/o-processo-de-revitimizacao-de-criancas-que-vivenciam-a-violencia-sexual>>. Acesso em: 29 mar. 18.

SOMA, S. M. P.; WILLIAMS, L. C. de A. Avaliação de livros infantis brasileiros sobre prevenção de abuso sexual baseada em critérios da literatura. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 3, p. 1201-1212, set. 2017. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2019.

SOUZA C. de M.; ADESSE, L. **Violência sexual no Brasil**: Perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

SOUZA, S. S. **A Função Protetiva da Família e do Estado**: um estudo a partir do Ministério Público da Comarca de São José/SC. 63 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico- Serviço Social, 2015.

SPAZIANI, R. B.; MAIA, A. C. B. Educação para a sexualidade e prevenção da violência sexual na infância: concepções de professoras. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 32, n. 97, p.

61-71, 2015. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000100007>.

Acesso em: 15 fev. 2017.

TEIXEIRA, S. M. Família na política de assistência social: avanços e retrocessos com a matricialidade sociofamiliar. **Rev. Pol. Públ.**, São Luís, v. 13, n. 2, p. 255-264, jul./dez. 2009.

Disponível em:

<<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/4769>>. Acesso

em: 22 mar. 2017.

VANNUCHI, P. de T.; OLIVEIRA, C. S. **Direitos humanos de crianças e adolescentes - 20 anos do Estatuto**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010. 223p.

VILELA, L. F. (Coord.). **Enfrentando a violência na rede de saúde pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005.

WILLIAMS, L. C. A. Abuso Sexual Infantil. In: H. J. Guilhardi, M. B. B. P Madi, P. P. Queiroz e M. C. Scoz (Orgs). **Sobre Comportamento e Cognição**: Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento. Santo André: Esetec, 2002.

**APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturado para responsáveis de crianças
sobre a situação de abuso sexual**

Nome: _____

Grau de parentesco com criança/adolescente: _____

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Escolaridade:** _____

Estabelecendo *rapport*:

Orientar sobre o roteiro de entrevista, que foi desenvolvido com o objetivo de levantar dados sobre a ocorrência do abuso sexual.

Questões sobre o abuso:

Aqui nós vamos falar um pouco sobre as situações que aconteceram com _____ (criança). É importante que você seja sincero(a) nas respostas para que possamos entender melhor o que houve e como a família está lidando com a situação.

- 1- Você possuía algum vínculo afetivo ou de confiança com o(a) _____ agressor(a)?
- 2- Como era o seu contato com o(a) _____ (agressor(a))?
- 3- Como você tomou conhecimento das situações envolvendo _____ (criança)?
- 4- O que acontecia nessas situações?
- 5- Aconteceu mais de uma vez? Com que frequência ocorreu o abuso?
- 6- Você sabe quando essas situações começaram? Se sim, quando?
- 7- Você sabe como _____ (criança) reagia nessas situações?
- 8- O(a) _____ (agressor(a)) sempre agiu da mesma forma com _____ (criança)?
- 9- Você se lembra de situações que você estranhou ou considerou suspeitas?
- 10- Você sabe qual foi a primeira pessoa para quem _____ (criança) contou sobre o ocorrido?
- 11- Como você se sentiu ao saber do ocorrido?
- 12- O que você fez quando _____ (criança) contou sobre a situação?
- 13- O que levou você acreditar ou desacreditar o relato de _____ (criança)?
- 14- Como você reagiu?
- 15- Pensando hoje, você faria algo diferente? O quê?
- 16- Você percebeu alterações de comportamento ou de humor na _____ (criança)? Se sim, o quê?
- 17- Você chegou a conversar com o(a) _____ (agressor(a)) sobre o _____ que houve? Se sim, isso mudou sua percepção em relação ao que _____ (criança) contou?

18- Você conversou com amigos ou familiares sobre o que houve com _____ (criança)? Se sim, como reagiram?

19- Como você avalia a reação das pessoas, que sabem sobre o que houve, quando tomaram conhecimento do que aconteceu?

20- Você já sofreu algum tipo de violência ou assédio sexual?

21- Como é seu relacionamento com _____ (criança)?

22- Como é para você conversar sobre sexualidade com _____ (criança)? Por quê?

23- Como ficou seu relacionamento com _____ (criança) depois dele(a) ter contado sobre essas situações?

24- Enquanto responsável por _____ (criança) você acredita que de alguma maneira poderia ter evitado o que aconteceu. Se sim, como?

25- Qual a sua maior dificuldade diante do que aconteceu?

26- Diante do que aconteceu, como você está hoje?

Encerramento:

Agradecer a disponibilidade do responsável e realizar o acolhimento diante do que foi apresentado como queixa ou sofrimento pelo participante.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da pesquisa: **Práticas Parentais, Habilidades Sociais, Saúde Mental de Mães e Problemas de Comportamento Infantil nos Casos de Abuso Sexual**

Pesquisa vinculada ao Programa de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP/Bauru. Pesquisadora: Caroline Bonaccorsi - CRP: 06/109197, sob orientação da Profª Dra Alessandra Turini Bolsoni-Silva - CRP: 06/57948-0.

Você participará de uma pesquisa que é realizada com mães de crianças com idades entre dois anos a 11 anos e 11 meses, de ambos os sexos, encaminhadas ao CREAS desta cidade devido à suspeita ou ocorrência de abuso sexual. Esta pesquisa tem por objetivo obter dados sobre as consequências do abuso sexual para as mães e sua relação com as habilidades sociais, práticas parentais, sintomas de ansiedade e depressão das mães e os problemas de comportamento das crianças. Você responderá a seis instrumentos: I- Roteiro de Entrevista Semiestruturado para Responsáveis de Crianças Sobre a Situação de Abuso Sexual, que trata sobre as implicações do abuso sexual para a criança e sua família; II- RE-HSE-P, que aborda o relacionamento entre pais e filhos; III - Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas para Pais, avalia a frequência de habilidades sociais e de práticas educativas; CBCL, avalia problemas de comportamento infantil, de acordo com o relato do responsável pela criança; V- BAI, que mede a intensidade da ansiedade e VI - BDI, que mede a intensidade da depressão. As aplicações dos dois roteiros de entrevistas serão gravadas em áudio para análise dos dados e os áudios serão utilizados apenas pela pesquisadora responsável para a finalidade da pesquisa. Os instrumentos serão aplicados no CREAS em horários combinados com você e poderão ser aplicados em mais de um encontro, de acordo com sua disponibilidade. Informamos que você não terá quaisquer despesas ao participar desta pesquisa. Você tem liberdade de se recusar a participar, de não responder a alguma pergunta e de retirar seu consentimento, a qualquer momento, caso alguma coisa lhe desagrade, sem qualquer problema para você. Quanto aos riscos, abordar a violência sexual vivenciada pela criança faz parte do acompanhamento realizado pelo CREAS, assim dificuldades relacionadas ao abuso sexual já integram os atendimentos do CREAS à família, no entanto, a pesquisadora também se disponibiliza a realizar atendimento individual caso você sinta-se desconfortável com o tema pesquisado, após a coleta de dados. Quanto aos benefícios, esta pesquisa fornecerá informações importantes para futuras intervenções com mães e crianças diante da ocorrência de abuso sexual. O levantamento desses dados poderá auxiliar no desenvolvimento de material para atender essa demanda específica e para orientar o acompanhamento realizado pelo CREAS.

Eu, Caroline Bonaccorsi, enquanto pesquisadora estou compromissada com o Código de Ética Profissional do Psicólogo, assegurando total sigilo quanto aos dados obtidos durante a pesquisa. Eu _____, RG _____, abaixo assinado, estou ciente de que faço parte de uma amostra da pesquisa “Práticas Parentais, Habilidades Sociais, Saúde Mental de Mães e Problemas de Comportamento Infantil nos Casos de Abuso Sexual”. Contribuirei com dados através das respostas aos roteiros de entrevistas, inventários e *checklist*. Declaro estar ciente: a) do objetivo da pesquisa; b) da segurança de que não serei identificado nos instrumentos de relato e nas gravações em áudio, de que será mantido caráter confidencial das informações relacionadas com minha privacidade e c) de ter a liberdade de recusar participar da pesquisa.

Bauru, ____ de _____ de _____

Assinatura da participante

Nome e assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS BAURU -
JÚLIO DE MESQUITA FILHO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Práticas Parentais, Habilidades Sociais, Saúde Mental de Mães e Problemas de Comportamento Infantil nos Casos De Abuso Sexual

Pesquisador: Caroline Bonaccorsi

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 67122117.1.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.316.263

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa sobre os impactos do abuso sexual para a vítima e sua família. Esse fato pode levar às alterações de comportamento e consequências para a saúde mental. No caso das mães das vítimas, estas consequências podem interferir nas práticas parentais apresentadas por elas. A resposta dos familiares após a revelação do abuso sexual está fortemente relacionada aos aspectos emocionais das vítimas, pois quando a família desacredita o relato da criança ou quando não toma as providências necessárias para que a situação de violência sexual cesse, as consequências deletérias do abuso são agravadas. Um bom repertório de habilidades sociais e práticas parentais adequadas permitem ao responsável agir de forma mais adaptativa e apresentar respostas adequadas diante da ocorrência de abuso sexual.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral deste estudo é caracterizar e descrever associações entre o repertório de habilidades sociais, práticas parentais, saúde mental de mães de crianças vítimas de abuso anos e 11 meses, encaminhadas ao CREAS de uma cidade do centro-oeste paulista devido à ocorrência ou indício de abuso sexual infantil.

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01

Bairro: CENTRO

CEP: 17.033-360

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3103-9400

Fax: (14)3103-9400

E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS BAURU -
JÚLIO DE MESQUITA FILHO



Continuação do Parecer: 2.316.263

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, a proposta explicita que abordar a violência sexual vivenciada pela criança faz parte do acompanhamento realizado pelo CREAS, assim dificuldades relacionadas ao abuso sexual já integram os atendimentos do CREAS à família, no entanto, a pesquisadora também se disponibiliza a realizar atendimento individual à participante que sentir-se desconfortável com o tema pesquisado, após a coleta de dados. De igual modo, quanto aos benefícios, esta pesquisa fornecerá informações importantes para futuras intervenções com mães e crianças diante da ocorrência de abuso sexual. O levantamento desses dados poderá auxiliar no desenvolvimento de material para atender essa demanda específica e para orientar as intervenções pelo CREAS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um importante modo de conhecer (para prevenir) casos de comportamentos como esses identificados nesta pesquisa. Sobretudo, no sentido de desenvolver políticas sociais que venham a evitar tais ocorrências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As recomendações realizadas no sentido de tornar compreensíveis os termos de apresentação obrigatória àqueles fazem parte da pesquisa e deverão compreender o conteúdo desses documentos.

Recomendações:

Essa versão já não demanda recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

As demandas enviadas desde a primeira versão foram devidamente atendidas nessa escrita do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO CEP: 17.033-360
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3103-9400 Fax: (14)3103-9400 E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

**UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS BAURU -
JÚLIO DE MESQUITA FILHO**



Continuação do Parecer: 2.316.263

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_902962.pdf	15/09/2017 23:55:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/09/2017 23:52:36	Caroline Bonaccorsi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_2017_Caroline_Maio_Final.docx	13/06/2017 01:05:31	Caroline Bonaccorsi	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Caroline.docx	13/04/2017 17:41:41	Caroline Bonaccorsi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

BAURU, 05 de Outubro de 2017

**Assinado por:
Mário Lázaro Camargo
(Coordenador)**

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO **CEP:** 17.033-360
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3103-9400 **Fax:** (14)3103-9400 **E-mail:** cepesquisa@fc.unesp.br