



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

**Dano Psíquico em crianças vítimas de abuso sexual
sem comprovação de ato libidinoso ou conjunção carnal.**

Álvaro Pereira da Silva Júnior

Brasília – D.F.

2006



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

**Dano Psíquico em crianças vítimas de abuso sexual
sem comprovação de ato libidinoso ou conjunção carnal.**

Álvaro Pereira da Silva Júnior

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Izabel Tafuri

Brasília – D.F.

2006

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr^a Maria Izabel Tafuri

Universidade de Brasília

Presidente

Prof. Dr^a Maria de Fátima Olivier Sudbrack

Universidade de Brasília

Membro

Prof. Dr. Vicente de Paula Faleiros

Universidade de Brasília

Membro

Prof. Dr^a Liana Fortunato Costa

Universidade de Brasília

Membro (Suplente)

Brasília, 2006

*À Minha Vó, Maria de Oliveira Silva,
que não pôde esperar por este momento.*

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me permitido chegar até aqui – pois foram muitos os obstáculos.

À Professora Doutora Maria Izabel Tafuri por sua orientação no desenvolvimento desta dissertação e dedicação à causa da saúde mental da criança.

Ao Professor Doutor Francisco Martins por seus ensinamentos e por ter me apresentado à técnica da Análise de Conteúdo.

Ao Professor Doutor George Felipe de Lima Dantas pelo seu companheirismo, incentivo e ensinamentos de Metodologia Científica.

À Professora Doutora Maria de Fátima Olivier Sudbrack, ao Professor Doutor Vicente de Paula Faleiros e a Professora Doutora Liana Fortunato Costa por terem aceitado o convite para participar da banca examinadora.

Ao Médico-Legista, José Flávio de Souza Bezerra, Diretor do Instituto Médico Legal de Brasília “Leonídio Ribeiro”, pela autorização concedida para a utilização dos dados estatísticos sem os quais seria impossível a realização deste trabalho.

À professora Maria de Lourdes Fernandes por sua colaboração na redação deste trabalho.

À Sandra Maria Gadelha pela companhia e apoio ao longo de toda a trajetória deste trabalho.

Ao policial civil, Venilton, Chefe da Seção de Informática do Instituto Médico Legal de Brasília pela presteza com que atende àqueles que necessitam de seus serviços.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília pelo apoio prestado durante os períodos letivos.

Aos colegas que conheci na Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da UnB, Vanessa, Ivan, Carlos, Marília, Janaína entre outros.

Às colegas do Setor de Psicopatologia Forense do Instituto Médico Legal de Brasília, Aldecina, Marlene, Rita e Rosário, cujos trabalhos contribuíram para a realização deste estudo.

À toda minha família, meus pais e irmãos, e, em particular, à Nicinha e Yohanne, que me apoiaram e suportaram a tensão destes dois últimos anos.

“É preciso um equilíbrio delicado entre estar consciente da série de sinais e sintomas, da observação sensível e das tentativas de se comunicar com a criança para realmente concluir se ela está sendo abusada ou não.”

Sanderson, 2005

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é a constatação de dano psíquico (ou psicológico) em crianças que apresentaram notícia-crime (registro de ocorrência policial) informando terem sido vítimas de abuso sexual e que foram submetidas a exame de corpo de delito, realizado no Instituto de Medicina Legal de Brasília, cujos resultados não constaram a presença de vestígios de conjunção carnal e/ou de atos libidinosos. A metodologia utilizada foi a análise de conteúdo (Bardin, 1995) em 108 laudos de exame psicológico, realizados no período de 2002 a 2005 pela Seção de Psicopatologia Forense do mesmo Instituto Médico Legal. O resultado do estudo permitiu as seguintes conclusões: a) em 80.6% dos integrantes da amostra foi encontrado algum tipo de indicador patológico, indicando um sofrimento psíquico relacionado com a situação do abuso sexual, b) em alguns casos, a repercussão transcendeu o campo intra-psíquico e interferiu negativamente no funcionamento adaptativo da vítima; c) os exames de corpo de delito, atentado violento ao pudor e conjunção carnal, quando realizados isoladamente, não são eficazes na confirmação desta modalidade de crime (abuso sexual) e são prescindíveis para a constatação do dano psíquico; d) foram propostas alternativas para a atual legislação brasileira de modo a permitir a tipificação do abuso sexual como crime e o estabelecimento de critérios específicos para os exames periciais, bem como o reconhecimento de sua consequência para a vítima (reparação do dano).

PALAVRAS-CHAVES: abuso sexual infantil, dano psíquico, exame psicológico, e violência sexual.

ABSTRACT

The aim of the present study is to verify the psychological harm in children that they had presented criminal report informing to have been victims of sexual abuse e that had been submitted the examination of body, carried through in the Legal Medical Institute of Brasilia, whose resulted they had not consisted the presence of vestiges of carnal knowledge and/or libidinous acts.

The used methodology was the analysis of content (Bardin, 1995) in 108 findings of psychological examination, carried through in the period of 2002 the 2005 for the Section of Forensic Psychopathology of the same Legal Medical Institute. The result of the study allowed the following conclusions: a) in 80.6% of the integrant ones of the sample some type of pathological pointer was found, indicating a related psychic suffering with the situation of the sexual abuse, b) in some cases, the repercussion exceeded the intra-psychic field and intervened negative with the adaptive functioning of the victim; c) the examinations of body, attempted against violent to the modesty and carnal knowledge, when carried through separately, they are not efficient in the confirmation of this modality of crime (sexual abuse) and are prescindent to verify the psychic harm; d) finally, the researcher considered alternatives for the current Brazilian legislation in order to allow the sexual abuse as crime and the establishment of specific criteria for the expert examinations, as well as the recognition of its consequence for the victim (allowing the repair of the harm).

Key-Words: child sexual abuse, psychic harm, psychological examination, sexual violence.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Distribuição percentual dos exames de conjunção carnal em mulheres e meninas	101
Figura 2 – Distribuição percentual dos resultados dos exames de conjunção carnal em meninas	102
Figura 3 – Distribuição percentual dos exames de atentado violento ao pudor	104
Figura 4 – Distribuição percentual dos resultados dos exames de atentado violento ao pudor em meninos e meninas	105
Figura 5 – Distribuição percentual da amostra por gênero	108
Figura 6 – Distribuição percentual da frequência de idade entre os integrantes da amostra	108
Figura 7 – Distribuição percentual quanto ao tipo de abuso	109
Figura 8 – Percentual dos indicadores patológicos por categorias sintomáticas	110
Figura 9 – Distribuição percentual de indicadores patológicos por categoria sintomática	111
Figura 10 – Distribuição percentual de indicadores patológicos de efeitos interpessoais	113
Figura 11 – Distribuição percentual de indicadores patológicos de efeitos emocionais	115
Figura 12 – Distribuição percentual de indicadores patológicos de efeitos comportamentais	116

Figura 13 – Distribuição percentual dos indicadores patológicos de efeitos na conduta sexual	118
Figura 14 – Distribuição percentual de indicadores patológicos de efeitos cognitivos	119
Figura 15 – Distribuição percentual dos indicadores patológicos de efeitos físicos	120

TABELAS

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico para o abuso sexual	65
Tabela 2 – Exames de conjunção carnal em mulheres e crianças	101
Tabela 3 – Resultados dos exames de conjunção carnal em meninas	102
Tabela 4 – Exames de atentado violento ao pudor	103
Tabela 5 – Resultados dos exames de atentado ao pudor em crianças	105
Tabela 6 – Dados demográficos dos integrantes da amostra	107
Tabela 7 – Distribuição dos indicadores patológicos pelas categorias sintomáticas	109
Tabela 8 – Quantidade de indicadores patológicos encontrados por categoria sintomática	111
Tabela 9 – Indicadores patológicos de efeitos interpessoais	112
Tabela 10 – Indicadores patológicos de efeitos emocionais	114
Tabela 11 – Indicadores patológicos de efeitos comportamentais	116
Tabela 12 – Indicadores patológicos de efeito na conduta sexual	117
Tabela 13 – Indicadores patológicos de efeitos cognitivos	119
Tabela 14 – Indicadores patológicos de efeitos físicos	120

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência
ANDI	Associação de Notícias dos Direitos da Infância
CEDECA-CE	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Estado do Ceará
CID-10	Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Organização Mundial de Saúde – 10ª Revisão.
CIS	Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect
CPB	Código Penal Brasileiro
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – 4ª edição
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
IML-LR	Instituto Médico Legal de Brasília - <i>Leonídio Ribeiro</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
NCCAN	National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect.
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

SUMÁRIO

	Pág.
Agradecimentos	v
Resumo	viii
Abstract	ix
Lista de Tabelas e Figuras	x
Lista de Abreviaturas e Siglas	xii
Sumário	xiii
I- Introdução	2
II- Referencial Teórico	10
2.1 O abuso sexual	10
2.1.1 O abuso sexual da criança ao longo da história	10
2.1.2 O conceito de abuso sexual infantil	11
2.1.3 Dados epidemiológicos do abuso sexual infantil	19
2.2 O Dano	21
2.2.1 O dano ao longo da história	21
2.2.2 A origem etimológica do termo dano na língua portuguesa	24
2.2.3 O dano na legislação brasileira	25
2.2.4 O dano moral	27
2.2.5 O conceito de dano moral na legislação brasileira	29
2.3 O dano psíquico	34
2.3.1 O conceito de dano psíquico	34

2.3.2 O dano psíquico e o transtorno de estresse pós-traumático	38
2.3.3 O dano psíquico como trauma psíquico	45
2.3.3.1 A Síndrome de Adaptação e o transe traumático	50
2.3.4 O dano psíquico e o distúrbio comportamental	52
2.3.5 O dano psíquico e o funcionamento adaptativo	57
2.4 A avaliação psicológica de crianças vítimas de abuso sexual	60
2.4.1 O problema da falsa denúncia de abuso sexual	67
2.4.2 O fenômeno da resiliência	71
2.5 Exames em Medicina Legal na área do abuso sexual	77
2.5.1 O exame de conjunção carnal	77
2.5.2 O exame de atentado violento ao pudor	79
2.5.3 O exame de lesão corporal	82
III- Metodologia de Pesquisa	87
3.1 O método de abordagem	87
3.2 A amostra	87
3.3 A técnica de coleta dos dados	88
3.4 A técnica para a análise dos dados	88
3.4.1 Quanto aos exames médico-legais	88
3.4.2 Quanto aos exames psicológicos	89
3.5 A análise de conteúdo	89
3.6 A análise de conteúdo dos laudos psicológicos	93
IV- Resultados	101
4.1 Dados obtidos quantos aos exames médico-legais ligados ao abuso sexual	101

4.2 Dados obtidos quantos aos exames psicológicos	106
4.2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra	106
4.2.2 Dados estatísticos obtidos	109
V- Discussão	122
5.1 Hipótese 1	122
5.2 Hipótese 2	123
5.3 Tipo de abuso	124
5.4 Quanto ao gênero	124
5.5 Quanto à idade	125
5.6 Quanto aos indicadores patológicos	125
5.6.1 Efeitos Interpessoais	126
5.6.2 Efeitos Emocionais	128
5.6.3 Efeitos Comportamentais	131
5.6.4 Efeitos na Conduta Sexual	133
5.6.5 Efeitos Cognitivos	134
5.6.6 Efeitos Físicos	135
VI- Conclusões	136
6.1 Limitações	137
6.2 Implicações para a prática clínica	138
6.3 Implicações para a prática forense	139
6.4 Diretrizes para futuras pesquisas	139
6.5 Considerações finais	140
Referências Bibliográficas	143

Anexos

1 INTRODUÇÃO

A violência contra crianças acompanha a humanidade desde os tempos mais remotos. Trata-se de um fenômeno que não está restrito à nossa realidade, sendo encontrado nas diversas organizações sociais, independente de suas condições sociais, políticas, estruturais e nível de desenvolvimento.

O abuso sexual infantil é hoje um fenômeno que transcende a vida privada da família e também a esfera policial. Cada vez mais ele vem se tornando um problema de saúde, em verdade, a extensão de suas conseqüências têm sido amplamente estudadas e, merecem serem consideradas como um problema de saúde pública.

São vários os casos relatados em que adultos abusadores revelaram terem sido crianças abusadas no passado. Assim, constatar um caso de abuso sexual não tem o propósito menor de vingança contra o abusador, mas sim um meio de interromper um círculo vicioso – onde crianças, vítima no passado, podem se tornar futuros algozes.

O abuso sexual de crianças é caracterizado por ser uma relação de poder, uma situação de desigualdade, onde a forte subjugação psicológica da vítima prescinde o uso da violência.

Entre os principais fatores que dificultam a apuração do crime de abuso sexual infantil, está a falta de clareza sobre o próprio conceito e a dificuldade de comprovação por meio de provas materiais – consideradas científicas e legais.

A falta de clareza quanto ao conceito de abuso sexual justifica-se na variabilidade dos atos praticados, obrigando aos estudiosos teóricos, sobretudo os operadores de Direito e os integrantes da Justiça Criminal, a trabalharem com definições amplas e, às vezes, imprecisas.

Quanto a comprovação por provas, os estudos demonstram uma grande dificuldade para a obtenção de provas materiais da prática de abuso sexual em crianças.

A legislação penal brasileira, ao promover a punição dos crimes com violência sexual, comina a pena valorando essencialmente a agressão física, que tem que ser comprovada por meio de exames médico-legais, chamados de Exame de Corpo de Delito, que, neste caso são de duas modalidades, a saber: conjunção carnal e ato libidinoso diverso da conjunção carnal.

Os critérios utilizados na perícia para a conjunção carnal e o atentado violento a pudor, não atendem as vítimas de abuso sexual, quando se trata de crianças e adolescentes, uma vez que em sua totalidade não apresentam vestígios que permitam a configuração material do abuso sexual e os quesitos a serem verificados são incompatíveis com a realidade infanto-juvenil.

A respeito dos exames para a constatação do abuso sexual Faleiros e Faleiros (2001), fazem a seguinte afirmação:

A metodologia utilizada pelo IML, baseada numa concepção positivista da ciência, na causa/efeito, nas provas materiais, se constitui em importante entrave à resolubilidade, por sua inadequação à ‘comprovação’ de crimes sexuais e ao abuso sexual em suas diferentes formas. (p. 118)

Vaz (2000, p. 2), com base em sua experiência profissional na realidade brasileira, faz a seguinte afirmação: “Em vários levantamentos de dados que realizei em SOSs e Delegacias do Nordeste, os abusadores não deixaram cicatrizes no corpo das vítimas. No entanto, podem ter imputado nesses adolescentes profundas marcas psicológicas.”

O abusador de crianças apresenta comportamentos sexuais desviantes – o que explica o fato de que, na maioria dos casos, as vítimas não apresentam vestígios da atividade sexual. Esta característica dificulta a apuração do abuso sexual como um fato social e, conseqüentemente, prejudica a adoção de políticas públicas que visam a sua prevenção, a penalização do abusador e viabilize o tratamento da vítima.

A despeito dessas constatações, os vestígios de conjunção carnal e atentado violento ao pudor continuam valorizados pela Justiça Criminal, sendo os únicos meios, oficialmente admitidos, para a comprovação material dos crimes de violência sexual – estando o dano psíquico ainda preterido.

Diante desta situação é preciso que mudanças ocorram nas legislações brasileiras. No tocante ao Direito Civil, o abuso sexual infantil tem que ser considerado como uma violação dos direitos da personalidade e como tal ser passível de reparação do dano. No âmbito penal, é preciso que haja uma tipificação que assegure com eficiência a punibilidade do abusador.

No Brasil, o Instituto Médico Legal é o órgão público encarregado oficialmente da constatação de qualquer tipo de ofensa à integridade física da pessoa humana. Em Brasília, numa situação singular, o Instituto Médico Legal, além da estrutura típica para exercer suas funções, possui em seu organograma uma Seção de Psicopatologia Forense, constituída por dois serviços: Psiquiatria Forense e Psicologia Forense.

Em alguns casos, a critério da autoridade requisitante, as crianças abusadas sexualmente, além de serem submetidas ao exame de corpo de delito (atentado violento ao pudor e/ou conjunção carnal) também são encaminhadas para avaliação psicológica na Seção de Psicopatologia Forense.

A partir destas avaliações psicológicas e da própria interação com as crianças periciadas, a equipe de Psicólogos do Instituto Médico Legal começou a perceber que, apesar dos exames de corpo de delito não serem afirmativos quanto a ocorrência do crime, na maioria dos casos, as crianças apresentavam, de formas diversas, sinais e sintomas indicativos de sofrimento psíquico em razão da experiência relatada. Em outras palavras, as crianças vitimizadas sexualmente, ainda que não possuíam marcas visíveis, externalizavam um sofrimento psíquico diretamente relacionado com a situação vivenciada.

Russel (1983, citado por Katsikas, 1995) obteve uma taxa de prevalência de abuso sexual em crianças norte-americanas de 53% quando inclui os casos em que não há contato físico. Porém, quando usa como critério apenas os casos que envolvem o contato com a vítima a taxa cai para 38%.

De acordo com a pesquisa do Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect – CIS, realizada com 3.994 crianças vítimas de abuso sexual, apenas 20% dos casos foram confirmados, 26% permaneceram suspeitos e 54% não foram confirmados (Trocmé, MacLaurin, Fallon, Daciuk, Billingsley, Tourigny, Mayer, Wright, Barter, Burford, Hornick, Sullivan, & McKenzie, 2001).

Duarte (2002) afirma que a avaliação do abuso sexual é uma tarefa difícil e que normalmente não há uma comprovação médica, pois os delitos mais comuns são: toques, cópula oral ou exibicionismo.

Pesquisas da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência – ABRAPIA (2003a; 2003b) apontam que 59,03% dos casos de abuso sexual no Brasil ocorrem em meio intrafamiliar – o que indica que na maioria dos casos o perpetrador tem um relacionamento próximo a vítima (criança) – o que explica a ausência de violência física e seus vestígios.

Por outro lado, muitos outros pesquisadores alertam para as conseqüências negativas do abuso sexual infantil, sobretudo no plano psicológico. O grau de severidade dessas conseqüências dependem de diversos fatores, alguns são intrínsecos a realidade subjetiva da criança, outros estão relacionados ao contexto em que se desenvolveu a situação abusiva.

Rouyer (1997) considera que a criança vítima de abuso sexual apresenta um risco de desenvolver uma psicopatologia grave afetando sua evolução psicológica, afetiva e sexual.

Echeburúa e Guerricaechevarría (2000) consideram que o abuso sexual infantil traz efeitos psicológicos negativos a curto e longo prazo – sendo a primeira modalidade mais freqüente.

Habigzang e Caminha (2004) afirmam que entre as crianças abusadas sexualmente, algumas podem não apresentar nenhum efeito, algumas apresentam efeitos mínimos e outras severos problemas emocionais, comportamentais, sociais e/ou psiquiátricos.

Finkelhor (2005) afirma que o abuso sexual infantil pode deixar cicatrizes psicológicas indelévels, que as vítimas guardam o trauma original por toda a vida e cita como exemplo de conseqüências em longo prazo sintomas como: desordens dissociativa, ansiedade, depressão, abuso de drogas, transtornos alimentares, disfunção sexual e transtorno de estresse pós-traumático.

Sanderson (2005) afirma que o impacto do abuso sexual infantil pode variar entre as crianças. Porém considera que existem sintomas e sinais que são comuns a este grupo de vítimas. A autora agrupa os efeitos do abuso sexual na criança em seis categorias, a saber: emocionais, interpessoais, comportamentais, cognitivos, físicos e sexuais.

Assim, diante da grande dificuldade em materializar, fisicamente, o abuso sexual por meio dos vestígios corporais, o sistema de Justiça Criminal, em alguns casos, vem aceitando como prova para a abertura de ação penal, o dano psíquico (psicológico) que sobrevém a criança após ter sofrido o evento.

Portanto, o presente estudo não busca a substituição dos tradicionais exames médico-legais para a constatação de crimes de violência sexual infantil, mas sim o estabelecimento de uma alternativa que, além de ampliar as possibilidades de comprovação do crime, permite a avaliação do componente psicológico, tão preterido, para não dizer negligenciado na legislação brasileira.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo principal a constatação de dano psíquico em crianças com notícia-crime de terem sido vítimas de situação de abuso sexual, cujos resultados dos exames de corpo de delito, realizados em Instituto de Medicina Legal, não apresentaram provas materiais da ocorrência do fato.

O objetivo específico será identificar, por meio da técnica de análise de conteúdo, aplicada em laudos psicológicos, a existência de sinais e/ou sintomas que configurem dano psíquico, em crianças, com notícia-crime de que foram vítimas de abuso sexual, submetidas previamente, ao exame de corpo de delito, cujos resultados não constaram a presença de vestígios de conjunção carnal e/ou de atos libidinosos e que foram examinadas na Seção de Psicopatologia Forense do Instituto Médico Legal de Brasília, no período de 2002 a 2005.

Para fins de contextualização também foram levantados os exames de atentado violento ao pudor e conjunção carnal realizados pelo Instituto Médico Legal de Brasília no mesmo período do estudo, enfocando os resultados dos exames realizados em crianças.

As hipóteses de pesquisa visam esclarecer indagações essenciais para a compreensão do fenômeno humano do abuso sexual de crianças e suas conseqüências para as vítimas, oferecendo mais subsídios teóricos aos profissionais de saúde mental (Psicologia Clínica e Forense) e aos operadores de Direito, em especial aqueles que atuam no sistema de Justiça Criminal.

Hipótese 1:

Os danos psíquicos causados pelo abuso sexual na criança são passíveis de serem detectados em exame psicológico.

Hipótese 2:

Os vestígios de conjunção carnal e/ou ato libidinoso não são suficientes para a constatação do abuso sexual, podendo o trauma psíquico ser com eles utilizado como parâmetro acessório.

As variáveis utilizadas neste trabalho foram denominadas de *indicadores patológicos* que são palavras que expressam sinais e sintomas patológicos, considerados como os mais encontrados, a curto prazo, em crianças vítimas de abuso sexual. Estes indicadores foram identificados e agrupados em categorias, de acordo com analogia e semelhança de significados, conforme a classificação apresentada por Sanderson (2005), resultando em seis categorias denominadas neste trabalho como *categorias sintomáticas*.

O método de abordagem utilizado no presente trabalho foi o hipotético-dedutivo e o método de procedimento foi o estatístico.

Para a coleta de dados a técnica de pesquisa adotada foi a documental, enquanto para a análise das informações contidas nos documentos (laudos psicológicos) foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

Dentre as várias técnicas da análise de conteúdo utilizou-se a *análise categorial*. O sistema de categorias foi previamente adotado e baseado nos pressupostos de Sanderson (2005). A separação dos elementos (indicadores) foi pelo método de “*caixa*” de acordo com o preconizado por Bardin (1995).

O *corpus* para análise foi constituído de 108 laudos de exames psicológicos realizados em crianças com notícia-crime de terem sido vítimas de abuso sexual e examinadas no Instituto Médico Legal de Brasília entre os anos de 2002 e 2005,. Como *unidade de registro* utilizou-se palavras-chave, que expressam estados mórbidos comumente encontrados em crianças vítimas de abuso sexual e que funcionaram como indicadores patológicos. Após o *inventário* dos indicadores e a classificação em categorias, os dados foram armazenados no Banco de Dados Microsoft Access 2002 e processados numa planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 2002.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O abuso sexual

2.1.1 O abuso sexual da criança ao longo da história

O abuso sexual infantil é um fenômeno que acompanha a história da humanidade desde os tempos remotos. Para Sanderson (2005), este fenômeno sofre diversas influências, entre elas, o contexto histórico, onde se percebe variações de atitudes, de crenças e padrões de cuidados dos adultos em relação às crianças.

Assim, Sanderson (2005), baseada nos trabalhos de DeMause, apresenta uma divisão didática da história do homem e o modo como a criança era enfocada em cada período, a saber:

a) da Antiguidade até o século IV: a criança era destinada a atender as necessidades e comodidades dos adultos e aquelas defeituosas eram responsabilizadas pelas eventuais desgraças – sendo rejeitadas.

b) do século IV ao século XIII: as crianças eram vistas como possuidoras do mal, sendo afastadas dos pais, maltratadas, abandonadas ou vendidas para a escravidão.

c) do século XIV ao século XVII: os pais já possuíam uma maior aproximação afetiva, mas receavam ainda estar diante de algo perigoso (a criança), por isso se preocupam em reprimir a criança, sobretudo com castigos físicos.

d) no século XVIII : as crianças já eram tidas como menos ameaçadoras e malignas, mas os pais procuravam controlar seu comportamento por meio de ameaças, punições e inspirar a culpa.

e) do século XIX a metade do século XX: as crianças não eram mais vistas como más. Os pais passaram a corrigir o comportamento da criança tentando socializá-las para corresponderem às expectativas sociais, mas elas continuaram sendo surradas por desobediência.

f) a partir da metade do século XX: os pais procuram uma maior empatia com a criança e atender às necessidades dela. A punição e a disciplina não são mais preponderantes na educação da criança – enfatizando o desenvolvimento de seu potencial. Mas, em algumas culturas as práticas antigas ainda persistem e devem ser levadas em consideração na análise de comportamentos tidos como abusivos.

2.1.2 O Conceito de Abuso Sexual

O conceito de abuso sexual é algo ainda não pacificado na atualidade, sofrendo influência do contexto antropológico, cultural, social e até mesmo legal. Também pode haver influência do tempo histórico em que o fato está sendo analisado. Assim, um comportamento envolvendo um adulto e uma criança pode ser aceito numa determinada época e não tolerado em outra.

Um dos grandes entraves para a apuração dos crimes envolvendo abuso sexual começa exatamente na sua própria definição. Um ato considerado como ilegal ou imoral, pode deixar de ser punido por não haver lei anterior que o defina como um crime (princípio de anterioridade da lei).

A questão passa por um problema de semântica. O termo tem origem na tradução literal do seu correspondente na língua inglesa sexual abuse. Alguns estudiosos consideram que este termo permite o entendimento errôneo de que há um uso (sexual) prévio e permitido de crianças e adolescentes.

O termo abuso, na língua portuguesa, permite várias interpretações em função de suas várias acepções (Houaiss, 2001) tais como: a) uso incorreto ou ilegítimo, b) uso excessivo ou imoderado de poderes, c) falta de comedimento; exagero e d) aquilo que se opõe aos bons costumes.

Born, Delville, Mercier, Sand e Beeckmans (1996, citados por Padilha & Gomide, 2004, p. 53) consideram que uma definição de abuso sexual deve conter o seguinte conteúdo: “um abuso de poder, orientado em direção à intimidade corporal, entre um adulto e uma criança ou adolescente, que acontece no seio da família ou fora do círculo doméstico”.

Alguns pesquisadores (Gabel, 1997; Flores, 1997) classificam o abuso sexual como uma forma de maus-tratos. Faleiros e Campos (2000) consideram que maus-tratos e abuso sexual não são sinônimos. Para elas o abuso sexual está ligado a ultrapassagem de limites de poder, de papéis, de regras sociais e familiares entre outros. Enquanto mau-trato refere-se aos atos e conseqüências do abuso.

O Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect – CIS, considera que existe 22 formas de maus-tratos que podem ser agrupados em quatro grupos: abuso físico, abuso sexual, maus-tratos emocionais e negligência. Dentro do grupo de abuso sexual são descritos comportamentos como: a) atividade sexual completa, b) atividade sexual tentada, c) toques ou carícias nos órgãos genitais, d) exposição dos órgãos genitais adultos para a criança, e) exploração sexual, envolvendo prostituição ou pornografia, f) molestamento sexual e g) voyeurismo (Trocmé et al., 2001).

Segundo a lei federal norte-americana conhecida como CAPTA (Child Abuse Prevention and Treatment Act), o abuso sexual pertence a categoria do Abuso e Negligência Infantil e este termo só deve ser empregado quando o perpetrador for

um dos pais ou pessoa encarregada pelos cuidados da criança (U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau - 2003).

Browne e Finkelhor (1986, citados por Diamanduros, 2004) definiram o abuso sexual infantil como sendo um contato entre uma criança, com idade inferior a 15 anos, com uma pessoa pelo ou menos cinco anos mais velha, envolvendo atos de carícia ou de intercurso oral, anal ou vaginal, podendo o relacionamento ser intra ou extrafamiliar. A definição confronta com a atual legislação brasileira (Estatuto da Criança e Adolescente) no tocante ao conceito de criança e permite uma lacuna jurídica a respeito da punição daqueles que teriam a idade dentro do intervalo de cinco anos.

Em seguida, Finkelhor e Korbin's (1988, citados por Johnson, 2003) definem o abuso sexual infantil como qualquer contato sexual entre um adulto e uma criança imatura (tanto no aspecto social como no fisiológico) com o propósito de gratificação sexual deste adulto. Esta definição tenta ser abrangente, não apresenta limitações quanto a idade da vítima ou do perpetrador, mas a ocorrência de um contato.

Azevedo e Guerra (1989, p. 42) afirmam que abuso sexual é “todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança menor de 18 anos, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa”.

Esta definição permite a interpretação de que só há abuso sexual se o perpetrador for um adulto. Por outro lado, apresenta a inovação de que a criança, enquanto vítima, tanto pode ser estimulada sexualmente pelo adulto, como servir de estímulo sexual para ele.

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990), que dispõe sobre proteção integral à criança e ao adolescente, embora faça referência ao abuso sexual infantil, não apresenta nenhuma definição sobre o mesmo.

Christofell e colaboradores (1992, citado por Faleiros & Campos, 2000, p. 44) tecem a seguinte definição para o abuso sexual: “Abuso é um termo usado para definir uma forma de maus-tratos de crianças e adolescentes, com violência física e psicológica associada, geralmente repetitivo e intencional e, por isso, praticado, mais frequentemente, por familiares ou responsáveis pelo(a) jovem”.

Furniss (1993) considera que qualquer violação sexual da integridade da criança seja rotulada como abuso. Porém, alerta para que não haja confusão entre a definição normativa e a severidade das conseqüências provocadas pela violação da norma. Ou seja, independente da ocorrência de danos físicos ou psicológicos um abuso é abuso em termos normativos e, como tal, deve ser punido.

Baseado nas diversas acepções da palavra abuso, Gabel (1997) conjectura que o abuso é, ao mesmo tempo, um uso errado e um uso excessivo, mas que a idéia de que há uma permissão prévia deve ser rebatida – pois o abuso advém de uma transgressão.

Diante destas interpretações Gabel supõe que o abuso sexual seja produto de disfunções nas relações interpessoais e estabelece uma classificação em três níveis: a) o poder exercido pelo grande (forte) sobre o pequeno (fraco), b) a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (protetor) e c) o uso delinqüente da sexualidade atentando contra o direito que todo indivíduo tem de propriedade sobre seu corpo.

Numa tentativa de definição objetiva Wurtele (1997, citado por Reed-Perricone, 2002) especifica aquilo que considera um abuso sexual da criança:

Ele inclui a penetração da vagina, ânus ou boca por um objeto; inserção do dedo na vagina ou ânus; exposição a um orgasmo sexual de modo inapropriado; intercurso vaginal ou anal; tocar ou pegar os genitais de alguém com o propósito de excitação sexual; masturbar-se intencionalmente diante de uma criança; contato oral genital; promoção da prostituição infantil ou forçar uma criança a ver atividades sexuais de outros. (p. 6)

Dorais (1997, citada por Faleiros, 2000) considera que a experiência do abuso sexual em crianças e adolescentes vai além do que eles estão prontos para consentir e viver.

Em 1999 o Conselho de Prevenção contra o Abuso Infantil da Organização Mundial de Saúde esboçou a seguinte definição a respeito do que seria abuso sexual, conforme citam Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, e Lozano (2002):

O abuso ou maus-tratos em relação à criança constitui todas as formas de tratamento doentio físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. (p. 59)

Para Faleiros e Campos (2000) é importante conhecer a natureza da relação em que se dá o abuso sexual, não restringindo seu conceito aos critérios de parentesco e domicílio. Assim, pelo critério da natureza do ato, ele ultrapassa os limites legais, sendo considerado como um crime sexual e classificado como uma parafilia com dois tipos distintos: a dominação sexual perversa e a agressão sexual. A dominação

sexual perversa é um relacionamento perverso, mantido através da dominação psicológica, de longa duração, em lugares fechados, que anula a capacidade de decisão da vítima, podendo ter um caráter incestuoso ou não, hetero e/ou homossexual. Já na agressão sexual a vítima é submetida a uma força física (armada ou não), sofrendo graves danos, tanto físicos como psicológicos.

Faleiros e Campos (2000), então, apresentam a seguinte observação a respeito do conceito de abuso sexual:

O abuso sexual deve ser entendido como uma situação de ultrapassagem (além, excessiva) de limites: de direitos humanos, legais, de poder, de papéis, do nível de desenvolvimento da vítima, do que esta sabe e compreende, do que o abusado pode consentir, fazer e viver, de regras sociais e familiares e de tabus. E que as situações de abuso infringem maus tratos às vítimas. (p. 7)

Rodríguez (2002) considera que as características que definem o abuso são: a ausência de violência ou intimidação, a falta de consentimento e, principalmente, a falta de consentimento juridicamente válido. Esta última característica está relacionada com o fato de que a criança consente a prática do abuso, por ainda não ter capacidade de assim entendê-lo, logo, é juridicamente inválido o seu consentimento.

Ainda discorrendo sobre o tema, Rodríguez (2002) apresenta os três elementos constitutivos do crime de abuso sexual, a saber: a) uma ação lúdica, b) a ausência de violência (incluindo a intimidação) e c) a ausência do consentimento válido.

Assim, partindo do princípio de que todo abuso sexual não é consentido, e, que em alguns casos, o consentimento não é fornecido por mera incapacidade física ou

mental da vítima, Rodríguez (2002, p. 56) faz uma distinção de duas grandes modalidades de abuso sexual:

a) abuso sexual por ausência de consentimento: estariam os casos em que a vítima não tem condições materiais nem físicas para manifestar sua recusa (ou opor-se ao ato) ou mesmo capacidade jurídica para apresentar seu consentimento. São aqueles casos de abusos sexuais cometidos contra os menores de dezesseis anos, os portadores de retardo mental, os portadores de transtornos mentais (transitórios ou permanentes), os momentaneamente privados dos sentidos (desde que plenamente) e os que, por algum motivo, estejam incapazes fisicamente de resistir;

b) abuso sexual por vício de consentimento: neste grupo o que está sendo questionado não é a validade jurídica do consentimento, mas sim as condições em que ele ocorreu. Este grupo é caracterizado pela prevalência de uma relação de superioridade ou estabelecimento de uma situação em que a vítima é enganada. Para isso, o perpetrador utiliza um artil, suficiente e eficaz para induzir a vítima a um erro, geralmente ocorre uma promessa de casamento. A relação de superioridade supõe que há um relacionamento próximo, mas desnivelado, entre o perpetrador e a vítima, com desvantagem para esta última. A natureza desta superioridade pode ser variada, tais como: relacionamento pai-filha(o), relacionamento de parentesco, relacionamento entre docente e discente, vínculo de dependência socioeconômica, hegemonia por grande diferença de idade, hierarquia profissional entre outros.

Para a Associação de Notícias dos Direitos da Infância - ANDI (2003) o adulto no abuso sexual coage a criança (ou adolescente), por meio da força física, da ameaça ou mesmo da sedução (por palavras ou oferta de presentes) a praticar, com ele, atos ou jogos sexuais com a finalidade principal de estimulá-lo ou satisfazê-lo.

De acordo com a lei norte-americana CAPTA (U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau – 2003) o conceito de abuso sexual é:

O emprego, uso, persuasão, induzimento, incitação ou coerção de qualquer criança para engajar-se ou assistir a outra pessoa a engajar em conduta sexualmente explícita ou simulação desta conduta com o propósito de produzir a representação visual da mesma. (p. 14)

Padilha e Gomide (2004) consideram que as diferentes definições de abuso sexual têm, no mínimo, três aspectos em comum, a saber: a) a impossibilidade por parte da criança ou adolescente em decidir sobre a sua participação na situação abusiva; b) o uso da criança (ou adolescente) por parte do adulto para a própria estimulação e c) o abuso de poder exercido pelo adulto, cujo comportamento coercitivo não pode ser identificado, sobretudo por falta de provas físicas do abuso.

Para aquelas autoras, o abuso sexual é de natureza variada, podendo envolver uma carícia íntima, manipulação das genitálias, mama ou ânus, exploração sexual, pornografia, “voyeurismo”, exibicionismo ou mesmo penetrações (vaginal, anal ou oral).

Habigzang e Caminha (2004) consideram o abuso sexual como todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente, com a finalidade estimulá-la sexualmente ou auto-estimular. Esta definição tem a vantagem de não restringir a figura do perpetrador a um adulto e considera as duas possibilidades em que uma criança pode figurar como vítima.

Sanderson (2005) apresenta o seguinte conceito a respeito do abuso sexual infantil:

O envolvimento de crianças e adolescentes dependentes em atividades sexuais com um adulto ou com qualquer pessoa um pouco mais velha ou maior, em que haja uma diferença de idade, de tamanho ou de poder, em que a criança é usada como objeto sexual para a gratificação das necessidades ou dos desejos, para qual ela é incapaz de dar um consentimento consciente por causa do desequilíbrio no poder, ou de qualquer incapacidade mental ou física. (p. 17).

Enfim, o abuso sexual de crianças se apresenta de diversas formas, em vários contextos e culturas, razão das múltiplas definições. O importante é a convicção de que ele afeta a saúde física e mental daquele que o sobrevive, trazendo implicações sociais, jurídicas e legais.

2.1.3 Dados epidemiológicos do abuso sexual infantil

Todas as tentativas de quantificação do fenômeno do abuso sexual infantil registram um crescente aumento ao longo do tempo. Vigarello (1998) afirma que na França, entre o século XVI e XVII, os *dossiês* limitavam-se a alguns registros de crimes de violência sexual. No Parlamento de Paris, entre os anos de 1540 e 1692, apenas 49 casos foram registrados, perfazendo uma média de 3 a cada dez anos. Porém, o autor alerta que a cifra passa para 106 em 1830 e no ano de 1870 já somavam 800 registros.

Pesquisa realizada na Irlanda do Norte em 1987 apontou 408 casos confirmados de abuso sexual infantil, correspondendo a uma taxa de prevalência de 0,9 por mil crianças. Se houver a inclusão dos casos suspeitos e não confirmados, a

taxa sobe para 1.16 por mil crianças (MacKenzie, Blaney, Chivers, & Vincent, 1993).

Diégoli, Diégoli e Ramos (1996, citados por Padilha & Gomide, 2004) apresentaram dados do Instituto Médico Legal de São Paulo que indicavam que 70% das queixas de abuso sexual ocorreram em meninas com idade inferior a 18 anos.

Amazarray e Koller (1998, citados por Padilha & Gomide, 2004) afirmam que as taxas de ocorrência reais de abuso sexual são, provavelmente, bem mais elevadas do que as estimativas existentes, e apontam como causas deste fenômeno os sentimentos de culpa, vergonha, ignorância e tolerância da vítima.

Em 1998 o Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect - CIS pesquisou crianças canadenses vítimas de diversas formas de maus-tratos, e detectou que 68% dos casos de abuso sexual no Canadá envolviam criança do sexo feminino, estimando um número de 9.813 crianças, contra 32% do sexo masculino correspondendo a um total de 4.519. (Trocmé et al., 2001)

Segundo estimativas do Department of Health and Human Services dos Estados Unidos, no ano de 2001, 903.000 crianças foram vítimas de abuso sexual ou negligência. (National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect - NCCAN, 2004).

De acordo com o levantamento realizado por De Lorenzi, Pontalti e Flech (2001, citados por Habigzang e Caminha, 2004) realizado com 100 crianças e adolescentes vítimas de violência, no período de 1998 a 1999, 59% eram casos de abuso sexual e 77% de crianças do sexo feminino.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2002) pesquisas desenvolvidas na década de 80 revelam índices médios de prevalência da vitimização sexual na infância de 20% entre as mulheres e 5 a 10% entre os homens.

O Centro Reina Sofia de Estudos sobre a Violência da Espanha (2003) apontou um aumento de 2,85% na taxa de abuso sexual entre os anos de 1999 e 2003, tendo uma prevalência estável de 4,74 casos por cada 100.000 mil habitantes.

Habigzang e Caminha (2004) informam que os profissionais que trabalham com o tema de abuso sexual acreditam que uma em cada quatro meninas e um em cada oito meninos, sofrem o abuso antes de completar dezoito anos, sendo que a maioria dos casos (oitenta por cento) são intrafamiliares.

Dados do Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Estado do Ceará - CEDECA-CEARÁ (2005) apontaram um aumento nas estatísticas de denúncias de violência sexual (abuso e exploração) de 65% no ano de 2001 e 140% no ano de 2002.

Com relação aos dados sócio-demográficos das vítimas de abuso sexual, a maioria das pesquisas, tanto nacionais como internacionais (Cohen 1997; Kristensen, Oliveira & Flores 1999; Lorenzi, Pontalti & Flech, 2001; Braun 2002; ABRAPIA [2003a, 2003b]; Caminha, Habigzang & Bellé, citados por Habigzang & Caminha, 2004), possuem resultados coerentes e que apontam que a maioria das vítimas de abuso sexual têm idade inferior a 18 anos, são do sexo feminino e tendo como perpetrador alguém conhecido da vítima - configurando um ambiente intrafamiliar.

2.2 O dano

2.2.1 O dano ao longo da história

O mal provocado por uma pessoa contra outra é algo que vem preocupando a

humanidade desde as primeiras formações dos grupos sociais. Já nos primeiros registros de leis criadas nas civilizações antigas, os legisladores mostravam-se preocupados com a repercussão do dano na vítima e o devido ressarcimento pelo autor.

A lei suméria de *Ur-Nammu*, datada de 2.050 a.C., também conhecida como a *Tábua de Nippur* é, provavelmente, o texto de lei mais antigo. Nesta tábua foram encontrados três fragmentos de escritas que cominam penas de reparação do dano causado às pessoas (Casillo, 1994).

Em outro conjunto de leis antigas, o *Código de Hamurabi* (2067-2025 a.C.), o dano já era objeto de interesse. Em alguns de seus artigos já existia a previsão de reparação. Alguns artigos prevêm a pena de morte, em outros, a pena de castigo ou ressarcimento da vítima. O Código de Hamurabi também tinha artigos com o objetivo de reparar a vítima através de imposição de valores pecuniários ao agente causador da lesão.

O Código de Manu, , escrito em sânscrito aproximadamente entre os anos 1300 e 800 a.C., de grande influência nos seguidores do hinduísmo e cujas regras eram apresentadas em verso, também demonstrava interesse na punição e reparação de um dano, e, em alguns casos, apresentava até as cláusulas de impunidade.

Na Grécia antiga havia leis que puniam os delitos sexuais tais como o adultério, o rapto e a sedução e a prostituição. Também havia a preocupação em proteger aqueles que se encontravam indefesos ou em situações sociais delicadas e cominava pena para os que atentassem contra os mesmos, ainda que não fosse fisicamente. Arnaoutoglou (2003), apresenta o seguinte exemplo:

O arconte (autoridade da cidade de Atenas) será responsável pelos órfãos e pelas herdeiras e pelos *oïkoi* em risco de extinguir-se, e pelas viúvas que

permanecerem nas casas de seus falecidos maridos, alegando estarem grávidas. É seu dever zelar por todos eles e garantir que ninguém os humilhe. E se alguém os humilha ou lhes faz alguma coisa interdita por lei, o arconte terá direito de impor-lhe uma multa, respeitado o limite estabelecido por lei... (p. 6).

No Direito Romano destacam-se as Leis das XII Tábuas (*Legis Duodecimarum Tabularum*), inspiradas nas legislações gregas, estas tábuas foram escritas por dez legisladores (*decênviros*) entre 451 e 449 a. C. Em que pese a discriminação entre homem livre e escravo, esta lei é considerada evoluída e tida como a fonte de todo direito público e privado. Na oitava Tábua (fragmentos de Ortolan), intitulada “*De delictis*”, há menção a alguns dos delitos praticados na sociedade da época e comina penas, inclusive a de reparação de danos.

Nas Leis das XII Tábuas já havia uma valorização de comportamentos como *injuriar, ultrajar ou difamar* publicamente uma pessoa – o que corresponde ao que chamamos atualmente de *dano moral*, que por sua vez é o precursor do *dano psíquico*.

Mais adiante, em meados do século VI, Justiniano encomenda a compilação de todas as fontes antigas do direito romano a qual foi denominada de *Corpus Juris Civilis*. De acordo com Casillo (1994) deve-se a Justiniano a utilização dos conceitos de *dano contratual, dano quase delitual e dano quase contratual*. Segundo aquele autor, Justiniano também deu um melhor direcionamento ao que hoje os juristas chamam de *responsabilidade objetiva*.

Ao longo do período medieval o Direito europeu foi dividido em grandes sistemas jurídicos surgindo: o direito romanista, o inglês, precursor da *common law*,

o eslavo, o bizantino, o canônico e o muçulmano entre outros (Gilissen, 2001), em todos havendo também a preocupação com os danos causados às pessoas e que não estão no plano físico.

2.2.2 Origem etimológica do termo “dano” na língua portuguesa

De acordo com Houaiss (2001) o vocábulo “dano” foi encontrado pela primeira vez em nossa língua no ano de 1.152 e tem a sua origem na palavra latina *damnum* e com o significado de: detrimento, prejuízo e perda.

A. M. Silva (1813) atribuiu à palavra dano os seguintes significados, “mal, perda, estrago que se faz na saúde, fazenda, bens”.

Bastos (1928) confere à palavra dano o significado de ofensa pessoal, prejuízo ou deterioração.

Nascentes (1949) a respeito do mesmo tema considera que a palavra dano tem as acepções de perda, lesão ou alteração que se causa para mal ou que se sofre – seja qual for a sua origem.

Torrinha (1956) emprega para a palavra dano o conceito de mal que se faz a alguém, prejuízo ou mesmo de deterioração de coisa alheia.

Aulete (1958) começa acrescentar outros significados para o vocábulo, vejamos: a) qualquer mal ou ofensa pessoal, b) deterioração; prejuízo ou deterioramento de bens pertencentes a uma pessoa e c) prejuízos causados por alguém nas coisas pertencentes a outrem.

Ferreira (1988) emprega acepções parecidas ao vocábulo, tais como: a) mal ou ofensa pessoal, b) prejuízo moral, c) prejuízo material causado a alguém pela deterioração ou inutilização de bens seus e d) estrago.

Houaiss (2001) e seus colaboradores ainda na atualização das acepções para o vocábulo dano cita alguns grupos de significados:

1- Ato ou efeito de danar(-se); causar ou sofrer mal, corromper(-se) e condenar(-se); prejuízo, ruína.

2- Ato ou efeito de danar(-se); estragar(-se); estrago, amassado, fratura, machucado, arranhão etc.

3- Perda de qualidade; deterioração.

4- Termos jurídicos: toda diminuição nos bens jurídicos de uma pessoa; qualquer prejuízo, financeiro e patrimonial, sofrido por alguém, em que houve ação, influência ou omissão de outrem ,e, estrago, avaria ou prejuízo.

Assim, o vocábulo dano, desde o início de sua utilização na língua portuguesa, apresenta acepções distintas, as quais podem ser classificadas em quatro grandes grupos, de acordo com a intenção gramatical, a saber: a) estrago em bem material, b) prejuízo financeiro e/ou patrimonial, d) mal pessoal e e)ofensa pessoal ou moral.

2.2.3 O dano na legislação brasileira

De acordo com Wolkmer (2002) as formas de Direito implantadas no Brasil foram essencialmente as portuguesas. Para o autor, o que mais se destacou ao longo do período colonial foi a disputa entre a *magistratura letrada*, de origem portuguesa (ouvidor, corregedores etc) e a *magistratura local, leiga* (juízes ordinários, de câmara).

No início de nossa colonização não foi implantado nenhum código jurídico e o Brasil ficou por mais de 300 anos sob a proteção das Ordenações Filipinas que

eram compilações de leis portuguesas que vigoraram entre os anos de 1603 a 1867. Sua aplicação se deu até a edição do Código Penal do Império em 1830.

Nas Ordenações Filipinas as penas eram fortes e, em alguns de seus títulos, já havia a preocupação com o dano em bens materiais e até contra a natureza. Também já havia interesse nos prejuízos causados à pessoa da vítima, inclusive, com distinção, ao cominar a pena, entre *ferimento* e *aleijamento*.

Assim, surge nas Ordenações Filipinas, a primeira legislação a ser aplicada no Brasil, os primeiros dispositivos jurídicos voltados para a punição por ferimentos causados às vítimas.

Em 1830 foi editado o *Código Criminal do Império* (Brasil, 1830) que reformou o direito penal à época. Este código trazia muitas inovações e algumas penas são consideradas severas em relação aos dias atuais. Eram previstos crimes como o estupro, o rapto, a calúnia e a injúria (considerados contra a segurança da honra). Porém, em nenhum deles havia menção explícita quanto a algum tipo de dano secundário à vítima.

O crime de dano, propriamente dito, continuou integrando os crimes contra a propriedade, não havendo nenhuma extensão de seus efeitos à pessoa da vítima. Porém, no Capítulo IV, intitulado “Da satisfação”, correspondendo ao que hoje denominamos de *reparação*, a redação era ambígua, admitindo uma reparação tanto à pessoa da vítima, como também aos seus bens.

Em 1890 é editado o primeiro Código Penal do período republicano. O crime de dano continuou restrito às coisas materiais e integrando o rol daqueles contra a propriedade, agora tanto pública como privada. Alguns outros são agrupados com a denominação de *crimes de violência carnal*, a saber: o atentado ao pudor e o defloramento de menor. Surge o *crime de lesões corporais*, nos seguintes termos:

“Art. 303. Ofender fisicamente alguém, produzindo-lhe dor ou alguma lesão no corpo, embora sem derramamento de sangue” (Brasil, 1890).

Em 1940 foi promulgado outro Código Penal, entrando em vigor dois anos depois e sobrevivendo até a data de hoje, embora tenha sido reformado em sua Parte Geral em 1984 e sofrendo algumas alterações posteriores.

O crime de lesão corporal sofre modificações em sua redação – que será objeto de estudo posterior. O crime de dano permaneceu voltado ao patrimônio. Os crimes envolvendo a violência sexual são inclusos entre aqueles contra a liberdade sexual e estão incluídos dentro do Título VI, que trata dos crimes contra os costumes.

A pena para os crimes contra a liberdade sexual se baseia em dois tipos básicos de comportamento do agressor: a conjunção carnal e o ato libidinoso diverso da conjunção carnal – que também serão objetos de discussão mais adiante.

2.2.4 O Dano Moral

O conceito de dano moral já era admitido na antiga Babilônia e tinha seu reconhecimento no Código de Hamurabi o qual prescrevia tanto penas pecuniárias como de castigo físicos como forma de reparação. Outros códigos antigos também adotaram dispositivos que visavam a punição e o ressarcimento de danos que não eram essencialmente materiais.

É difícil entender o conceito de dano moral apartado das noções básicas que o Direito reserva para este tema. Para Baptista (2003) não há como se falar em dano sem o embasamento jurídico de seu conceito. É preciso entender o mecanismo seqüencial entre a *norma jurídica* (texto da lei que prevê um crime), o *fato jurídico*

antecedente (o crime em si) e o *fato jurídico conseqüente* (as conseqüências jurídicas).

A norma jurídica estabelece as condutas que são aceitas ou não por uma sociedade e são apresentadas através de uma hipótese em que supõe a ocorrência de uma situação fáctica e a respectiva conseqüência jurídica – caso ela se confirme.

Assim, uma vez concretizada a hipótese prevista na norma jurídica – surgem as conseqüências jurídicas, cujo ponto culminante é o estabelecimento da responsabilidade civil.

A responsabilidade civil é uma relação obrigacional através da qual a lei dá ao prejudicado o direito a um ressarcimento e, ao causador, a obrigação em ressarcir. Assim, existe uma relação muito estreita entre o dano e a responsabilidade civil.

Rodrigues (2002) afirma que este princípio de direito (responsabilidade civil) é encontrado no ordenamento jurídico de todos os povos civilizados e que a sua ausência tornaria inconcebível a vida em sociedade.

De acordo com Lôbo (2003) todos os direitos subjetivos, que não sejam economicamente avaliáveis, que sejam inatos e essenciais à realização da pessoa e de sua dignidade, são considerados *direitos da personalidade*. O autor considera que há uma estreita ligação entre dano moral e os direitos da personalidade. Ambos têm a mesma natureza, ou seja, são não patrimoniais e também possuem em comum o mesmo objeto – os bens integrantes da interioridade da pessoa.

Lôbo (2003) argumenta que os direitos de personalidade são a base de suporte para a proposição de danos morais, estabelecendo a responsabilidade pelo simples fato de ter havido a violação. Assim, não há danos morais se não houver ofensa aos direitos da personalidade.

Assim, Lôbo (2003) afirma que o reconhecimento do dano moral foi o elo de ligação que faltava para a consolidação dos direitos da personalidade e o estabelecimento da *repersonalização*, ou seja, o retorno da pessoa como ponto fundamental nas relações civis – perdendo o patrimônio a sua primazia. A partir do texto da Constituição Federal de 1988, ele elenca alguns exemplos de direitos da personalidade, salientando que são apenas enunciativos e não esgotam as diversas situações possíveis que também devam ser tuteladas – sendo difícil o isolamento de um único direito e mais provável a lesão ao conjunto. Como exemplos temos:

- a) direito à vida;
- b) direito geral à liberdade;
- c) direito à integridade física e psíquica;
- d) direito à privacidade;
- e) direito à honra (ou reputação);
- f) direito moral do autor;
- g) direito à identidade pessoal;

2.2.5 O conceito de dano moral na legislação brasileira

No Brasil, após a instalação da república, algumas leis começaram a regulamentar os diversos níveis de relações interpessoais, sobretudo quando envolviam assuntos relacionados com a moral e os costumes. Mas estas legislações eram restritas às situações específicas do cotidiano.

De acordo com Melo (2004) podemos considerar o Decreto-Lei nº 2.681 de 7 de dezembro de 1912, que tratava sobre a responsabilidade civil das estradas de ferro

brasileiras como o marco histórico para o reconhecimento do dano moral em nossa legislação.

Na edição de 1916 o Código Civil Brasileiro ainda não reconhecia explicitamente a figura jurídica do dano moral, por isso, no seu artigo 159, lia-se: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano.”

Outras legislações brasileiras também se preocupavam com os danos causados às pessoas por serem vítimas de calúnia, difamação ou injúria, ou seja, danos que atingiam diretamente a pessoa da vítima, mas não o seu patrimônio.

Minozzi (1917, citado por Silva, 1999) ressalta que a distinção entre dano moral e dano material, não está na natureza do direito, do bem ou interesse lesado, mas sim no efeito que a lesão tem sobre o lesado.

Savatier (1955, citado por Santini, 2002) define dano moral como todo sofrimento humano que não é causado por uma perda pecuniária.

Ainda que não houvesse o reconhecimento explícito do dano moral pelo Código Civil, algumas leis usaram, textualmente, a expressão *dano moral* e admitiam, ao ofendido, o direito de pleitear um ressarcimento (Melo 2004). Dentre essas legislações destacam-se o *Código Brasileiro de Telecomunicações* (Lei nº 4.117, de 27 de agosto de 1962) e a *Lei de Imprensa* (Lei nº 5.250, de 9 de fevereiro de 1967).

Silva, já no ano de 1983, fazia os seguintes ensinamentos sobre o tema: “Danos morais são lesões sofridas pelo sujeito físico ou pessoa natural de direito em seu patrimônio ideal, entendendo-se por patrimônio ideal, em contraposição ao patrimônio material, o conjunto de tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico”. (Silva, 1983, p. 1)

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, o conceito de dano moral tornou-se explícito na legislação brasileira, conforme podemos observar em dois itens do artigo 5º:

V – é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem.

X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação. (Brasil, 1988)

Reale (1992) se refere ao dano moral como aqueles ligados propriamente a estados d'alma, ou seja, sofrimentos ou sensações dolorosas que afetam os valores íntimos da subjetividade. Segundo aquele jurista, o dano moral pode ser distinguido em:

a) Dano moral objetivo: que atinge a dimensão moral da pessoa no meio social em que vive - envolvendo sua imagem. O ato lesivo tem como alvo direto a dimensão social ou a imagem da pessoa.

b) Dano moral subjetivo: tem relação com o mal sofrido pela pessoa em sua subjetividade, em sua intimidade psíquica, causando-lhe dor ou sofrimento.

(p. 23)

Reale (1992) considera que o fato de uma pessoa sofrer um dano moral objetivo não exclui a possibilidade dela também vir a ter um sofrimento de ordem subjetiva, ou seja, de origem psíquica.

Assim, já no início da década de 90 surge uma das primeiras definições jurídicas valorando o aspecto psíquico como parte da pessoa e passível de ser lesada.

Severo (1996, p. 43) ao debater a respeito das definições sobre dano moral, ou extrapatrimonial, acrescenta a sua definição e deixa uma observação: “dano extrapatrimonial é a lesão de interesse sem expressão econômica, em contraposição ao dano patrimonial, não se justificando a busca de uma definição substancial, uma vez que tal concepção constituir-se-ia numa limitação desnecessária ao instituto”.

Cahali (1999) a respeito da conceituação e distinção de tipos de dano também faz alusão ao sofrimento psíquico da vítima e apresenta a seguinte afirmação:

é possível distinguir, no âmbito dos danos, a categoria dos danos patrimoniais, de um lado, dos danos extrapatrimoniais, ou morais, de outro; respectivamente, o verdadeiro e próprio prejuízo econômico, o sofrimento psíquico ou moral, as dores, as angústias e as frustrações infligidas ao ofendido. (p. 19)

Lopez (1999) considera que a definição de dano moral deve ser dada em contraposição a de dano material, eis que este último é para os casos de lesão a bens apreciáveis pecuniariamente, enquanto o primeiro refere a prejuízo a bens ou valores que não tem conteúdo econômico.

De acordo com Remédio (2000) são inúmeras as tentativas pelos legisladores em obter a exata definição e o conceito de dano moral, sobretudo porque a enorme aplicabilidade do termo na vida moderna impede esta uniformização.

Diniz (2002) considera dano moral como a lesão de interesses não patrimoniais de pessoa física ou jurídica, provocada por um fato lesivo.

Santini (2002, p. 9) apresenta o seguinte conceito sobre o tema: “dano moral é, pois, aquele que diz respeito às lesões sofridas pela pessoa, de natureza não-econômica, ou seja, puramente ideal. Tem estreita ligação com a dor moral ou física, com privação moral de uma satisfação”.

Na evolução da discussão sobre o tema, Magalhães (2002) faz a seguinte afirmação para justificar a existência jurídica do dano moral:

a consciência coletiva de que os direitos subjetivos não são apenas os de ordem real ou obrigacional, senão também os da personalidade, assim entendidos os que correspondam às pessoas que nascem com vida, admitiu-se também pudesse ser reparado o mal causado ao interior das pessoas, vale dizer, a seus sentimentos morais íntimos. (p. 6)

Por fim, no ano de 2002, a Lei 10.406, introduziu o conceito de dano moral no novo Código Civil Brasileiro, tendo um artigo com a seguinte redação: “Art. 186 - Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” (Brasil, 2002).

Para A. J. Santos (2003) o que configura o dano moral é a alteração desfavorável no bem-estar psicofísico do indivíduo, produzindo dor profunda e causando modificações no estado anímico.

(Moraes 2003, p. 157). também debatendo sobre o conceito de dano moral tem a seguinte assertiva: “... O dano é ainda considerado moral quando os efeitos da ação, embora não repercutam na órbita de seu patrimônio material, originam angústia, dor, sofrimento, tristeza ou humilhação à vítima, trazendo-lhe sensações e emoções negativas”.

Fujita, citado por Melo (2004, p. 6) apresenta o conceito de dano moral como sendo “as lesões a um bem integrante da personalidade, como a liberdade, a honra, a saúde, a integridade psicológica”.

Assim, percebe-se que há muito tempo nossos juristas admitem o dano moral, mas só recentemente os dois principais ordenamentos jurídicos brasileiro, a Constituição Federal e o Código Civil, reconheceram oficialmente a sua existência – servindo de base para o futuro reconhecimento do chamado dano psíquico.

2.3 O Dano Psíquico

2.3.1 O conceito de Dano Psíquico

Em meio a discussão sobre o conceito de *dano moral*, surge a necessidade de reconhecer a existência de situações em que a vítima sofre uma ação contrária às normas legais, porém, sem repercussão direta ao seu patrimônio, e que também transcende a sua dimensão moral – causando prejuízo ao seu bem-estar psíquico.

Oliveira (2002) considera que o dano moral pode atingir o patrimônio ou a pessoa que, por sua vez, pode ser lesada no âmbito social ou na sua parte psíquica, sendo os efeitos transitórios ou permanentes. Para aquele autor estas lesões podem ser divididas genericamente em:

- a) Lesão ao patrimônio material objetivo;
- b) Lesão à consciência:
 - Lesão à persona ou ego (aspectos sociais);
 - Lesão à parte psíquica;
 - Lesão de efeitos permanentes;
 - Lesão de efeitos transitórios.

Como parâmetro de distinção entre *dano moral* e *dano psíquico* alguns estudiosos (Castex, 1997; Gomes, 1998, Rovinski, 2004) utilizam o conceito de sofrimento, bastante encontrado nas definições jurídicas.

O sofrimento de acordo com Brugger (1977) significa uma mudança para pior e a sua grandeza e profundidade dependem não só da intensidade do dano, mas também do modo e capacidade de conhecimento que a vítima tem sobre ele, ou seja, do significado que a vítima atribui ao mesmo.

Para Lalande (1996) a dor é impossível de definir, e seu conceito consiste em um *estado sui generis*, podendo apenas se investigar as condições mentais ou fisiológicas.

Canto-Sperber (2003) clama pela recusa da distinção entre o sofrimento *físico* e o sofrimento *moral*, ou seja, entre a *dor* e a *infelicidade*, pois lembra que o sofrimento nos toma por inteiro, ignorando a fronteira entre a matéria e o espírito. Além do mais, existe um problema lingüístico, pois muitas vezes empregamos os dois termos como sinônimos (“*estou sofrendo uma raiva violenta...*”, “*imaginem a dor da mãe ao perder aquele filho...*”). Assim, a autora alerta que é impossível traçar uma fronteira clara entre a dor e o sofrimento, dado ao envolvimento de seus componentes fisiológicos, psicológicos e culturais.

Desse modo, o sofrimento, a dor, e o dano moral, seriam conceitos subjetivos, influenciados pela percepção do indivíduo e pelo conjunto de valores introjetados ao longo da vida a partir de sua realidade social. Assim, a constatação do dano moral e suas circunstâncias, devem ser estudadas e valoradas pelos representantes do Estado na ação penal.

O dano psíquico tem sua origem a partir do conceito de dano moral, mas se distingue do mesmo por ser passível de ser objetivamente constatado, devendo esta

tarefa ficar a cargo de um perito com formação na área de saúde mental e experiência forense.

Furniss (1993) alerta que não se deve julgar a severidade do abuso sexual apenas pelas suas conseqüências, ou seja, pelo dano físico ou psicológico, mas sim pelo fato de ser uma violação da norma legal. De acordo com Furniss o dano psíquico (ou psicológico) em virtude de abuso sexual da criança está relacionado a sete fatores:

1. A idade do início do abuso;
2. A duração do abuso;
3. O grau de violência ou ameaça de violência;
4. A diferença de idade entre o perpetrador e a criança vitimizada;
5. O tipo de relacionamento;
6. A ausência de figuras parentais protetoras;
7. O grau de segredo.

Daray (1995, citado por Rovinski, 2004b) observa que a confusão existente sobre o dano psíquico deve-se ao fato do mesmo situar-se numa zona de transição entre o Direito e a área de saúde mental.

Castex (1997, citado por Rovinski, 2004) assim apresenta sua definição de dano psíquico:

Pode falar da existência de dano psíquico em um determinado sujeito, quando este apresenta uma deterioração, disfunção, distúrbio ou transtorno, ou desenvolvimento psico-gênico ou psico-orgânico que, afetando suas esferas afetiva e/ou volitiva, limita sua capacidade de gozo individual, familiar, laboral social e ou recreativa. (p. 65)

Apesar de ser uma definição longa, Castex privilegia alguns aspectos quase sempre esquecidos nas avaliações de abuso sexual, tais como: o componente afetivo, a volição e, em se tratando de vítimas-crianças, a capacidade recreativa.

França (2000) define dano psíquico como uma deterioração das funções psíquicas e, se o exame for de natureza penal, é necessário que ele resulte em: a) incapacidade das ocupações habituais por mais de trinta dias, b) debilidade permanente de membro, sentido ou função, c) perda ou inutilização de membro, sentido ou função, d) aceleração de parto ou provocação de aborto, e) incapacidade permanente para o trabalho, f) enfermidade incurável (funções orgânicas) e g) deformidade permanente.

França (2000) considera que o primeiro procedimento na avaliação do dano psíquico é distingui-lo do transtorno mental. Ambos afetariam as funções psíquicas, mas a diferença estaria na origem. O dano psíquico surgiria em decorrência de uma ação deliberada ou culposa de alguém, enquanto o transtorno mental teria uma causa natural.

Evangelista e Menezes (2000) definem o dano psíquico, ou psicológico, como uma seqüela na área emocional ou psicológica de um fato particular que gerou efeitos traumatizantes na organização psíquica ou no repertório de comportamentos da vítima.

Por outro lado, Echeburúa, Corral e Amor (2002, citado por Rovinski, 2004) enfocam o dano psíquico como uma ofensa à integridade psicológica da vítima que, após sofrer um evento negativo, torna-se incapaz de enfrentar ou se adaptar à situação.

Para Risso (2003), que se baseia no critério de síndrome psiquiátrica, o dano psíquico é uma enfermidade mental e não pode ser diagnosticada por um único sintoma isolado. Esta enfermidade deve ser inédita na vida da vítima e ter uma relação (nexo de causalidade) com o evento traumático anterior.

Enfim, o dano psíquico pode ser traduzido como uma manifestação inédita na vida da vítima, que lhe traz um prejuízo adaptativo e que possui um nexo de causalidade com um evento traumático anterior. A exteriorização deste dano psíquico ocorre por diversas formas, mas não necessariamente afetando as funções psíquicas, podendo ser uma modificação no repertório comportamental, um embotamento afetivo ou um prejuízo no funcionamento adaptativo.

Sanderson (2005) acrescenta a estes fatores as conseqüências da revelação – que pode ter efeitos negativos para a vítima. A criança pode temer as reações dos pais ao revelar o abuso; pode pensar que as pessoas não acreditarão nela; que será apontada como culpada; que será punida. Sanderson (2005) também aponta o tratamento insensível por parte dos adultos que ficarão encarregados de elucidar o caso, inicialmente a atuação da polícia e, posteriormente, dos integrantes da Justiça.

2.3.2 O Dano psíquico e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Os sintomas clínicos precursores do Transtorno de Estresse Pós-Traumático já haviam sido observados e analisados por Freud em 1919 em soldados da 1ª Guerra Mundial – sendo o conjunto destes sintomas denominado de Neurose de Guerra. Ele também observou que as perturbações neuróticas provocadas pela guerra cessavam simultaneamente com o seu fim (Freud, 1919/1976).

Devido as suas características peculiares, a Neurose de Guerra foi considerada por Freud (1919/1976) como Neurose Traumática provocada por conflitos no ego dos combatentes. Porém, ele fez outra constatação importante: que a Neurose de Guerra, ou seja, a Neurose Traumática, também ocorre em tempos de paz em virtude de experiências assustadoras ou graves acidentes, não havendo necessariamente um conflito de ego.

Em 1952 a Associação Psiquiátrica Americana lançou a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), onde apresentava uma descrição de sintomas similares à Neurose Traumática sob a denominação de *Reação Intensa ao Estresse*. Na segunda edição do referido manual, datada de 1968, o quadro obteve uma nova nomenclatura - Transtorno Situacional Transitório ou Neurose de Ansiedade.

Em 1980, por ocasião da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III) surge, pela primeira vez, a denominação de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) o Transtorno de Estresse Pós-Traumático é identificado pelo desenvolvimento de determinados sintomas característicos, após a exposição a um estressor traumático, seja um evento real ou ameaçador, podendo envolver um perigo de morte, um sério ferimento ou qualquer outra ameaça a integridade física, tais como: roubo, ataque sexual, ataque físico, ataque terrorista, combate militar, seqüestro, tortura entre outros.

Para a caracterização do Transtorno de Estresse Pós-Traumático o DSM-IV-TR (2003) exige a duração dos sintomas por mais de um mês, acompanhado de

sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional em áreas importantes da vida da vítima. Como critérios diagnósticos o DSM-IV-TR (2003) apresenta descrições de manifestações que podem ser observadas, cumulativamente ou não, sendo agrupadas didaticamente em três grandes grupos, vejamos:

1- Revivência do evento traumático:

- Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções. Em crianças pequenas podem ocorrer jogos repetitivos exprimindo temas ou aspectos do trauma;
- Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento. Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável;
- Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente, incluindo um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos. Em crianças pequenas pode ocorrer reencenação específica do trauma;
- Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;
- Reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

2- Evitação dos estímulos associados ao trauma e Embotamento da afetividade:

- Esforço no sentido de evitar pensamentos, sentimentos, conversas associadas com o trauma ou atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;
- Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;

- Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
- Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
- Restrição do afeto;
- Sentimento de um futuro abreviado;

3- Aumento da excitabilidade:

- Dificuldade em conciliar ou manter o sono;
- Irritabilidade ou surtos de raiva;
- Dificuldade de concentração;
- Hipervigilância;
- Resposta de sobressalto exagerada

Para a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Organização Mundial de Saúde - CID-10 (1993) o Transtorno de Estresse Pós-Traumático é uma resposta tardia e/ou protaída a um evento ou situação estressante de natureza ameaçadora ou catastrófica. Como sintomas típicos descreve: (a) presença de memórias intrusas (*flashbacks*) ou sonhos, (b) sensação de entorpecimento, (c) embotamento emocional, (d) afastamento das pessoas, (e) falta de responsividade ao ambiente, (f) anedonia e (g) evitação em recordar o trauma.

Briere (1992, citado por Katsikas, 1995) descreve sete tipos de danos psicológicos possíveis de serem encontrados em crianças abusadas sexualmente, são eles:

- o estresse pós-traumático,
- distorções cognitivas;

- alterações emocionais;
- dissociação;
- prejuízo na auto-referência;
- dificuldade nos relacionamentos interpessoais e
- comportamento de fuga.

Rowan, Foy, Rodriguez e Ryan (1994, citados por Frazier, 2003) pesquisando um grupo de 42 vítimas de abuso sexual na infância, de ambos os sexos, com idade entre 20 e 51 anos, encontraram um resultado que indicam que 69% dos participantes da amostra preenchiam todos os critérios diagnósticos para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático e 19% preenchiam parcialmente.

Katsikas (1995) relata que o sintoma mais comum do Transtorno de Estresse Pós-Traumático observado nas vítimas de abuso sexual é a revivência do trauma, geralmente na forma de flashback. Segundo Katsikas também há registros de casos de pesadelos e pensamentos intrusivos, este último acarreta uma dificuldade de concentração, ataque de pânico e ansiedade generalizada.

Rouyer (1997) interpreta simbolicamente os sintomas apresentados pelas crianças vítimas de abuso sexual como sendo uma concretização, ao nível corporal e comportamental, daquilo que a criança sofreu e do que fantasmou. Para ela a somatização é o modo preferencial da criança reagir e cita os sintomas habituais:

- angústia de que algo quebrou no interior do seu corpo;
- medo de haver engravidado (independente da idade);
- mal-estar difuso;
- dores abdominais agudas e nos ossos;
- enurese e encoprese;

- crises de falta de ar;
- desmaios;
- náuseas e vômitos;
- anorexia;
- bulimia;
- perturbações do sono.

Para Echeburúa e Guerricaechevarría (2000) o Transtorno de Estresse Pós-Traumático difere entre o adulto e a criança, em virtude de que nesta última, o quadro clínico é representado por um comportamento desestruturado ou agitado, acompanhado de sintomas físicos (dores de estômago e enxaquecas) ou de sonhos aterrorizantes. Os autores explicam que este fato ocorre porque o trauma permanece na memória ativa da criança devido a um inadequado processamento da informação e a impossibilidade de utilizar mecanismos cognitivos adequados para a sua superação.

Echeburúa, Corral e Amor (2003) mencionam uma pesquisa realizada com um grupo de 330 pacientes com trauma psicológico, sendo 64% vítimas de violência doméstica, 31% vítimas de ataques sexuais e 5% vítimas de terrorismo. Mais da metade do grupo (54,5%) foi diagnosticada com Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Mas, esta porcentagem aumenta para 65% se observamos somente o grupo das vítimas de ataques sexuais.

A pesquisa também concluiu que as vítimas mais recentes de ataques sexuais têm uma sintomatologia de Transtorno de Estresse Pós-Traumático mais intensa do que as vítimas não-recentes, porém 2 em 3 das vítimas não-recentes continuam a

apresentar esta sintomatologia por meses ou anos após terem experienciado o evento traumático.

Baker (2003) considera que há uma variedade de sintomas a curto-prazo. A raiva e a depressão são sintomas comuns. Porém, entre as meninas é mais freqüente os relatos de depressão, enquanto nos meninos há uma prevalência de reações agressivas. A ansiedade é a reação emocional mais encontrada nestes casos. Outras reações também são observadas, tais como: alterações no padrão de sono, pesadelos, sentimento de impotência, confusão sobre a identidade sexual, sentimento de isolamento, dificuldade em confiar nos outros e até mesmo automutilação ou suicídio.

A longo prazo, Baker (2003) registra que as pesquisas encontram várias seqüelas, tais como: ansiedade, medo, depressão, comportamento suicida e de autodestruição, disfunção sexual e dificuldade de relacionamento tanto sexual como interpessoal.

De acordo com o Children's Bureau (U.S. Department of Health and Human Services, 2003) os principais problemas emocionais e psicossociais identificados entre crianças que foram maltratadas física e sexualmente são:

- baixa auto-estima;
- depressão e ansiedade;
- transtorno de Estresse Pós-Traumático;
- dificuldade de relacionamento;
- distúrbios alimentares;
- comportamento de auto-agressão.

Habizang e Caminha (2004) consideram que o abuso sexual na infância é um importante fator de risco para o surgimento de transtornos psiquiátricos, mas afirmam que não há uma sintomatologia única. Porém, os autores observam que as crianças vítimas de abuso sexual exibem mais sintomas psiquiátricos do que as que não o sofreram e a psicopatologia mais encontrada é o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático, devido a sua forte relação com o modo de vida moderno possui uma extensa divulgação tanto pela mídia, como nos meios acadêmicos, contribuindo para a sua popularidade, principalmente entre os leigos. Nos casos de abuso sexual na infância, muitos sintomas já estão identificados para caracterizar o diagnóstico, porém, o profissional da área de saúde mental deve estar sempre atento às novas pesquisas que cada vez mais acrescentam padrões de sintomas inéditos.

2.3.3 O Dano Psíquico como Trauma Psíquico

O trauma psíquico, em especial a sua etiologia, foi um tema muito estudado por Freud, principalmente a partir dos trabalhos de 1893, que versavam sobre a patogênese dos sintomas histéricos.

Ao longo de sua obra, Freud foi revendo suas posições e assertivas, sobretudo quanto ao papel do trauma na origem da histeria, e logrou em explicar como seria o mecanismo de funcionamento do trauma na mente humana.

Ao escrever sobre a ocorrência de paralisias traumáticas que aparecem nos quadros de histeria, Freud considerou que a base do fenômeno é operada por uma

série de impressões afetivas que embasam uma história de sofrimentos a que chamou de afeto do terror_ou trauma psíquico.

De acordo com Freud (1893/1976) quando uma pessoa experimenta uma impressão psíquica, há um aumento de soma de excitação do sistema nervoso que ocorre por vias sensoriais. Em contrapartida, para preservar a saúde, a pessoa tenderia a diminuir a soma de excitação, o que ocorre por meio das vias motoras. Neste ponto, ele assegura que depende dessa reação o quanto restará da impressão psíquica inicial.

Mais adiante, em *Além do Princípio de Prazer* (Freud, 1920/1976) apresentou sua definição sobre o que seria trauma:

Descrevemos como ‘traumáticas’ quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente uma conexão desse tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficazes contra os estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis.
(p. 45)

Freud (1893/1976) também estabeleceu certas condições para a ocorrência de um trauma, tais como: representar uma ameaça à vida; ser de intensidade grave, envolvendo a idéia de perigo mortal; não eliminar com a atividade psíquica; não envolver concussão cerebral ou qualquer outro ferimento sério e ter relação especial com alguma parte do corpo.

Partindo desta lógica, Freud (1893/1976) considerou que a reação mais adequada diante de uma situação traumática é uma tomada de atitude, pois a impossibilidade de ab-reação reterá o afeto original e fará com que o evento adquira a condição de um trauma psíquico e a respeito disso ele escreve:

Assim, se por qualquer razão não pode haver reação a um trauma psíquico, ele retém seu afeto original, e quando não se pode liberar o acréscimo de estímulo através de sua ‘ab-reação’ deparamos a possibilidade de que o evento em questão permaneça um trauma psíquico”. (p. 50)

Ele considerou que uma pessoa com o mecanismo psíquico sadio teria outras maneiras de lidar com os afetos provenientes de um trauma psíquico, ainda que negada a possibilidade de reação motora ou verbal. Uma das maneiras, seria esgotar associativamente o evento, provocando idéias contrastantes sobre o mesmo. Fazendo assim, o trauma psíquico, representado pelo afeto originalmente forte, teria sua recordação esmaecida até que entrasse no processo de esquecimento.

Para Freud (1896/1976) as experiências sexuais prematuras, ainda nos primeiros anos da infância seriam a base de formação dos sintomas histéricos, podendo ser reproduzidas por meio dos trabalhos psicanalíticos e faz a seguinte afirmação:

As experiências sexuais na infância que consistem na estimulação dos genitais, atos semelhantes ao coito, e assim por diante, devem portanto ser consideradas, em última análise com traumas que levam tanto a uma reação histérica aos eventos da puberdade, quanto ao desenvolvimento de sintomas histéricos. (p. 234)

A partir da análise de seus pacientes histéricos, Freud (1896/1976) elaborou uma classificação de três grupos de pacientes de acordo com o tipo de trauma sexual sofrido na infância, a saber:

a) primeiro grupo: constituído na maioria por pacientes do sexo feminino, que sofreram algum tipo de ataque de adultos, que eram estranhos, provocaram um susto e não obtiveram o consentimento da criança;

b) segundo grupo: de maior frequência, é constituído por crianças que foram iniciadas no contato sexual por um adulto que tinha alguma função ligada aos seus cuidados (babá, governanta, tutor, parentes próximos entre outros), mantendo com ela uma relação amorosa regular e, às vezes, duradoura;

c) terceiro grupo: é composto praticamente por crianças de ambos sexos, em geral parentes, mas que praticam relações sexuais entre si, frequentemente até a puberdade.

Freud (1896/1976) não apresentou qualquer dúvida quanto à autenticidade das cenas sexuais infantis relatadas pelos seus pacientes e como prova de convencimento considerou: o comportamento relutante dos pacientes para a reprodução das cenas; as uniformidades dos detalhes relatados; as violentas sensações que surgem durante a sessão e que causavam vergonha e negação, e, as declarações de outras pessoas que, por ventura, também vivenciaram a mesma situação traumática.

Porém, em que pese esta convicção nos relatos de seus pacientes, Freud, posteriormente, apresentou um descrédito na existência das cenas de sedução sexual (Teoria da Sedução) relatadas por seus pacientes histéricos, passando a considerar que tais cenas seriam uma construção em termos de fantasia e justificou sua mudança de posição, com a dificuldade em distinguir entre a verdade e a ficção catexizada com o afeto (Freud 1897/1996) .

Ferenczi persistiu na tese de existência de traumas de origem sexual na infância. De acordo com Uchitel (2001, p. 75) ele “retoma a idéia do trauma freudiano, aquele das origens, aquele que encontrou seu fundamento na história real e na sedução infantil”.

Ferenczi (1992a) por meio de sua obra *Confusão de língua entre os adultos e a criança*, escrita originalmente em 1933, demonstra a importância do traumatismo sexual como um fator patogênico na vida de uma criança e escreve:

Em primeiro lugar, pude confirmar a hipótese já enunciada de que nunca será demais insistir sobre a importância do traumatismo e, em especial, do traumatismo sexual como fator patogênico. Mesmo crianças pertencentes a famílias respeitáveis e de tradição puritana são, com mais freqüência do que se ousaria pensar, vítimas de violências e de estupros. São ora os próprios pais que buscam um substituto para suas insatisfações, dessa maneira patológica, ora pessoas de confiança, membros da mesma família (tios, tias, avós), os preceptores ou o pessoal doméstico que abusam da ignorância e da inocência das crianças. A objeção, a saber, que se trataria de fantasias da própria criança, ou seja, mentiras históricas, perde lamentavelmente sua força, em consequência do número considerável de pacientes, em análise que confessam ter mantido relações sexuais com crianças. (p. 101)

Com relação às fantasias das crianças, Ferenczi (1992a) postulava que elas ocorriam como fantasias lúdicas, onde as crianças (vítimas) interpretavam a situação traumática (abuso) como um jogo, que embora assumisse uma forma erótica, pelo adulto, era conservado, por ela, no nível da ternura.

Ferenczi atribui aos adultos com tendências psicopatológicas ou com o autodomínio perturbado por substâncias tóxicas, como os responsáveis por confundirem as brincadeiras infantis com desejos sexuais – não pensando nas conseqüências.

2.3.3.1 A Síndrome de Adaptação e o transe traumático.

Partindo dos ensinamentos de Freud a respeito das conseqüências psíquicas advindas da impossibilidade de ab-reação diante de uma situação traumática, Ferenczi (1992a) relatou as possíveis reações de uma criança diante da situação de abuso sexual, descrevendo um quadro compatível com o que hoje consideramos como uma *síndrome de adaptação*, vejamos:

Seu primeiro movimento seria a recusa, o ódio, a repugnância, uma resistência violenta: ‘Não, não, eu não quero, está me machucando, deixe-me!’. Isto, ou algo muito semelhante, seria a reação imediata se esta não fosse inibida por um medo intenso. As crianças sentem-se física e moralmente sem defesa, sua personalidade é ainda frágil demais para poder protestar, mesmo em pensamento, contra a força e autoridade esmagadora dos adultos que as emudecem, podendo até fazê-las perder a consciência. Mas esse medo, quando atinge seu ponto culminante, obriga-as a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor de seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesmas, e a identificar-se totalmente com o agressor. Por identificação, digamos, por introjeção do agressor, este desaparece enquanto realidade exterior, e torna-se intrapsíquico; mas o que é intrapsíquico vai ser submetido, num estado próximo do sonho – como é o transe traumático – ao

processo primário, ou seja, o que é intrapsíquico pode, segundo o princípio de prazer, ser modelado e transformado de maneira alucinatória, positiva ou negativa. Seja como for, a agressão deixa de existir enquanto realidade exterior e estereotipada, e, no decorrer do transe traumático, a criança consegue manter a situação de ternura anterior. (p. 102)

Desse modo, no quadro descrito por Ferenczi (1992a), a criança abusada e incapaz de ab-reagir – sucumbe à vontade do adulto abusador, e, por uma questão de sobrevivência identifica-se com o mesmo – o que explica a obstinada recusa dos pacientes, vítimas de abuso sexual, em reagir, terapeuticamente, com sentimentos de ódio ou defesa contra a desagradável situação vivida.

Mais adiante, em sua obra póstuma, denominada *Reflexões sobre o Trauma* Ferenczi (1992b), afirma que a consequência imediata do traumatismo é a angústia, que se traduz numa incapacidade de adaptação à situação de desprazer e que leva a vítima a agir basicamente de duas maneiras: 1º) fugir da irritação; 2º) eliminar a própria irritação.

Não sendo possível a saída da situação traumática, surge, como alternativa última, a autodestruição como forma de libertação da angústia ou a destruição da consciência, surgindo a desorientação psíquica.

Ferenczi (1992b) considera que a desorientação psíquica serviria como uma ajuda por atender basicamente três pontos: a) serve como uma medida sucedânea da autodestruição; b) produz a suspensão da percepção mais ampla do mal e c) uma formação nova de realização do desejo a partir dos fragmentos (princípio do prazer).

Embora Freud tenha abandonado a Teoria da Sedução, ele logrou êxito em explicar a psicodinâmica do trauma psíquico nos permitindo entender, pela

Psicanálise, como ele se instala, evolui e como pode ser tratado. Ferenczi, por sua vez descreveu o processo psíquico que leva a criança a adaptar-se à situação traumática – com conseqüência nefasta a sua saúde mental.

2.3.4 O Dano Psíquico e distúrbio comportamental

O dano psíquico decorrente do abuso sexual em crianças tem repercussões em diversas esferas da sua personalidade. Em alguns casos, pode haver a conformação de um transtorno mental, porém, não necessariamente envolve uma deterioração, quer parcial ou global, das funções psíquicas - bastando para tanto um efeito comportamental.

Sebold (1987) pesquisando crianças, do sexo masculino, vítimas de abuso sexual, identificou vários indicadores desta condição, a maioria de repercussão comportamental, o qual dividiu, arbitrariamente, porém de modo didático, em nove categorias, a saber:

- a) preocupações homofóbicas: o menino que fora sexualmente abusado gasta muito tempo e de maneira ansiosa tentando convencer seus colegas de que não é homossexual, para tanto, ridiculariza os outros (homossexuais), não tolera os efeminados e importuna as mulheres.
- b) comportamento agressivo e controlador: este tipo de comportamento pode ter relação com as preocupações homofóbicas ou não. As crianças masculinas, que foram vítimas de abuso sexual, podem desenvolver comportamentos violentos como uma maneira de se prevenirem contra futuras investidas sexuais. O simples toque tende a lhes provocar uma rígida e desconfortável resposta física. O

comportamento controlador proveniente do sentimento de poder pode fortalecer o comportamento agressivo.

- c) comportamento infantil: Os terapeutas infantis notaram que a vítima masculina de abuso sexual, contraditoriamente, apresenta uma tendência em demonstrar comportamentos infantis, sobretudo, na fala e nos padrões de brincadeiras, com procura por crianças mais novas e comportamento de evitação dos mais velhos.
- d) comportamento fóbico/paranóide: a criança masculina, abusada sexualmente, mostra-se hipersensível a qualquer sinal, que julga ameaçador, do ambiente. Assim, manifesta medo em situações corriqueiras, intolerância em assumir sua culpa. O comportamento fóbico pode surgir em crianças em fase de latência por associarem seu comportamento a importantes significados (ex.: quando vêem uma pessoa com características parecidas às do agressor).
- e) linguagem e comportamentos sexuais: Sebold considera que o pensamento em sexo, a linguagem sexualmente carregada e os comportamentos sexuais são os mais fortes indicadores da ocorrência de abuso sexual. Ele chama atenção que os meninos, vítimas de abuso sexual, em dado momento, enfatizam certas palavras para sugerir um conteúdo sexual.
- f) os sonhos: nos sonhos de crianças vitimizadas, há uma tendência de conteúdos e situações em que elas estão caçadas, punidas ou isoladas, que está vinculado ao medo de serem controladas por uma pessoa adulta e poderosa.

- g) modificações no corpo e auto-imagem: as crianças vitimizadas sexualmente tendem a ser tornarem depressivos e, mesmo após se livrarem da situação abusiva se tornam compulsivos com o cuidar da aparência. A aparência desleixada pode também ser adotada como forma de evitar a atração de possíveis abusadores. Há, também, o registro de modificações nas funções corporais tais como a enurese e a encoprese, e inúmeras queixas físicas que tendem a desaparecer com a terapia.
- h) indicadores sociais e familiares: Estes tipos de indicadores parecem ser semelhantes entre as vítimas do sexo masculino e feminino. Um dos principais indicadores de abuso sexual é o fato de outras crianças da família também terem sido abusadas. O fato de um dos pais ou parente próximo também ter sido abusado é outro fator preocupante.
- i) comportamento incendiário: é um indicador de difícil confiabilidade, mas encontrado por vários terapeutas em crianças, do sexo masculino, vítimas de abuso sexual com prevalência da mulher como figura do abusador.

Rouyer (1997) pesquisando sobre as conseqüências do abuso sexual, a curto e médio prazo para a criança, relaciona as principais alterações comportamentais encontradas em algumas pesquisas sobre o tema: a) tentativa de suicídio; b) estados depressivos; d) dificuldade acentuada no desenvolvimento escolar; e) fugas, f) anorexia; g) enurese ou encoprese; h) distúrbios físicos sem substrato orgânico; i) recusa em ir deitar-se agarrando ao adulto não implicado; j) comportamentos rituais que servem para averiguação e prevenção (colocação de objetos que fazem

barulho em torno da cama caso alguém se aproxime); k) dormir completamente vestida; l) pesadelos e despertar angustiado; m) desinteresse pelo brincar.

Azevedo, Guerra e Vaiciunas (1997, citado por Habigzang & Caminha, 2004) em um estudo sobre incesto, relataram terem encontrado dificuldades no processo de ensino-aprendizagem sob a forma de repetência ou interrupção dos estudos. As autoras também relataram a existência de idéias de morte e comportamento suicida.

A repugnância por si mesma, oriunda do abuso sexual, pode desencadear na criança (vítima) comportamentos rituais de se lavar compulsivamente (Royer, 1997).

Amazarray e Koller (1998, citados por Padilha & Gomide, 2004) identificaram diversas pesquisas que são unânimes em afirmar que o abuso sexual afeta o comportamento social da criança e do adolescente que apresentam dificuldade em confiar nos outros e pouco comportamento pró-social, tais como: compartilhar, ajudar e associar.

Urra (2002) a respeito do abuso sexual contínuo em crianças do sexo masculino, relata que elas sofrem da seqüela do silêncio, provocada por um sentimento equivocado de culpa por conivência, que acarreta vergonha, baixa auto-estima, depressão e desconfiança. Em função disto, podem trilhar por dois caminhos: buscar o próprio castigo ou conduzir-se de forma promíscua, com chances repetir os mesmos atos com os filhos. Comportamento sexualizado e ocorrência de *acting out* na área sexual foram relatados em crianças vítimas de abuso sexual (Baker, 2003).

A respeito do sentimento de culpa, característico em crianças vítimas de abuso sexual Habigzang e Caminha (2004) consideram que da sua resolução pode desencadear grupos de comportamentos diferentes. Se a culpa for internalizada poderá ser um importante fator no comportamento suicida (tentativas de suicídio).

Mas, se for externalizada, pode desencadear comportamentos anti-sociais, tais como: delinquência, pequenos crimes e fugas.

A dificuldade de adaptação interpessoal com pessoas em geral tem sido observadas em crianças vítimas de abuso sexual. Esta dificuldade se apresenta de diversas formas, tais como retraimento, pouca interação e hesitação em confiar nas pessoas. O comportamento pró-social também pode ser afetado, assim essas crianças compartilham menos, são menos cooperativas e pouco associativas.

No tocante ao comportamento sexual pode ocorrer masturbação excessiva e em público, introdução de objetos ou dedos no ânus ou vagina, conhecimento sexual inapropriado para a idade e pedido de estimulação sexual para terceiros (Habigzang & Caminha, 2004).

Finkelhor (2005) afirma que meninos que são expostos freqüentemente à violência sexual acabam se isolando de seus pares e prejudicam o desenvolvimento das habilidades sociais, apresentando dificuldade no controle da agressividade e aquisição de conceitos morais.

Echeburúa e Guerricaechevarría (2005) enumeram várias alterações comportamentais em crianças vítimas de abuso sexual, tais como:

- perda de apetite;
- choros freqüentes, sobretudo em situações afetivas ou eróticas;
- medo de estar só, com homens ou um determinado membro da família;
- rejeição ao pai ou mãe de forma repentina;
- bruscas de conduta;
- resistência a despir-se ou banhar-se;
- isolamento e rejeição às situações sociais;
- problemas escolares e recusa em ir à escola;

- fantasias ou comportamentos regressivos (urinar na cama, chupar o dedo,...);
- tendência ao segredo;
- agressividade, fuga ou ações delitivas;
- auto-lesões ou tentativa de suicídio;
- recusa a carícias, a beijos e ao contato físico;
- comportamento sedutor, especialmente em meninas;
- comportamento sexual precoce ou conhecimento sexual inadequado para a idade;
- interesse exagerado pelo comportamento sexual do adulto;
- confusão sobre a orientação sexual.

Enfim, não há como prever como se comportará uma criança após sofrer um abuso sexual. São diversas as formas de reação, mas o repertório comportamental, de alguma forma é afetado. As pesquisas demonstram que podemos encontrar estas alterações a curto, médio e longo prazo – infância, adolescência e vida adulta – respectivamente. É preciso cautela na divulgação das pesquisas de modo a evitar a criação de algum tipo de estigma comportamental.

2.3.5 O Dano Psíquico e o funcionamento adaptativo

A respeito da definição sobre o que é o funcionamento adaptativo, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2003) faz a seguinte afirmação:

O funcionamento adaptativo refere-se ao modo como os indivíduos enfrentam efetivamente as exigências comuns da vida e o grau em que satisfazem os critérios de independência pessoal esperados de alguém de seu grupo etário, bagagem sócio-cultural e contexto comunitário específicos. (p. 39)

Atualmente o funcionamento adaptativo é utilizado apenas no diagnóstico diferencial do retardo mental. Porém, a sua avaliação não envolve critérios orgânicos e sim um conjunto de habilidades pessoais, tais como: a) comunicação; b) autocuidados; c) vida doméstica; d) habilidades sociais/ interpessoais; e) uso de recursos comunitários; f) auto-suficiência; g) habilidades acadêmicas; h) trabalho; i) lazer; j) saúde; k) segurança.

Para a avaliação do funcionamento adaptativo é preciso levar em consideração a influência de vários fatores, entre eles: a educação, a motivação, a personalidade, o meio social e até mesmo os transtornos mentais ou outras morbidades médicas.

Para Sanderson (2005) um único sintoma não pode ser considerado como indicativo de abuso sexual infantil, porém vários sinais, e com repercussão negativa no funcionamento adaptativo, podem ser motivo de preocupação. De acordo com a pesquisadora, os efeitos do abuso sexual podem ser estudados, didaticamente, em categorias, a saber:

- Efeitos emocionais: conjunto de sinais e sintomas referentes às emoções manifestadas pelas crianças vítimas de abuso sexual;
- Efeitos interpessoais: conjunto dos comportamentos que demonstram como as vítimas de abuso sexual infantil se relacionam com seus pares e a qualidade desses relacionamentos;

- Efeitos comportamentais: conjunto de mudanças comportamentais (atividades recreativas, comunicação, linguagem, hábitos alimentares, sono e outros) provocadas pelo abuso sexual infantil;
- Efeitos Cognitivos: conjunto dos transtornos cognitivos (envolvendo processos de percepção, atenção, concentração, memória, compreensão entre outros) provocados pelo abuso sexual da criança,;
- Efeitos Físicos: conjunto dos sinais e sintomas físicos provocados pelo abuso sexual na criança;
- Efeitos Sexuais: conjunto de comportamentos sexuais considerados incomuns (não esperados para a faixa etária) provocados pelo abuso sexual da criança.

Sanderson (2005) considera que a vergonha e a culpa são duas conseqüências que (quase) invariavelmente acompanham as vítimas de abuso sexual na infância – apresentando como uma característica crônica. A criança para lidar com este sentimento crônico de vergonha tem que se adaptar à pessoa do abusador e, ao mesmo tempo, às demais pessoas.

Esta dualidade, leva a criança a experimentar sentimentos de insegurança e negativos em relação a si própria e, conseqüentemente, mudança no seu funcionamento adaptativo. Sanderson (2005) revela as principais estratégias empregadas pelas vítimas de abuso sexual infantil para enfrentar esta situação e que certamente interferem negativamente no funcionamento adaptativo:

- Evitação: a criança apresenta alteração em suas relações interpessoais que demonstram timidez, retraimento entre outros;
- Ocultação: a criança para encobrir a vergonha adota sentimentos,

pensamentos e comportamentos opostos, tais como: hostilidade, perfeccionista, arrogante, etc.

- Prontidão (ou atenção intensificada): a criança para defender-se de abusos adicionais passa a ser hipervigilante em relação às atenções dos outros;
- Compensação: a criança utiliza estratégias psicológicas de enfrentação do abuso tais como desenvolvimento do orgulho, o narcisismo e o complexo de grandeza.
- Agressão: a criança exterioriza seu sentimento de raiva, identificando-se com o agressor – deixando de ser vítima para tornar-se também um agressor.

Portanto, um evento como o abuso sexual pode afetar negativamente o funcionamento adaptativo de uma criança, causando prejuízos, cumulativos ou não, em qualquer de suas habilidades pessoais – o que pode ser facilmente constatado numa avaliação psicológica.

2.4 Avaliação psicológica de crianças vítimas de abuso sexual

A avaliação psicológica a que se refere a presente dissertação é exclusivamente para fins periciais, sendo realizada por peritos oficiais, em órgãos públicos que são destinados a este tipo de atividade, tal com o Instituto Médico Legal ou congêneres.

Assim, não há, entre o perito e a criança examinada, o estabelecimento de vínculo terapêutico – tendo como objetivo principal do exame a constatação de

possível dano psicológico, sendo respeitados os princípios do Código de Ética Profissional do Psicólogo e as legislações pertinentes.

O psicólogo, na condição de perito, deve conduzir seus trabalhos de modo a reduzir a ansiedade da criança, que se vê intimidada diante do exame, estabelecendo uma relação de confiança e evitando o dano secundário.

Segundo Viaux (1997) a perícia da criança vítima de abuso sexual não é um procedimento contraditório à prática terapêutica e produz um ajustamento entre o procedimento judicial e o procedimento psicológico – sendo ambos necessários.

A avaliação pericial, produz na vítima, uma revalorização de seu papel, tornando-a parte ativa do processo, consciente de seus direitos, o que permite buscar ajuda para a sua proteção. Assim, o trabalho pericial para constatação de dano psicológico é tão importante quanto os programas de tratamento que são oferecidos por centros especializados de atendimento às vítimas (Rovinski, 2004b).

Após o registro do fato pela delegacia local (ou especializada), a criança é encaminhada, como rotina, ao Instituto Médico Legal para exame de corpo de delito da modalidade de atentado violento ao pudor ou conjunção carnal. Não havendo constatação desses vestígios, em alguns casos, a criança, é reencaminhada ao Instituto Médico Legal, desta vez para exame psicológico na tentativa de se constatar a presença de dano psíquico.

Antes de iniciar os trabalhos é preciso a leitura prévia dos autos do inquérito (ou processo) para que o psicólogo perito se inteire de todos os detalhes de como ocorreu o evento, podendo elaborar perguntas específicas para o caso em estudo.

O psicólogo também pode utilizar informações de terceiros, que tenham uma relação estreita com a vítima, tais como: professores, vizinhos, amigos entre outros,

buscando traçar um perfil da criança e seu modo de relacionar com seus pares antes do evento em apuração.

Como se trata de uma avaliação pericial, a isenção é imprescindível, sendo necessário que o ambiente do exame seja livre de qualquer tipo de fator que possa interferir negativamente, quer direta ou indiretamente, com a criança a ser periciada.

Na maioria dos casos, a vítima chega para o exame acompanhada de um dos pais. Às vezes, vem em companhia de outros parentes (irmão, tia, tio, avó) ou de representantes de entidades governamentais (ex.: Conselho Tutelar).

O exame pode começar ouvindo-se, sempre separadamente, o acompanhante, que pode esclarecer dúvidas ou acrescentar mais informações sobre o caso ou sobre a própria criança a ser periciada. A recomendação para ouvir em separado se deve a necessidade de evitar contaminações do discurso da criança pelo adulto.

Por outro lado, sendo o acompanhante, por qualquer razão, parte interessada na ação – agirá com parcialidade. Por isso, há de se ter cautela quanto às informações prestadas por um dos pais, principalmente se existe uma contenda intrafamiliar, tais como: atribuições de responsabilidade quanto ao abuso, disputa de guarda, entre outros.

Se, no início do exame, for difícil o estabelecimento de um satisfatório *rapport*, a ponto da criança não aceitar ficar a sós com o perito, pode se combinar com o acompanhante que permaneça na sala e, durante a entrevista, sutilmente, dê uma desculpa para deixar o ambiente.

A presença do acompanhante, no momento do exame, só deve ser permitida se realmente não houver condições psicológicas da criança ficar a sós com o perito, mas, neste caso, o acompanhante deve ser instruído para que não intervenha em nenhuma atividade do exame.

Quanto maior for a proximidade entre a data da revelação do abuso e a do exame psicológico, menor é o grau de contaminação das declarações da criança, cuja a fidedignidade e clareza dos fatos pode ser comprometida pelo lapso temporal, mecanismos de defesas e por influência de terceiros (adultos).

A entrevista permitirá ao psicólogo obter a revelação do trauma vivido, quando também será possível verificar as reações emocionais da vítima, a versão dos fatos, a clareza dos detalhes, a linguagem utilizada pela criança e o que mais for necessário para chegar a uma conclusão.

Rouyer (1997) alerta para o fato que é no momento da revelação que se produzem graves descompensações psíquicas, como manifestações psicóticas ou mesmo tentativas de suicídio, fugas entre outros.

Dependendo do grau de maturidade, a criança a ser periciada pode ser estimulada a falar sobre o evento que fora vítima. Assim, indaga-se a ela sobre a razão de estar ali. Porém, nesta metodologia, é freqüente a ocorrência de bloqueios emocionais, tais como: emudecimento e choro. Também ocorrem manifestações extremas de vergonha, tal como: abaixar a cabeça, esconder o rosto com as mãos ou atrás de uma folha de papel e até mesmo pedir para ir embora.

Para facilitar o *rapport*, o perito pode começar com atividades lúdicas, tais como: jogos, brincadeiras, desenhos; conversas sobre temas que são favoritos das crianças (programas de televisão, músicas,...). Isto propiciará um clima mais informal – facilitando a abordagem do tema.

Os desenhos geralmente são bem aceitos pelas crianças. Durante a atividade lúdica o perito pode solicitar alguns que serão aproveitados como técnica projetiva, tais como o desenho da família, da figura humana, da árvore, de um animal, o próprio H-T-P (House, Tree and Person) entre outros. Porém, é preciso habilidade e

tempo de experiência para o psicólogo, na condição de perito, perceber, através das projeções, as manifestações clínicas oriundas da situação traumática experienciada.

Royer (1997) relata que as perturbações psicológicas em crianças de cinco a dez anos de idade, vítimas de abuso sexual, podem ser expressas por meio de desenhos estereotipados e precisos, mas que demonstram conhecimentos sexuais inadequados para a idade – podendo aparecer atributos sexuais e cenas de coito.

É aconselhável que se aplique sempre um teste psicométrico para avaliação do funcionamento intelectual, observando também os critérios de avaliação do funcionamento adaptativo. A Legislação Brasileira, mais precisamente o Código Penal Brasileiro, em seu artigo 224, considera como circunstância agravante da pena, o fato da vítima ser *alienada* ou *débil mental* (termos utilizados pelo próprio código) e o perpetrador (abusador) conhecer previamente esta circunstância.

A utilização de bonecos anatômicos (também chamados de bonecos anatomicamente corretos ou bonecos sexuados) é algo bastante controverso na avaliação pericial de crianças vítimas de abuso sexual. Alguns autores (Viaux, 1997; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000; Urra, 2002; López 2004) defendem a utilização de tais brinquedos, que são confeccionados para fins clínicos e periciais, neste último caso, como forma de facilitar a revelação do abuso.

Outros estudiosos (Duarte & Arboleda, 2002) consideram que a utilização de bonecos anatômicos só é legítima após a revelação do abuso e visam apenas avaliar os conhecimentos anatômicos da criança e as denominações utilizadas por ela para as partes íntimas do corpo.

Cantón (1999, citado por Duarte & Arboleda, 2002) através de estudos normativos, chegou à conclusão que a maioria das crianças inspecionam os bonecos, tocando nos órgãos, mas não mostram nenhuma conduta sexualmente explícita.

Raskin e Esplin (1991, citado por Duarte & Arboleda, 2002) enfatizam que é necessário que a criança forneça alguns detalhes sobre o evento que fora vítima, tais como: a) o nome do agressor e sua relação com ele; b) a frequência e duração do abuso; c) lugares e circunstâncias do abuso; d) outras pessoas que estiverem implicadas; e) as estratégias utilizadas pelo abusador; f) a quem revelou a primeira vez e g) o grau de compreensão da situação provocada pela revelação.

Flores e Caminha (1994, citados por Habigzang & Caminha, 2004) propõe um modelo de avaliação diagnóstica individual, composta por entrevistas semi-estruturadas com a criança (vítima), cujo objetivo é obter a revelação do abuso, bem como mapear pensamentos, sentimentos dinâmicas e conseqüências do evento traumático. Estes autores também propõem critérios diagnósticos conforme mostrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Critérios de diagnóstico para abuso sexual.

Variáveis	Diagnóstico
Ausência de variáveis	Diagnóstico inconclusivo
Apenas o relato de abuso da criança	Diagnóstico positivo
O relato de abuso da criança com mais uma ou duas alterações comportamentais ou sintomas psicopatológicos	Diagnóstico conclusivo
O relato de abuso da criança com mais definitivo três ou quatro alterações comportamentais ou sintomas psicopatológicos	Diagnóstico positivo

Nota. Extraído de Habigzang, L. F., & Caminha, R. M. (2004). Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Para Viaux (1997) a perícia é um momento breve e não pode ter a pretensão de se aprofundar no inconsciente. Ela deve, no máximo, esboçar um retrato psicológico da criança, indicando sua evolução, e explicando os comportamentos manifestos e interiores, bem como suas relações com o abuso sofrido.

Echeburúa e Guerricaechevarría (2000) recomendam que na avaliação psicológica da criança abusada deve se focar fatores comuns da clínica infantil como: ansiedade, depressão, auto-estima e adaptação social, mas também fatores considerados como seqüelas do abuso, entre eles: medos, comportamento de evitação, sentimentos de culpa entre outros.

Duarte e Arboleda (2002) consideram que se deve dar a oportunidade da criança falar espontaneamente sobre o abuso. Para aqueles autores, a declaração espontânea, através da recordação livre, é mais exata, porém, é menos completa do que aquelas que são obtidas com perguntas específicas.

Para Echeburúa, Corral e Amor (2003) o objetivo da avaliação psicológica para fins forense não é só acessar o dano psicológico, mas validar o testemunho da vítima. Assim, os peritos devem se ater aos seguintes pontos:

- a adaptação social, familiar, emocional e até para o trabalho antes da vítima sofrer o abuso;
- a adaptação atual;
- a reação adaptativa depois do evento;
- o nexo de causalidade entre a falha adaptativa atual e o abuso experienciado;
- prognóstico com relação a capacidade de adaptação futura.

Enfim, a avaliação pericial, de caráter psicológico e para fins jurídico-legais, em crianças vítimas de abuso sexual é ainda muito recente na Psicologia brasileira. O Psicólogo, na qualidade de perito, deve adequar os resultados de seu trabalho de modo a atender às exigências do Sistema de Justiça Criminal. Assim, além de constatar o dano psíquico, deve esclarecer suas repercussões para a vida da criança, e atestar o nexo de causalidade entre o dano psicológico constatado e o evento investigado.

2.4.1 O problema da falsa denúncia de abuso sexual

A experiência de trabalho em perícia psicológica na Seção de Psicopatologia Forense do Instituto Médico Legal de Brasília, tem mostrado que algumas crianças são utilizadas por familiares para fazerem falsas acusações de abuso sexual contra outros familiares, tendo como motivação algum tipo de contenda familiar. Na maioria dos casos, a falsa declaração da criança servirá para a expulsão de casa do membro da família considerado indesejado, quer pelo grupo ou pela própria criança.

A preocupação com a credibilidade das declarações de vítimas, sobretudo as de abuso sexual surgiu na década de 30 na antiga Alemanha Oriental, sendo objeto de estudo dos psicólogos forenses.

Desde 1954 a Suprema Corte alemã utiliza critérios de avaliação da credibilidade de testemunhos em casos onde o depoimento de crianças ou adolescentes sejam a prova principal (Steller & Koehnken, 1989).

No final da década de 50, Udo Undeutsch apresentou a primeira descrição de um conjunto de critérios que veio a ser chamado de *critério de realidade (reality criteria)* os quais discriminavam relatos verdadeiros daqueles considerados falsos,

sendo utilizado, pioneiramente, na análise de credibilidade de uma vítima de estupro. A partir deste caso, a técnica foi constantemente requisitada pela Justiça alemã, chegando a meados da década de 80 com uma estimativa de 40 mil casos avaliados (Rovinski, 2004b).

De acordo com Rovinski (2004b) Undeutsch fundamentou seu trabalho na hipótese teórica de que os relatos das vítimas de agressão ou abuso sexual diferem dos relatos imaginados ou criados. Esta diferença está essencialmente nos detalhes que são verbalizados (López, 2004). Ele considera que é necessário distinguir o aspecto cognitivo do aspecto emocional (motivacional).

O aspecto cognitivo envolve a habilidade em testemunhar (relatar) os detalhes com precisão e exatidão e que tem ligação direta com os processos de aquisição, retenção, recuperação e comunicação verbal da informação. O aspecto motivacional, está ligado à volição, ao ato de querer dizer a verdade, tal como o nome do criminoso e sua atuação.

No mesmo sentido estão os trabalhos de Loftus, Korf e Schooler (1989, citados por López, 2004) que concluíram que a memória real de um acontecimento inclui numerosos detalhes perceptivos e sensoriais, o que a difere da memória por sugestão.

Alonso-Quecuty (1990, citado por López, 2004) concluiu que as declarações verdadeiras possuem mais informações contextuais e mais detalhes sensoriais, enquanto as declarações falsas contêm mais referências a estados mentais e processos internos.

A lista de critérios de conteúdos de Undeutsch, bem como de outros pesquisadores como Arntzen, Szewczyk e Dettenborn foram integradas e sistematizadas por Steller e Koehnken (1989) que agruparam os critérios em cinco categorias, a saber:

Características Gerais

1. Estrutura lógica:
2. Produção desestruturada
3. Quantidade de detalhes

Conteúdos Específicos

4. Contextualização dos fatos
5. Descrição de interações
6. Reprodução de conversação
7. Complicações inesperadas durante o incidente

Peculiaridades do Conteúdo

8. Detalhes incomuns
9. Detalhes supérfluos
10. Detalhes incompreendidos relatados com exatidão
11. Relatos de associações externas
12. Avaliação subjetiva do estado mental
13. Atribuição do estado mental do perpetrador

Motivação para relatar os conteúdos

14. Correções espontâneas
15. Admissão de lapso de memória
16. Dúvidas crescentes sobre o próprio testemunho
17. Auto-depreciação
18. Perdão ao perpetrador

Elementos específicos da ofensa

19. detalhes característicos da ofensa

Para Steller e Koehnken (1989) o termo critério de realidade é sinônimo de critério de conteúdo, e devem ser empregados tanto para análise de conteúdos escritos como de declarações de testemunhas – denominando este método, à época, como *Criteria-Based Statement Analysis* – CBSA. Atualmente o método passou a ser conhecido por *Criterion Based Content Analysis* – CBCA.

Na década de 80 aproximadamente 24 mil declarações de testemunhas visuais foram analisadas com este método. Noventa e dois por cento dos casos envolviam agressão sexual a crianças ou adolescentes do sexo feminino. Em cerca de 70% deles os resultados foram considerados verídicos (Steller & Koehnken , 1989).

Para fins forenses os conteúdos podem ser considerados como presentes ou ausentes. De acordo com Steller e Koehnken (1989) não há uma nota de corte para considerar a declaração como verídica ou não. Na Alemanha inicialmente havia uma regra (já em desuso) que pelo ou menos três critérios deveriam estar presentes para a declaração ser considerada crível. López (2004) esclarece que o CBCA não é um teste, nem uma escala padronizada, e sim um método semi-padronizado.

Em verdade, o método originalmente consistia de duas fases: a primeira era de avaliação de conteúdos por meio do *Criterion Based Content Analysis* – CBCA. Na segunda fase havia a Avaliação da Validade da Declaração (*Statement Validity Assessment*), que por sua vez é subdividida em três elementos: a) a entrevista estruturada, b) a análise dos critérios de realidade e c) a comprovação da validade da declaração.

Rovinski (2004b) mostra-se a pioneira em escrever sobre este tema no Brasil. Dentre as diversas dificuldades apontadas por ela no processo de avaliação de declarações das vítimas de abuso sexual na infância, destacamos:

- a) a escassa literatura nacional sobre a análise de credibilidade das declarações das vítimas de abuso sexual;
- b) o processo de avaliação dos técnicos está embasado na avaliação clínica tradicional e voltado para a análise das repercussões psíquicas da violência;
- c) situações de vínculo de lealdade com um dos progenitores, ameaças e preocupações com as repercussões da denúncia (prisão do autor, prejuízos

financeiros, ruptura familiar entre outros) podem trazer dúvidas quanto ao relato da vítima;

d) a criança ao chegar para a avaliação pode estar, intencionalmente ou não, com seu relato contaminado por informações previamente recebidas e que não condizem com a realidade – apesar de considerá-las como reais. (2004b)

Rovinski (2004b) sugere uma proposta alternativa de avaliação da credibilidade das declarações das crianças vítimas de abuso sexual, baseada não no modelo clínico, mas no modelo da psicologia experimental, levando em consideração os processos psíquicos como memória, atenção, percepção, pensamento, linguagem e aprendizagem. Os resultados obtidos seriam comparados com um perfil esperado para sua faixa etária da criança.

A proposta de Rovinski, na verdade, nos mostra que existem dois momentos distintos no processo de avaliação psicológica de crianças vítimas de abuso sexual. O primeiro tem como ponto central a confirmação da validade das declarações da criança (vítima), sendo de fundamental importância a utilização de um instrumento padronizado, baseado em critérios científicos e com estreita ligação com a realidade imediata de nossas crianças. Uma vez confirmada a validade das declarações da criança – o segundo momento seria dedicado à perícia psicológica para a constatação de possíveis danos psíquicos.

2.4.2 O Fenômeno da Resiliência

A prática clínica tem demonstrado que algumas crianças, apesar de terem sido vítimas de abuso sexual e conviverem em um ambiente familiar desfavorável, não

apresentam seqüelas psíquicas significativas, nem alterações do comportamento que permitam caracterizar a existência de um dano psíquico.

O impacto provocado pela experiência do abuso sexual está diretamente relacionado a fatores que são intrínsecos à criança, tais como: o grau de vulnerabilidade e a resiliência, e a fatores externos tais como a presença de situações de risco e uma rede de proteção (Habigzang & Caminha, 2004).

Werner (1992, citado por Munist, Santos, Kotliarenco, Ojeda, Infante & Grotberg, 1998) estudou um grupo de meninos do nascimento até os quarenta anos de idade, que viviam sob fatores de risco diversos e observou que, a despeito da situação desfavorável em que viviam, alguns tiveram êxito na vida, tanto pessoal como social. A estes meninos ela denominou inicialmente de *meninos invulneráveis*. Mais adiante, esta denominação suscitou erros de interpretações, sobretudo, quanto ao aspecto biológico, sendo o termo substituído por *capacidade de afrontar*.

Na década de oitenta o termo capacidade de afrontar foi substituído pelo adjetivo inglês *resilient*, originário do vocábulo *resilience* (resiliência), utilizado nas ciências físicas, em especial pela metalurgia e engenharia civil, para descrever a capacidade que alguns materiais têm de recobrar a forma original após terem sido submetidos a uma pressão deformadora (Munist et al., 1998). É muito comum, para a compreensão deste conceito, a utilização da metáfora do elástico que retorna ao mesmo estado após sofrer uma tensão.

De acordo com Houaiss (2001) o vocábulo resiliência na língua portuguesa tem os seguintes significados: a) propriedades que alguns corpos apresentam de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma deformação elástica; b) capacidade de se recobrar facilmente ou se adaptar à má sorte ou às mudanças.

A incorporação do termo resiliência nas ciências humanas serviu como marco inicial para o estudo dos mecanismos de proteção utilizados pelos seres humanos diante de situações contingenciais de risco. (Masten & Reed, 2002, citados por Vera, 2005).

São diversos os conceitos de resiliência em ciências humanas. Junqueira e Deslandes (2003) consideram que o conceito ainda está em fase de construção e debate, não havendo um consenso sobre o mesmo.

Rutter (1992, citado por Munist et al., 1998) apresenta uma definição para resiliência conjugando os fatores sociais com os pessoais e define:

A resiliência tem se caracterizado como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam ter uma vida saudável em um meio insano. Estes processos se realizam através do tempo, dando afortunadas combinações entre os atributos da criança e seu ambiente familiar, social e cultural. Assim, a resiliência não pode ser pensada como um atributo com que as crianças nascem ou que adquirem durante o desenvolvimento, mas sim que se trata de um processo que caracteriza um complexo sistema social, em um momento determinado do tempo. (p. 9)

Kotiarenco et al. (1997, citado por Junqueira & Deslandes, 2003) considera a resiliência como uma capacidade humana universal para enfrentar as adversidades da vida, sendo parte do processo evolutivo, pois o indivíduo além de superá-las também é transformado por elas.

Munist (1998) salienta que o termo resiliência foi adotado pelas ciências sociais para caracterizar aqueles sujeitos que, apesar de nascerem e viverem em

condições de alto risco, se desenvolvem saudáveis, do ponto de vista psicológico, e exitosos quanto ao aspecto social.

Slap (2001, citado por Junqueira & Deslandes, 2003) utiliza em sua definição de resiliência a interação de quatro elementos: os fatores individuais, o contexto ambiental, os acontecimentos ao longo da vida e os fatores de proteção.

Pinheiro (2004, citado por Vera, 2005) apresenta o conceito de resiliência com a capacidade do indivíduo, ou da família, de enfrentar as adversidades, sendo transformado por elas, mas com a possibilidade de superá-las.

Em quase todas as definições a resiliência é tida como uma constante dualidade entre a vulnerabilidade aos fatores de risco e a proteção que dispõe o sujeito.

Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004) descrevem em pormenores os elementos integrantes dos fatores de risco e de proteção utilizados no conceito de resiliência.

Os fatores de risco podem ser crônicos ou agudos e são representados por condições diversas, que sirvam de obstáculo individuais ou ambientais, tais como: a pobreza, a vivência de algum tipo de violência (ex.: abuso sexual), as rupturas dos laços familiares, as doenças físicas no próprio indivíduo ou na família, perdas afetivas entre outros.

Eckenrode e Gorre (1996, citados por Poletto, Wagner & Koller (2004) classificam os mecanismos de proteção em dois grandes grupos: pessoais e ambientais. Pesce et al. (2004) valorizam uma terceira dimensão, a família e apresentam três grandes divisões de fatores de proteção:

1. Fatores individuais: auto-estima positiva, auto-controle, autonomia, temperamento afetuoso;
2. Fatores familiares: coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio, suporte;

3. Fatores do meio ambiente: bom relacionamento interpessoal (amigos, professores ...), pessoas que sirvam de referência positiva.

Poletto, Wagner e Koller (2004) consideram que ainda são poucos os estudos com conclusões claras a respeito da resiliência e o desenvolvimento infantil. Mas, os estudos atuais apontam que as crianças que crescem em situações desfavoráveis não serão necessariamente infelizes.

Moraes e Rabinovich (1996, citados por Poletto et al., 2004) afirmam que o interesse pelas crianças resilientes se deve a um despertar pela prevenção primária provocado por pressões econômicas em função do aumento da demanda por serviços de saúde, sobretudo o de saúde mental, além do desejo de justiça social.

Cyrulnik (1999, citado por Junqueira & Deslandes, 2003) alerta que o desenvolvimento da resiliência não indica que a pessoa “superou” toda a vivência traumática.

Junqueira e Deslandes (2003) ressaltam que no ser humano, a resiliência não significa um retorno ao estado anterior, tal como um elástico, mas uma superação ou adaptação frente a uma situação de risco inerente à própria vida do sujeito. E que a prevenção primária ajudaria a aumentar a resistência das crianças em casos de agressão, tornando-as capacitadas para apresentar uma resposta adequada, mas que não promove a diminuição do risco – centralizando a atenção na criança e reforçando a idéia de culpabilização da vítima.

Assim, Junqueira e Deslandes (2003) defendem as seguintes posições (ou restrições) quanto ao conceito de resiliência:

- A resiliência não pode ser vista como uma panacéia para a saúde e ser aplicada a qualquer situação;

- A resiliência funciona como um fator protetivo, mas não necessariamente é uma experiência agradável;
- A resiliência tem que ser entendida como uma re-significação do problema, mas que isto não o elimina e constituirá parte da biografia do sujeito;
- A promoção da resiliência não substitui a ação do Estado em enfrentar as situações de risco à saúde ou degradação da qualidade de vida;
- Não haveria indivíduo resiliente, mas sim uma capacidade que o permite, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, lidar com a adversidade e não sucumbir a ela.
- A resiliência pode ser interpretada de modo a criar estigmas, ou seja, como uma capacidade desenvolvida somente pelos mais competentes, mais fortes.
- A prevenção primária, pelo viés da resiliência, deveria reforçar o diálogo e a tolerância intrafamiliar.

Pesce et al. (2004) mensurando a resiliência em uma amostra de 997 alunos da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, com idade entre 12 e 19 anos, com supremacia do sexo feminino e todos pertencentes a uma classe sócio-econômica desfavorecida, chegou à conclusão que não se pode afirmar que a vivência de um evento negativo ou mesmo várias experiências negativas contribui para o incremento da capacidade de lidar com a adversidade, ou seja, não há relação direta entre situação de risco e resiliência.

Por outro lado, os pesquisadores concluíram que há uma estreita relação entre os fatores de proteção e a resiliência, que atuam como facilitadores para o processo de percepção e enfrentamento da situação de risco.

Enfim, a resiliência é um fenômeno ainda novo, que preserva a integridade das crianças diante de situações adversas, permitindo a elas um re-significação do trauma

sofrido, mas que não pode ser encarada como uma superação espontânea – sob o risco de banalização do sofrimento infantil.

2.5 Exames em Medicina Legal na área do abuso sexual

O tema: “Dano psíquico em vítima de crime violento” ainda é algo recente em Medicina Legal, sobretudo no Brasil. Na maioria das literaturas nacionais o assunto ainda não é abordado. Em outras, o tema é direcionado para a perícia de dano psíquico proveniente de traumatismo físico externo.

As vítimas de crimes sexuais, são submetidas, de praxe, a dois exames médico-legais: o de conjunção carnal e o de atentado violento ao pudor. Havendo indícios de agressões físicas, elas também são examinadas quanto às lesões corporais.

2.5.1 O Exame de Conjunção Carnal

O exame de conjunção carnal é realizado para demonstrar a caracterização física dos crimes de sedução, estupro e posse sexual da mulher mediante fraude.

Para Almeida e Costa (1974, p. 319) conjunção carnal “é a cópula vagínica”. Para aqueles autores os bons elementos de prova deste tipo de crime se encontram nos órgãos genitais, porém, há sinais que são considerados duvidosos e outros certos, que podem induzir o perito a erros de diagnóstico – exigindo muita experiência profissional.

Alcântara (1982) considera que na conjunção carnal pode haver, ou não, a rotura himenal e alerta que não se pode confundir conjunção carnal com coito, eis

que este último é uma denominação genérica e pode constituir ato libidinoso (anal, oral, inter-femoral). França (1995, p. 144) define a conjunção carnal como o “intromissio penis além da barreira himenal”. Para Santos, Calhau, Krymchantowsky e Duque (2003) a conjunção carnal é a introdução do pênis na vagina, que pode ser total ou parcial, com ou sem ejaculação. Qualquer outro ato (introdução de dedos, de objetos, de pênis de borracha e outros), que não seja o de conjunção carnal – será considerado como atentado violento ao pudor.

Como sinais duvidosos têm-se a dor, a hemorragia, as lesões e a contaminação por doenças venéreas. Os sinais certos da conjunção carnal seriam a ruptura do hímen, a presença de esperma na vagina e a gravidez (Almeida & Costa, 1974). Santos et al. (2003) relaciona ainda a fosfatase ácida acima de 300 U.K. no canal vaginal e a presença do Antígeno Prostático específico.

A integridade do hímen não exclui a possibilidade de ter havido conjunção carnal (Almeida & Costa, 1974). Na maioria dos casos isto ocorre devido a sua complacência. Hímen complacente é aquele que, por sua elasticidade, comporta a cópula sem romper-se (Santos et al., 2003). França (1995) ressalta que em 1.570 casos estudados no período de nove anos encontrou um índice de 22 por cento de examinadas com o hímen complacente.

Este exame só é realizado em um Instituto Médico Legal e o perito (Médico-Legista) que o realiza responde a quesitos oficiais e padronizados que, em geral, são os seguintes:

Primeiro: Houve conjunção carnal?

Segundo: Qual a data provável desta conjunção?

Terceiro: Era virgem a paciente?

Quarto: Houve violência para essa prática?

Quinto: Qual o meio dessa violência

Sexto: Da violência resultou para a vítima incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto, ou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou aborto (resposta especificada)?

Sétimo: É a vítima alienada ou débil mental?

Oitavo: Houve qualquer outra causa que tivesse impossibilitado a vítima a resistir?

Se houver uma resposta afirmativa ao primeiro quesito do protocolo de exame, e, de acordo com o histórico do caso e levando-se em consideração o perfil da vítima, sobretudo a idade, o perpetrador será indiciado em um dos crimes listados anteriormente. Sendo a vítima criança e, por definição menor de 12 anos de idade (Brasil, 1990), o perpetrador, obrigatoriamente, será indiciado no crime de estupro, eis que o Código Penal Brasileiro, em seu artigo 224, pressupõe o uso de violência quando a vítima é menor de catorze anos de idade (entre outros) .

2.5.2 O Exame de Atentado Violento ao Pudor

O crime de “atentado violento ao pudor” encontra-se tipificado no Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940) no Capítulo 1, do Título VI, destinado aos crimes contra a liberdade sexual, tendo a seguinte redação:

Art. 214 – Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal:

Pena – Reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.

Ato libidinoso é qualquer prática através da qual o indivíduo procura satisfazer a sua libido (Almeida & Costa, 1974). Porém, de acordo com a própria definição do crime, é preciso que este ato não seja a cópula vaginal (diverso da conjunção carnal).

O exame para constatação de ato libidinoso também é realizado apenas em Instituto Médico Legal. França (1998) considera que a perícia nos casos de atentado violento ao pudor é imprescindível – mesmo com a confissão do acusado. Por isso ele estabelece um protocolo de rotina para o exame das vítimas, onde preceitua:

Exame clínico completo; exploração cuidadosa da estrutura genital ou retal; coleta de amostras de sangue, saliva, secreções ou fluidos do vestíbulo, fúrcula ou ânus; coleta de amostras de manchas encontradas pelo corpo; exame da roupa da vítima e da cama ou local dos fatos. (p. 189)

Posteriormente, preocupado com o aumento das estatísticas dos casos de abuso sexual contra crianças, França (2001) apresentou uma rotina diferenciada para este tipo de vítima:

No exame clínico, há certas manifestações da criança vítima de abuso sexual que devem ser levadas em conta: mudança brusca de comportamento com relação aos amigos, medo de determinadas pessoas ou lugares, recusa ao exame, resposta pronta e imediata negando ter sido tocada por adulto, uso de expressões ligadas ao ato sexual, insinuações sobre práticas sexuais ou determinados indivíduos, entre outros. (p. 208)

Observamos então que mesmo na prática da Medicina Legal, o aspecto comportamental, quando se tratam de crianças vítimas de abuso sexual, é extremamente valorizado, a ponto de se estabelecer um protocolo de exame distinto das demais vítimas.

Porém, na prática, o protocolo utilizado para esse exame pelos Institutos Médico-Legais nacionais possui quesitos padronizados, tanto para vítimas adultas como crianças. Há apenas uma pequena alteração no protocolo utilizado para o sexo feminino, que possui um quesito a mais. São eles:

Primeiro: Houve ato libidinoso?

Segundo: Há vestígio de violência e, no caso afirmativo, qual o meio empregado?

Terceiro: Da violência resultou para a vítima incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente?

Quarto: A vítima é alienada ou débil mental?

Quinto: Houve outra causa diversa de idade não maior de quatorze anos, alienação ou debilidade mental que a impossibilitasse de oferecer resistência?

Sexto: Resultou em aceleração de parto ou aborto? (quesito utilizado apenas para o sexo feminino)

O sujeito ativo e passivo desta modalidade de crime pode ser qualquer pessoa, admitindo-se como sujeito passivo também as crianças e os doentes mentais (Bitencourt, 2002).

Os legisladores brasileiros tecem constantes discussões a respeito dos atos que se enquadram ou não como atos libidinosos. Sobre este tema, Santos et al. (2003) menciona que alguns doutrinadores entendem que certos atos imorais não configuram este tipo de crime e cita: os toques, apalpadelas, empurrões intencionais entre outros.

2.5.3 O Exame de Lesão Corporal

O crime de Lesões Corporais encontra-se previsto na Parte Especial do Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940), precisamente no Capítulo II, do Título I (destinado aos Crimes contra a Pessoa), onde o *caput* do artigo tem a seguinte redação: Art. 129 – Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano.

Ao utilizar a expressão *integridade corporal*, em tese, o código limita o entendimento aos danos físicos (corporais) e isto se reflete na prática. Este exame também só é realizado em um Instituto Médico Legal e o perito (Médico-Legista) responde aos seguintes quesitos:

Primeiro: Há ofensa à integridade corporal ou à saúde?

Segundo: Qual o instrumento ou meio que a produziu?

Terceiro: Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo ou tortura, ou por meio insidioso ou cruel? (resposta especificada)

Quarto: Houve perigo de vida?

Quinto: Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de (30) dias?

Sexto: Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto? (resposta especificada)

Sétimo: Resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, deformidade permanente ou aborto? (resposta especificada)

Porém, o *caput* do artigo 129 menciona o termo “saúde” como algo que também pode ser ofendido, ou seja, lesado. A partir deste ponto, podemos entender que a saúde seria uma outra vertente do crime de lesão corporal.

Com este entendimento escreve Marques (2002, p. 198): “Conclui-se, portanto, que o crime de lesões corporais pode ser dividido, quanto ao objeto, em lesões contra a integridade corporal e de outrem e em ofensa à saúde de outrem.”

Carvalho (1978) no tocante a localização do dano, afirma que ele pode atingir qualquer das faces da personalidade, na estrutura somática, na fisiologia e também na atividade psíquica.

Assim, percebe-se que já no final da década de 70 os especialistas e doutrinadores brasileiros já admitiam a possibilidade de danos à personalidade da vítima –inclusive – a atividade psíquica.

Mezger (1957, citado por Costa, 1994, p. 5) a respeito da integridade corporal ou a saúde de outrem diz: “o organismo humano é um organismo corporal e psíquico. Daí que a provocação de uma enfermidade mental constituiria sempre, igualmente, um dano à saúde, independentemente de ela ocasionar ou pressupor uma enfermidade corporal”.

Para Bitencourt (2001) ofensa à saúde compreende as alterações nas funções fisiológicas do organismo ou na sua perturbação psíquica. Sendo que qualquer

alteração no normal funcionamento do psiquismo, ainda que passageira, configurará o crime de lesões corporais, sendo considerados os distúrbios de memória, de ordem intelectual ou volitiva.

Costa (2002) considera que existe lesão mesmo que não haja alteração anatômica, como é o caso de perturbações mentais provenientes de traumas psíquicos.

Marques (2002, p. 198) faz as seguintes observações: “Bom é acentuar e repetir que a ofensa à saúde de outrem compreende ainda a saúde mental, pelo que a alteração do psiquismo constitui também crime de lesões”.

Jesus (2004) considera que lesão corporal consiste em atingir a integridade corporal ou a saúde física ou mental de outrem. Para ele a modificação do organismo humano através de ferimentos, mutilações, equimoses etc, configuram as lesões físicas. Este mesmo dano pode atingir a saúde fisiológica ou psíquica da vítima.

O professor Alcântara Machado, já em 1935, tecia comentários contra a adoção do termo lesões corporais, questionando não ser este adequado e propondo a utilização do termo lesões pessoais (Almeida & Costa, 1974).

Prado (1972) prefere a utilização do termo lesões pessoais, pois considera que um susto, uma violenta emoção podem produzir na vítima, desde uma perturbação funcional até mesmo a morte.

Almeida e Costa (1974) argumentam que a violência, dolosa ou culposa, pode ser de diversa natureza: mecânica, física, química, biológica e até mesmo psíquica. Assim, alguns atos como: uma bofetada, um empurrão, uma cuspidada no rosto, podem não acarretar lesão corporal, mas podem ter séria repercussão no psiquismo da vítima.

A mesma postura tem Silva (1975) que afirma que uma pessoa pode sofrer lesões em seu corpo e em sua saúde, inclusive a mental, portanto, a denominação de lesões pessoais é mais exata.

França (1995) questiona a designação adotada pelo Código Penal considerando que melhor seria a de lesões pessoais, pois assim não se contemplaria apenas o dano no corpo. Ele entende que violência não é só a ação mecânica, mas qualquer meio causador de dano, tais como: físico, químico, físico-químico, bioquímico, biodinâmico, psíquico ou mistos.

Romero (2002) concorda com aqueles que defendem a expressão lesões pessoais e para isso se apega ao conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

Santos et al. (2003) escreve que lesões corporais não significam apenas as que estão sugeridas no nome, mas também se estendem às lesões causadas à saúde mental do ser humano.

Croce e Croce Júnior (2004) sobre o tema em discussão fazem o seguinte comentário:

Há quem prefira, por mais abrangível, a denominação de 'lesões pessoais', dado que envolve todas as faces da pessoa, compreendendo o dano ao corpo e/ou à saúde física ou mental, decorrente de agressões materiais ou morais. *Prima facie*, o raciocínio é verdadeiro, sabido é que a pessoa se integra pela reunião da parte corporal propriamente dita às partes fisiológica e psíquica. (p. 115)

Neto (2004) é um dos poucos que discorda da proposta de adoção do termo lesões pessoais por acreditar na perda da especificidade da expressão *ofender a*

integridade corporal ou a saúde de outrem. Para ele o nosso Código Penal é lacônico, portanto, o dano, ou prejuízo, tem que ser objetivo, mensurável, observável, ainda que fugaz, estático ou dinâmico. Mas, ele próprio, admite alterações na estrutura orgânica ou psíquica do indivíduo.

Observamos que o dano psicológico em Medicina Legal ainda está voltado para as repercussões no aspecto da anatomia e funcionalidade. Os quesitos que regem as perícias ligadas ao abuso sexual, em sua maioria não se aplicam às vítimas que são crianças – muitas vezes importando em prejuízo para uma futura ação penal.

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

3.1 O método de abordagem

Neste estudo para a abordagem do objeto de pesquisa utilizou-se o Método Hipotético-Dedutivo. Este método foi proposto por Popper e tem como ponto de partida a percepção de que existe uma insuficiência nos conhecimentos atuais para explicar um determinado fenômeno – surgindo assim um problema. Então são formuladas conjecturas ou hipóteses com o objetivo de deduzirem conseqüências que deverão ser testadas ou mesmo falseadas (Popper, 1975).

3.2 A Amostra

Para o estudo dos exames de corpo de delito ligados ao abuso sexual a amostra foi constituída de 3223 laudos de exame de atentado violento ao pudor e 3271 laudos de conjunção carnal realizados pela Seção de Perícia no Vivo do Instituto Médico Legal de Brasília entre os anos de 2002 e 2005.

Para o estudo dos exames psicológicos a amostra foi constituída de 108 (cento e oito) laudos psicológicos de crianças examinadas pela Seção de Psicopatologia Forense do Instituto Médico Legal de Brasília, entre os anos de 2002 e 2005, que apresentaram uma notícia-crime informando terem sido vítimas de abuso sexual e cujos exames de corpo de delito (atentado violento ao pudor e/ou conjunção carnal) não ofereceram elementos para uma conclusão positiva sobre a ocorrência do evento relatado.

3.3 A técnica de coleta dos dados

A técnica para o levantamento dos dados adotada para este estudo foi a da *pesquisa documental*. De acordo com Lakatos e Marconi (2005) a característica desta técnica é que ela está restrita a documentos – que são denominados *fonte primária*. Para aquelas autoras os documentos são as fontes mais fidedignas de dados.

A pesquisa documental pode ser realizada no momento em que ou fenômeno ocorre ou posteriormente ao mesmo. No presente estudo, os documentos pesquisados foram documentos oficiais, representados por laudos de exame de corpo de delito (atentado violento ao pudor e conjunção carnal) e laudos de exame psicológico. Todos estão arquivados em meio impresso e eletrônico, e se encontram disponíveis na rede intranet do Instituto Médico Legal “Leonídio Ribeiro” - Brasília-DF, pertencente ao Departamento de Polícia Técnica da Polícia Civil do Distrito Federal, cuja autorização para a pesquisa encontra-se no anexo.

3.4 A técnica para a análise dos dados:

3.4.1 Quanto aos exames médico-legais

Para os dados referentes aos exames médico-legais adotou-se exclusivamente o *método estatístico*, que permite fornecer uma descrição quantitativa da amostra estudada, obtendo-se generalizações sobre a natureza, a ocorrência ou significado do fenômeno. No presente estudo computou-se a frequência e a respectiva porcentagem

dos exames de atentado violento ao pudor e conjunção carnal realizados no período a que se propôs o estudo.

3.4.2 Quanto aos exames psicológicos

Quanto aos laudos de exame psicológico por serem o objeto principal do presente estudo e por se tratar de uma fonte primária, escrita, que se apresenta sob a forma de texto e mensagens, cujo conteúdo deseja-se sistematizar e descrever, optou-se pela utilização da técnica de análise de conteúdo.

3.5 A análise de conteúdo

De acordo com Bardin (1995, p. 38) “análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Para Freitas, Cunha & Moscarola (1996) a análise de conteúdo substitui a opinião do pesquisador por procedimentos padronizados, permitindo a decomposição do texto em função das idéias ou palavras que ele contém e que têm relação com o objetivo da pesquisa ou questão investigada.

Freitas e Janissek (2000) consideram a análise de conteúdo como uma técnica de pesquisa para tornar replicáveis e validar inferências de dados obtidos em um contexto e que envolve procedimentos especializados para o processamento de forma científica.

Para Lakatos e Marconi (2005) a análise de conteúdo é uma técnica que permite a descrição sistemática, objetiva e quantitativa do conteúdo da comunicação.

Bardin (1995) relata que são dois os objetivos da análise de conteúdo:

a) desvendar a mensagem da maneira válida e replicável por outros pesquisadores;

b) identificação de mecanismos não expressos tacitamente.

Assim, a análise de conteúdo pode ser tanto uma análise dos significados como também dos significantes. A análise de conteúdo é uma inferência de conhecimentos relativos à mensagem podendo recorrer a indicadores quantitativos ou não.

As inferências servem para responder a dois tipos de problemas:

a) os motivos de um determinado enunciado;

b) as conseqüências que este enunciado possam provocar no receptor.

Bardin (1995) faz uma distinção categórica entre a lingüística e a análise de conteúdo. A primeira teria com objeto a língua, enquanto a segunda preocupa-se com a palavra, ou seja, o aspecto individual da linguagem. O autor também deixa claro o papel da semântica e da análise de conteúdo. A semântica é o estudo do sentido das unidades lingüísticas, logo, seria a matéria-prima onde atua a análise de conteúdo.

Outro ponto de esclarecimento enfatizado pela autora é o campo de atuação da análise de conteúdo e da análise documental. Esta última tem por finalidade facilitar um estado ulterior de um documento quando em uma situação de consulta e armazenagem, condensando um documento bruto em um mais elaborado, principalmente com uma classificação-indexação.

A análise de conteúdo utiliza os mesmos componentes do esquema básico de comunicação, ou seja, ela trabalha com a mensagem, o canal, o emissor e o receptor.

Bardin (1995) afirma que a análise de conteúdo pode ser utilizada na prática profissional de psicólogos e sociólogos para fins de estudo da motivação, entrevistas clínicas, diagnósticos, aconselhamentos, psicoterapias e pesquisas.

A autora considera que a análise de conteúdo possui três grandes fases cronológicas, quais sejam:

a) a pré-análise: é a fase de organização das idéias e elaboração de um esquema preciso das operações que viram a seguir;

b) a exploração do material: momento em que se desencadeiam as operações de codificação e enumeração dos dados em função de regras previamente formuladas;

c) tratamento dos resultados e interpretação: desenvolvimento de operações estatísticas diversas de modo que resultados tornem-se significativos e válidos.

A codificação significa transformar, segundo regras precisas, os dados brutos do texto, permitindo ao analista esclarecer a respeito de suas características subjetivas principais.

A categorização é um processo estruturalista e diz respeito a operação de classificação dos elementos constitutivos de um determinado conjunto, segundo critérios tais como: analogia, gênero, semântico, sintático, léxico expressivo entre outros. É composta por duas etapas:

a) o inventário: consiste no isolamento dos elementos;

b) a classificação: a repartição dos elementos dando-lhes organização.

Bardin (1995) considera que um bom processo de categorização possui as seguintes qualidades:

- Exclusão mútua: cada elemento não pode existir em mais de uma divisão;

- Homogeneidade: um único princípio de classificação deve governar a sua organização;
- Pertinência: o sistema de categorias deve refletir as intenções da pesquisa;
- Objetividade/Fidelidade: definição clara das variáveis e precisão dos índices de entrada;
- Produtividade: produção de índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos.

Para o melhor desempenho da análise de conteúdo Bardin (1995) admite um tratamento informático através de programas específicos e mesmo um simples editor de texto. Para tanto cita programas como:

- General Inquirer,
- Interpersonal Identification Dictionary (IID),
- Therapist Tactics Dictionary e
- PSYCHODIC (Psychological Content Dictionary).

Bardin (1995) cita alguns tipos de análise elaboradas por pesquisadores atuantes, entre elas, a Análise de Asserção Avaliativa de Osgood (*Evaluative Assertion Analysis – E.A.A.*).

Quanto às técnicas utilizadas para a análise de conteúdo Bardin (1995) cita que a *análise categorial* é a mais antiga e, na prática, a mais usada. Trata-se de um método taxonômico que consiste em classificar os diferentes segmentos de conteúdos em grupos de acordo com o que possuem de comum – de modo que esclareçam a mensagem que não foi voluntariamente codificada pelo emissor.

A *análise de avaliação* utiliza conhecimentos da Psicologia Social e trabalha com o conceito de *atitude*, tanto a nível verbal como de atos (comportamental). O

objetivo desta técnica é identificar a atitude (tomada de posição, muitas vezes inconsciente) em meio as expressões verbais do emissor.

A *análise da enunciação* enfoca a comunicação como processo e não como dado, tendo a vantagem de ser mais acessível a profissionais não especializados. Os adeptos desta técnica consideram o discurso como algo não acabado e revelador das motivações, desejos, anseios do sujeito, usando como via o código lingüístico.

Com a denominação de *análise da expressão* a autora informa que existem várias técnicas utilizadas pela análise de conteúdo. Estas técnicas não usam indicadores de ordem semântica, mas sim de ordem formal. A preocupação com o quantitativo (frequência) das palavras e a construção de fórmulas matemáticas permitem a criação de indicadores numéricos objetivos.

Pela técnica da *análise das relações* Bardin (1995) mostra que a análise de conteúdo adquire uma evolução, sobretudo com o amparo da Psicanálise, Lingüística e Sociologia. Assim, deixa-se de verificar apenas frequências da aparição de elementos textuais e dá-se atenção às relações que os elementos do texto têm entre si – atingindo a princípios de organização e a todas as relações que estruturam os elementos – que sejam signos ou significações.

3.6 A análise de conteúdo dos laudos psicológicos

A análise de conteúdo realizada neste trabalho utilizou a técnica conhecida como *análise categorial*, que consistiu na repartição do texto estudado em elementos que, por sua vez, foram reagrupados em categorias.

Aos elementos extraídos do texto chamou-se *indicadores patológicos* e o método utilizado para a coleta foi o de separação por “*caixa*”, ou seja, os elementos

foram repartidos à medida que foram encontrados na leitura do *corpus* (Bardin, 1995).

O sistema de categorias foi previamente adotado e denominado de *categorias sintomáticas*. Para o estabelecimento destas categorias utilizou-se os pressupostos estabelecidos por Sanderson (2005) que considerou que os efeitos do abuso sexual da criança podem ser agrupados em seis categorias, a saber: emocionais, interpessoais, comportamentais, cognitivos, físicos e sexuais.

O *corpus* para análise foi constituído com os 108 laudos psicológicos selecionados conforme os critérios mencionados anteriormente.

Primeiramente foi realizada a *leitura flutuante* dos documentos que integram o *corpus*. Observou-se que os laudos pesquisados, por se tratarem de documentos emitidos por órgão oficial, possuíam uma estrutura padrão, sendo compostos pelas seguintes partes:

a) identificação do periciado: fornece informações, que serão utilizadas parcialmente devido a princípios éticos, tais como idade e sexo;

b) síntese da entrevista com o responsável legal: informações a respeito das condições em que ocorreu a revelação do abuso, as motivações do representante, o registro da ocorrência policial, etc;

c) versão (relato) sobre o fato que motivou o exame (abuso sexual): registra as condições que ocorreu o abuso, os meios empregados, o local, a frequência, a duração, informações a respeito do abusador entre outros;

d) história de vida: registra as condições de nascimento, desenvolvimento psicomotor, estrutura familiar, doenças pré-existentes, processo de escolarização e socialização e outras informações necessárias;

e) exame psíquico: fornece a descrição das funções psíquicas tais como: a linguagem, a memória, a atenção, a emoção, o pensamento, a psicomotricidade entre outros;

f) descrição comportamental da criança: registra a descrição do comportamento atual e os possíveis distúrbios que sobrevieram ao evento alegado;

g) resultados obtidos em testes psicológicos: permite a obtenção de caracteres psicológicos encontrados por meio dos instrumentos psicológicos, além da mensuração do nível intelectual da criança periciada;

h) conclusão diagnóstica: registra o diagnóstico clínico firmado a respeito do caso.

Na seqüência, formulou-se o objetivo da pesquisa, a saber: identificar a existência de sinais e/ou sintomas que configurem um quadro de dano psíquico em crianças com suspeita de que terem sido vítimas de abuso sexual a partir da análise dos conteúdos dos respectivos laudos psicológicos.

Para nortear o trabalho foram estabelecidas as seguintes hipóteses de pesquisa:

Hipótese 1:

Os danos psíquicos causados pelo abuso sexual na criança são passíveis de serem detectados em exame psicológico.

Hipótese 2:

Os vestígios de conjunção carnal e/ou ato libidinoso não são suficientes para a constatação do abuso sexual, podendo o trauma psíquico ser com eles utilizado como parâmetro acessório.

Após o estabelecimento das hipóteses, realizou-se o processo de *referenciação* dos índices. Adotou-se como índice a menção explícita de palavras que expressam estados psicológicos ou descrição de algum tipo de distúrbio comportamental, considerados pela literatura como frequentes em crianças vítimas de abuso sexual, computando-se a frequência de aparição.

Procedeu-se a repartição dos *indicadores patológicos* em *categorias sintomáticas* de acordo com os critérios especificados anteriormente, conforme estão elencados a seguir:

Categoria 1 - Efeitos Emocionais: conjunto de sinais e sintomas referentes às emoções comumente manifestadas pelas crianças vítimas de abuso sexual.

- Sentimento de vergonha, humilhação, repulsa, ódio e desrespeito por si mesma;
- Sentimento de culpa, constrangimento;
- Medo;
- Ansiedade;
- Confusão;
- Falta de poder, impotência;
- Dúvidas sobre si mesma, falta de confiança e de iniciativa;
- Inferioridade, sensação de falta de valor, inadequação;
- Raiva, hostilidade;
- “Congelamento”.

Categoria 2 – Efeitos Interpessoais: conjunto dos comportamentos que demonstram como as crianças, vítimas de abuso sexual, se relacionam com seus pares e a qualidade desses relacionamentos.

- Medo da intimidade (evita proximidade, abraços, afagos, carícias com outros)
- Erotização da proximidade (ódio, hostilidade);
- Falta de confiança em si mesma e nos outros (cauteosa);
- Necessidade de se esconder, ocultar-se (timidez);
- Solidão, alienação (isolamento);
- Redução das habilidades de comunicação;
- Falta de espontaneidade e de iniciativa (inibição);
- Confusão de papéis, criança/ pseudo-adulto;
- Supersensibilidade às necessidades e atitudes dos outros (superdócil);
- Auto-suficiência;
- Hostilidade e agressividade com os outros.

Categoria 3 - Efeitos Comportamentais: conjunto de mudanças comportamentais (atividades recreativas, comunicação, linguagem, hábitos alimentares, sono e outros) provocadas nas crianças em virtude do abuso sexual.

- Brincadeira sexualizada;
- Temas sexuais em desenhos, histórias e jogos;
- Comportamento regressivo (xixi na cama, chupar o dedo, ...)
- Distúrbio de conduta (ataques histéricos, pôr fogo em objetos, ...)
- Mudanças nos padrões de sono e alimentação;
- Comportamentos perigosos, como fugir ou lutar e vulnerabilidade a acidentes;
- Comportamento autodestrutivo, tentativas de suicídio.
- Promiscuidade;

Categoria 4 - Efeitos cognitivos: conjunto dos transtornos cognitivos, ocasionados pelo abuso sexual da criança, envolvendo processos de percepção, atenção, concentração, memória, compreensão entre outros.

- Baixa concentração e atenção;
- Dissociação;
- Transtornos de memória;
- Negação da realidade;
- Refúgio na fantasia;
- Sub ou superaproveitamento na escola;
- Hipervigilância;
- Distorções cognitivas (percepção distorcida da realidade).

Categoria 5 – Efeitos Físicos: conjunto dos sinais e sintomas físicos provocados pelo abuso sexual na criança.

- Hematomas e sangramento;
- Traumas físicos nas regiões oral, genital e retal;
- Traumas físicos nos seios, nádegas, coxas e baixo ventre;
- Danos visíveis em razão da inserção de objetos estranhos nos orifícios genital, retal e uretral;
- Coceira, inflamação e infecção nas áreas oral, genital e retal;
- Presença de sêmen;
- Odores estranhos na área vaginal;
- Doenças sexualmente transmissíveis;

- Gravidez;
- Desconforto em relação ao corpo;
- Distúrbios do sono: pesadelos, sonambulismo.

Categoria 6 - Efeitos na conduta sexual: conjunto de comportamentos sexuais, provocados pelo abuso sexual da criança e considerados incomuns.

- Comportamentos sexuais inadequados e persistentes com adultos, crianças ou brinquedos;
- Temas sexuais nos trabalhos artísticos, em histórias ou em jogos;
- Compreensão claramente sofisticada do comportamento sexual;
- Masturbação compulsiva;
- Exibicionismo;
- Medo do sexo;
- Promiscuidade;
- Prostituição;
- Problemas menstruais;
- Gravidez

Para a exploração do texto, estabeleceu-se previamente como *unidade de registro* aquelas palavras (palavras-tema) que expressam estados psicológicos ou algum tipo de descrição comportamental. Como *unidade de contexto* foi utilizada a frase onde estava inserida a palavra. Para a regra de enumeração adotou-se como critério a frequência de aparição.

Em seguida, procedeu-se a exploração do material. Deu-se início ao *inventário* dos indicadores, ou seja, a identificação e isolamento da *unidade de contexto*. Usou-

se o procedimento de repartição por *caixa*, ou seja, os indicadores foram separados à medida que eram encontrados no processo de leitura dos documentos integrantes do *corpus*.

Após a identificação e isolamento da *unidade de contexto*, os indicadores sofreram um processo de *classificação*, baseada nos critérios de analogia e semelhança de significado entre si, e, *categorização* de acordo com o proposto por Sanderson (2005) e já descrito anteriormente.

Os dados foram armazenados em um Banco de Dados Microsoft Access 2002 e, em seguida, processados em uma planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 2002.

4 RESULTADOS

4.1 Dados obtidos quanto aos exames médico-legais ligados ao abuso sexual

Tabela 2 - Exames de conjunção carnal mulheres e meninas – Período 2002 a 2005

Vítimas	Quantidade de exames
Mulheres	2045
Meninas	1226

Nota. Fonte: IML/DPT/PCDF. (n = 3271)

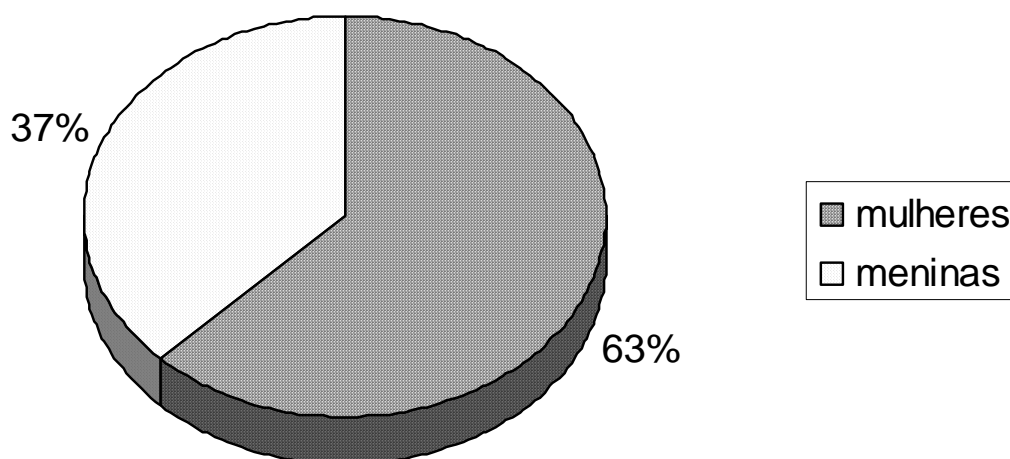


Figura 1 – Distribuição percentual dos exames de conjunção carnal realizados em mulheres e meninas. Período de 2002 a 2005. Fonte: IML/DPT/PCDF. (n = 3271)

Tabela 3 – Resultados dos exames de conjunção carnal em meninas – 2002 a 2005

Resultados	Quantidade de exames
Virgem	916
Sem elementos	240
Positivo	53
Prejudicado	13
Gravidez	4

Nota. Fonte: IML/DPT/PCDF (n = 1226)

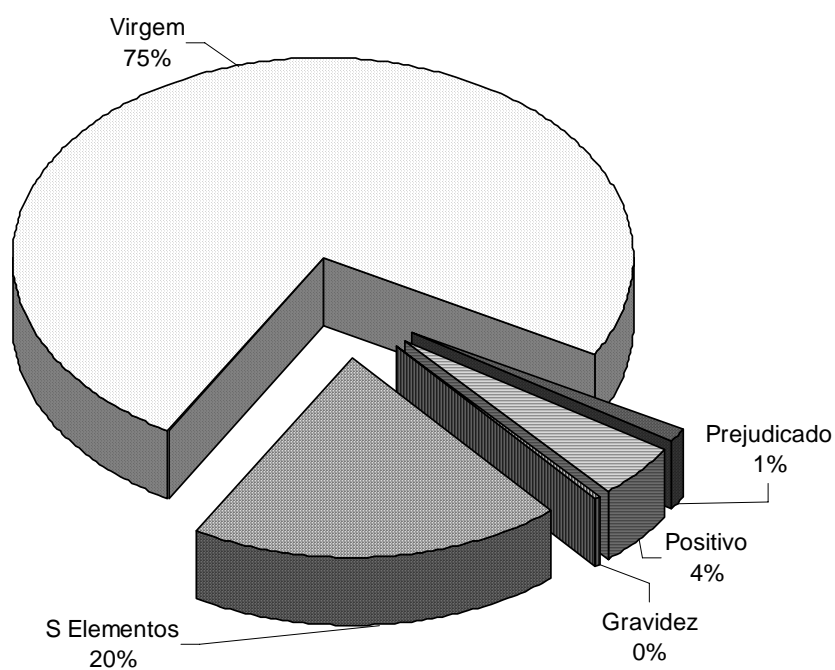


Figura 2 – Distribuição percentual dos resultados dos exames de conjunção carnal em meninas Período 2002 a 2005 (n = 1226). Fonte: IML/DPT/PCDF

A maioria dos laudos de exames de conjunção carnal (75%) realizados pelo Instituto Médico Legal de Brasília em meninas vítimas de abuso sexual concluiu que as mesmas eram virgens. Em 20% dos casos os peritos não obtiveram elementos, ou vestígios, para emitir uma conclusão. Em apenas 4% das crianças examinadas os exames foram positivos, ou seja, concluíram que houve conjunção carnal. Em 1% por cento dos casos, os exames tornaram-se prejudicados, a maioria por recusa da criança em ser examinada. Os casos em que houve gravidez são raros, percentualmente não são expressivos – em números absolutos foram registrados três casos.

Tabela 4 – Exames de atentado violento ao pudor – Período 2002 a 2005

Vítimas	Quantidade de exames
Mulheres	1574
Meninas	1145
Meninos	385
Homens	119

Nota. Fonte: IML/DPT/PCDF (n = 3223)

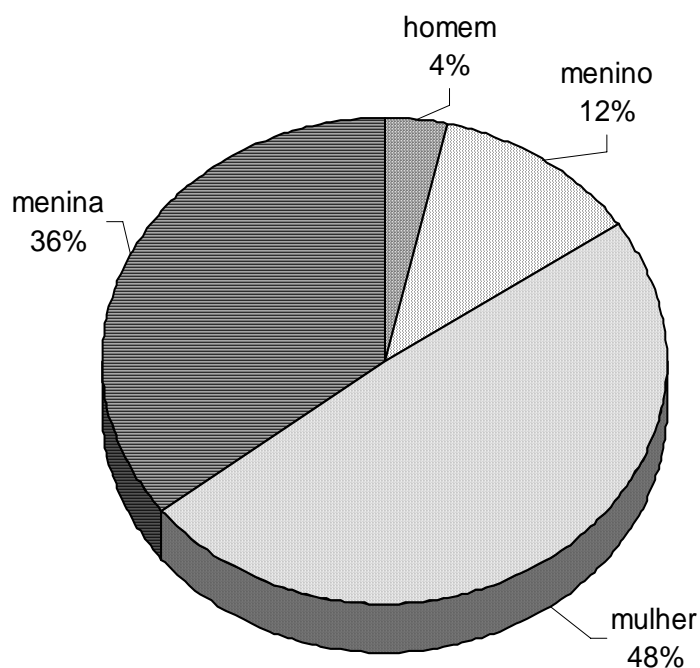


Figura 3 – Distribuição percentual dos exames de atentado violento ao pudor (n = 3223). Período 2002 a 2005. Fonte: IML/DPT/PCDF

No período estudado a mulher é, indiscutivelmente, a vítima preferencial (48%, n = 3223). O segundo maior grupo de vítimas é o das meninas (n = 36%). O grupo dos meninos (n = 12%, n = 3223) apresenta-se em terceiro lugar sendo, percentualmente, três vezes maior que o grupo dos homens (n = 4%, n = 3223), o último colocado.

Tabela 5 – Resultados dos exames de atentado violento ao pudor em meninos e meninas - Período 2002 a 2005

Resultados	Quantidade de exames
Sem elementos	1384
Positivo	134
Prejudicado (recusa)	12

Nota. Fonte: IML/DPT/PCDF (n = 1530)

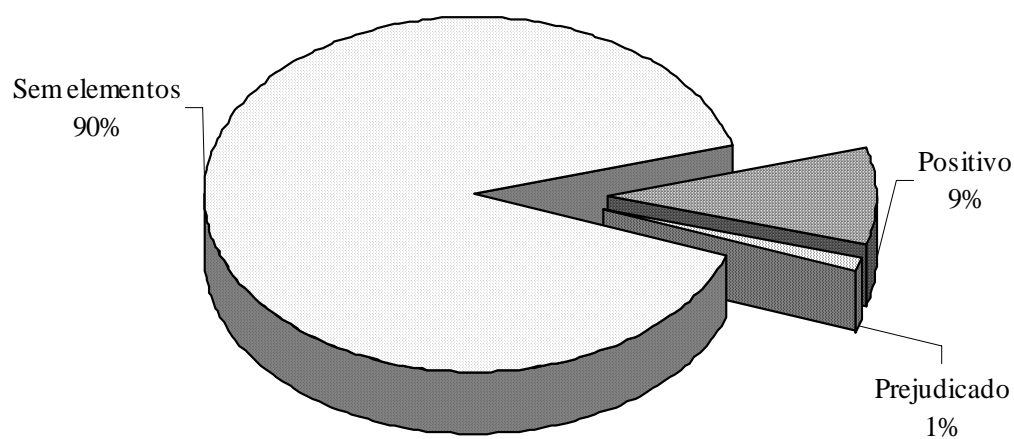


Figura 4 - Distribuição percentual dos resultados dos exames de atentado violento ao pudor em meninos e meninas (n = 1530). Período 2002 a 2005.

Fonte: IML/DPT/Polícia Civil do Distrito Federal

Observa-se que um número muito reduzido de laudos (9% , n = 1530) concluiu por um resultado positivo, ou seja, confirma a existência da violência sexual. Na maioria dos casos (90% , n = 1530) os médicos-legistas não encontraram elementos que permitissem uma conclusão segura quanto a ocorrência do fato. Um pequeno número de exames (1%, n = 1530) foi prejudicado, principalmente por recusa das vítimas em serem examinadas.

4.2 Dados obtidos quanto aos exames psicológicos

4.2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

A análise do *corpus* permitiu o estabelecimento do perfil demográfico das crianças representadas pelos 108 laudos psicológicos que constituem a amostra deste estudo. Sessenta e nove por cento da amostra era do gênero feminino (n = 75) e 30% do gênero masculino (n = 33). Isto implica numa proporção de 2.3 meninas para cada menino.

A idade dos integrantes da amostra variou de 2 a 12 anos incompletos. A média apurada foi de 7 (sete) anos e 5 (cinco) meses. Entre as meninas a média foi de 7 (sete) anos e 7 (sete) meses de idade e, entre os meninos, a média foi de 6 (seis) anos e 7 (sete) meses de idade.

A faixa entre 7 (sete) e 8 (oito) anos de idade concentrou 30.6% das ocorrências de abuso sexual. A faixa entre 1 (um) e 2 (dois) anos de idade, juntamente com a faixa de 12 (doze) anos, foram as de menor índices de ocorrências, e, juntas, perfazem apenas 5.5% dos casos encontrados.

Tabela 6 – Dados demográficos dos integrantes da amostra

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Gênero		
Feminino	75	69.4
Masculino	33	30.6
Idade (em anos)		
1	0	0.0
2	1	0.9
3	6	5.6
4	10	9.3
5	11	10.2
6	10	9.3
7	18	16.7
8	15	13.9
9	9	8.3
10	10	9.3
11	13	12.0
12	5	4.6
Tipo de Abuso		
Intrafamiliar	72	66.7
Extrafamiliar	30	27.8
Não identificado	6	5.6

Nota. N =108

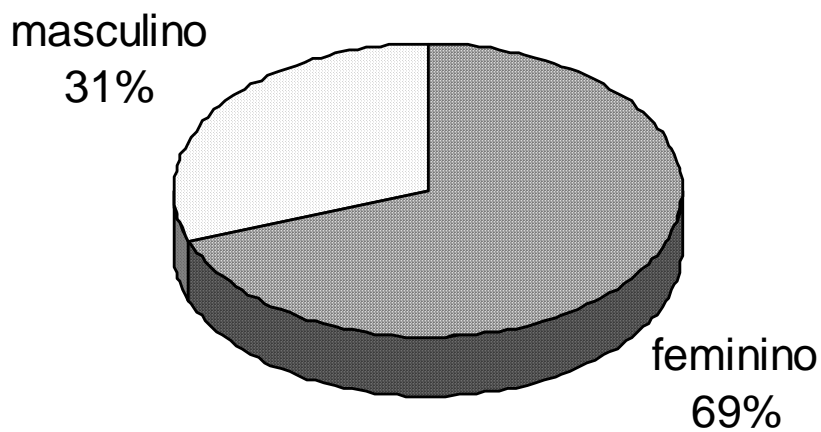


Figura 5 – Distribuição percentual da amostra por gênero

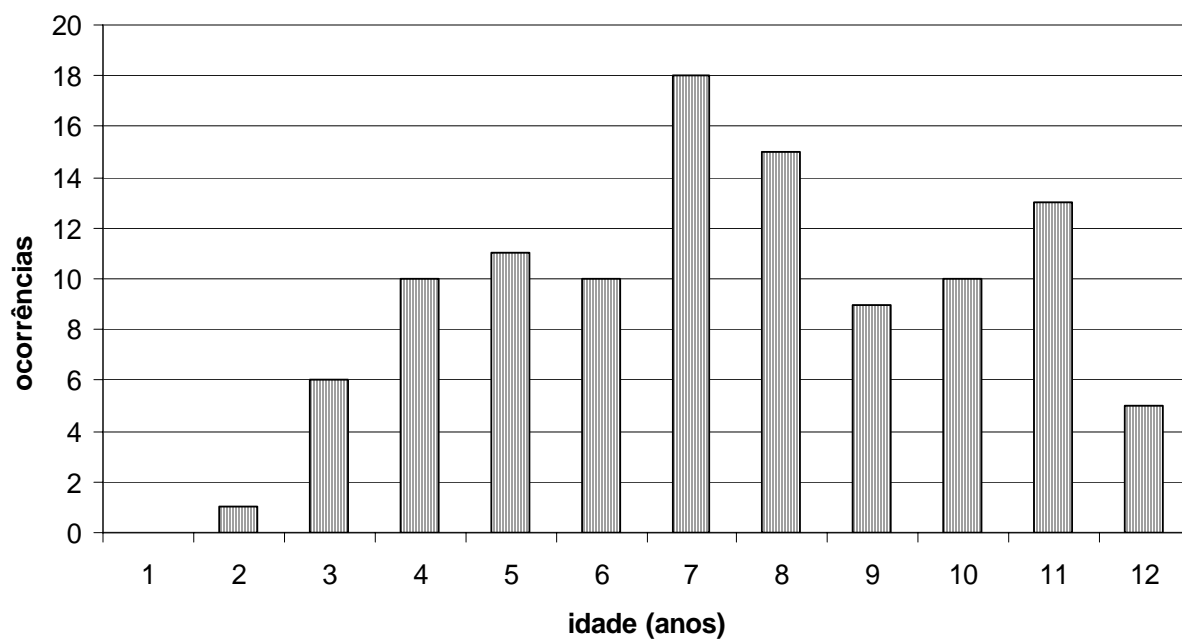


Figura 6 – Distribuição da frequência de idade entre os integrantes da amostra

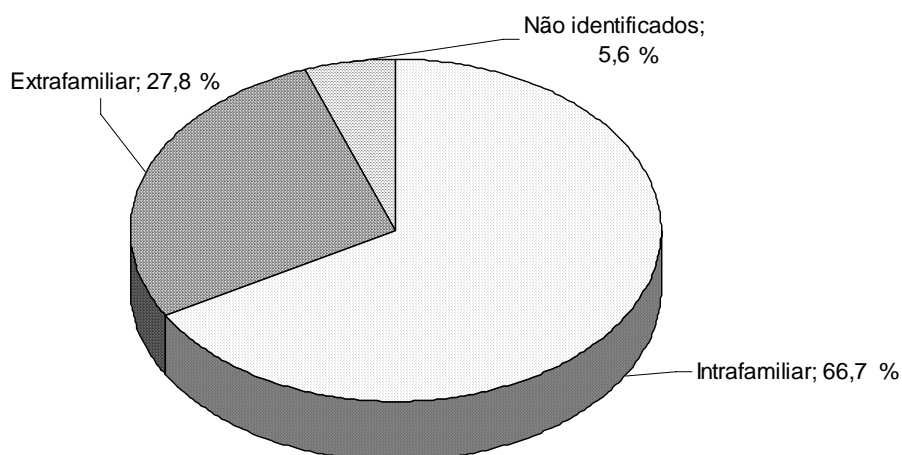


Figura 7 – Distribuição percentual quanto ao tipo de abuso

4.2 Dados estatísticos obtidos

Tabela 7 – Distribuição dos indicadores patológicos nas categorias sintomáticas

	Frequência	Porcentagem
A. Ausência de indicadores nas seis categorias	21	19.4
B. Presença de indicadores em uma categoria	13	12.0
C. Presença de indicadores em duas categorias	16	14.8
D. Presença de indicadores em três categorias	31	28.7
E. Presença de indicadores em quatro categorias	10	9.3
F. Presença de indicadores em cinco categorias	15	13.9
G. Presença de indicadores em seis categorias	2	1.9

N = 108

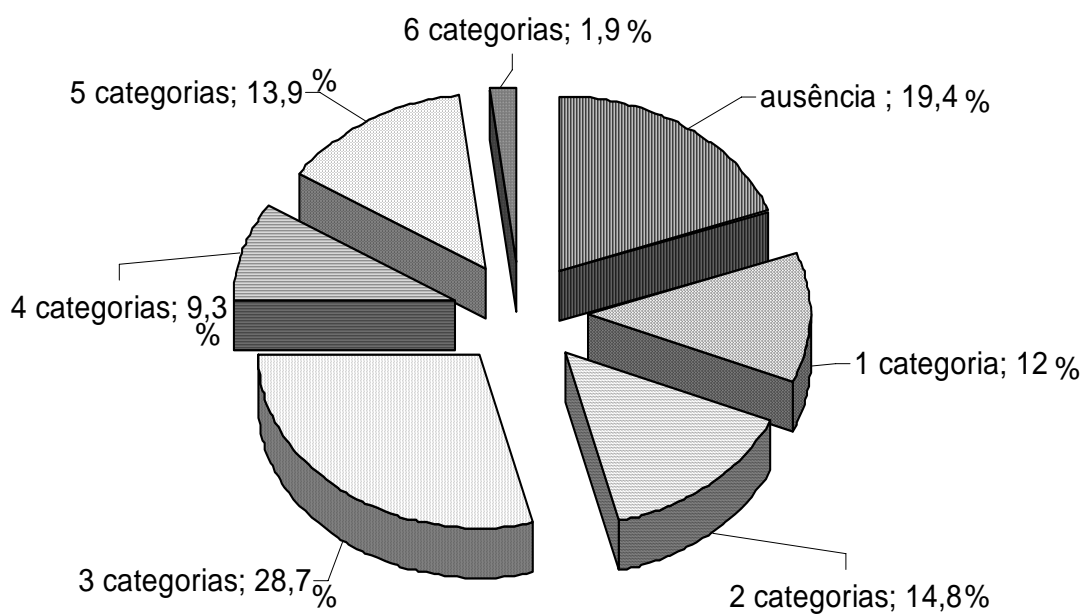


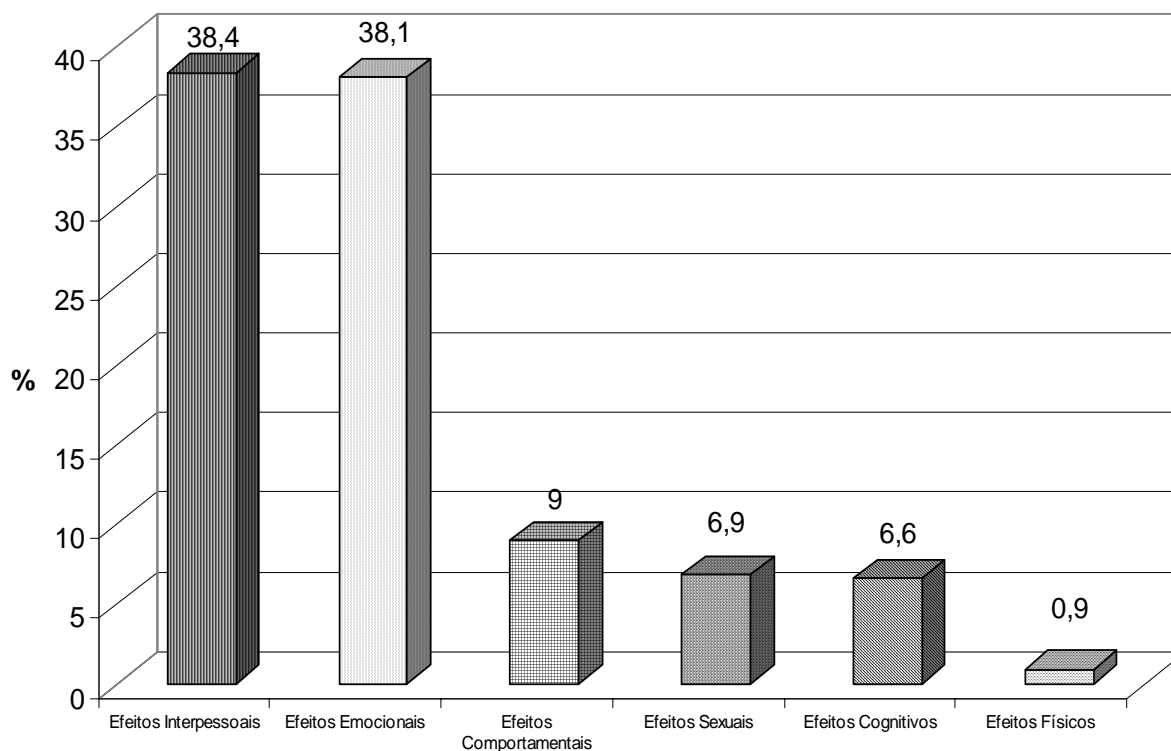
Figura 8 – Percentual de indicadores patológicos por categorias sintomáticas

Com relação a distribuição dos indicadores patológicos, apenas 19% (n = 108) dos casos não houve a presença de nenhum deles. Mais da metade está concentrada entre uma e três categorias sintomáticas. Porém, O número de casos contendo indicadores nas seis categorias sintomáticas é baixo (1.9%, n = 108).

Tabela 8 – Quantidade de indicadores encontrados por categoria sintomática.

Categorias Sintomáticas	Indicadores	
	Frequência	Porcentagem
Categoria Efeitos Interpessoais	128	38.4
Categoria Efeito Emocionais	127	38.1
Categoria Efeitos Comportamentais	30	9.0
Categoria Efeitos Sexuais	23	6.9
Categoria Efeitos Cognitivos	22	6.6
Categoria Efeitos Físicos	03	0.9

Nota. N = 333

**Figura 9** – Distribuição percentual dos indicadores patológicos por categoria sintomática

As categorias sintomáticas referentes aos efeitos interpessoais e emocionais concentraram a mesma quantidade de indicadores patológicos, com uma diferença de apenas 0,3%, tendo a primeira 38.4% e a segunda 38.1% (n = 333). A categoria referente aos efeitos comportamentais ficou em terceiro lugar em quantidade de indicadores 9% (n = 333). Em seguida ficou a categoria de efeitos sexuais 6.9% (n = 333), efeitos cognitivos 6.6% (n = 333) e a categoria dos efeitos físicos foi a que obteve o menor índice de indicadores patológicos (0,9%, n = 333).

Tabela 9 – Indicadores patológicos de efeitos interpessoais

Indicadores	Frequência	Porcentagem
Dificuldade de relacionamento interpessoal	37	28.9
Agressividade	13	10.2
Timidez excessiva	12	9.4
Reação defensiva	12	9.4
Evitação da pessoa do agressor	10	7.8
Inquietação (irritabilidade)	10	7.8
Introversão	7	5.5
Discurso em voz baixa/dificuldade em verbalizar	5	3.9
Desconfiança	4	3.1
Presença de mecanismos de defesa	4	3.1
Rejeição à figura paterna	4	3.1
Evitação de pessoa não agressora	3	2.3
Sobressaltos	3	2.3
Comportamento de rebeldia	2	1.6
Isolamento	2	1.6

Nota. N = 128

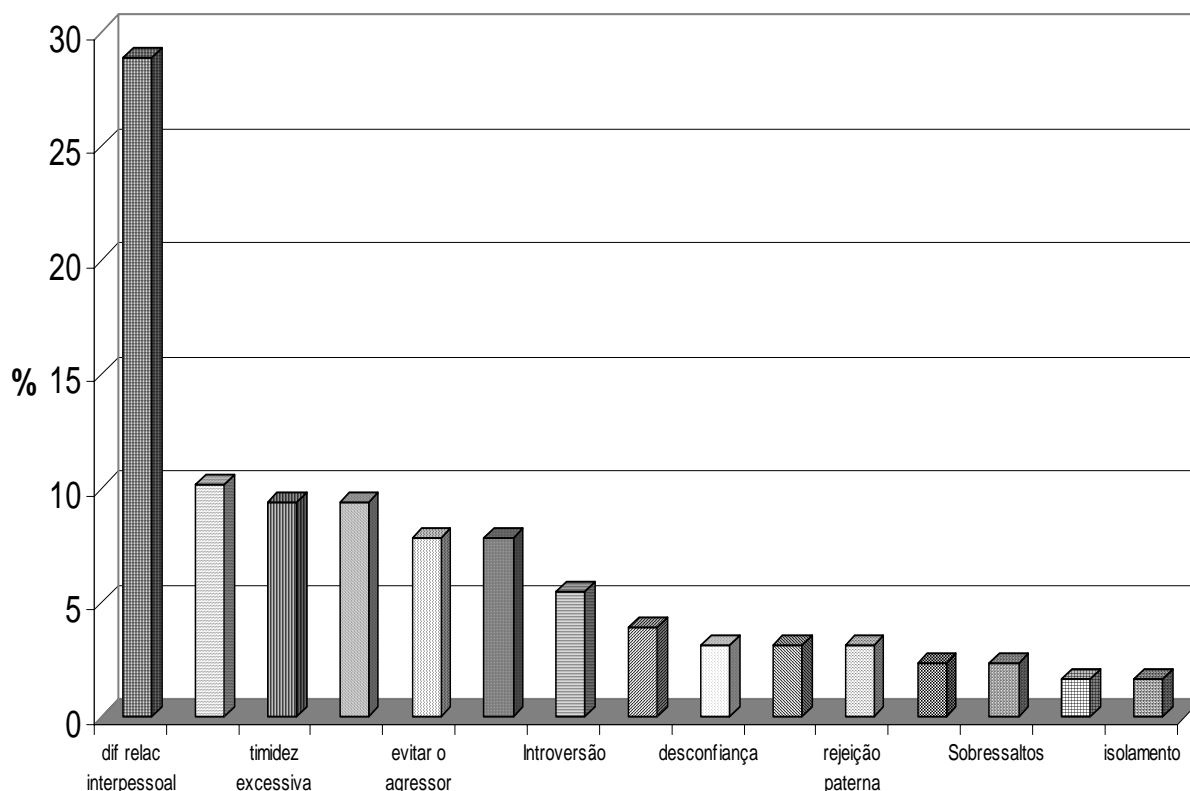


Figura 10 – Distribuição percentual dos indicadores patológicos de efeitos interpessoais

Os dados demonstram que a dificuldade de relacionamento interpessoal é o principal indicador patológico pertencente à categoria dos efeitos interpessoais (28.9%, $n = 128$). A agressividade aparece em segundo lugar (10.2%, $n = 128$). A timidez excessiva e a reação defensiva apresentam um igual índice de indicadores, ocupando a terceira posição dentro da categoria (9.4%, $n = 128$). Em quarto lugar na categoria, com mesma porcentagem, estão os indicadores referentes a evitação do agressor e inquietação (7.8% $n = 128$). A introversão aparece na quinta posição (5.5%, $n = 128$). Em menores proporções surgem os indicadores referente a a voz baixa (3.9, $n = 128$); desconfiança, mecanismos de defesa, rejeição à figura paterna (3.1%, $n = 128$), evitação de pessoa (não agressora) e sobressaltos (2.3%, $n = 128$) e os indicadores de rebeldia e tendência ao isolamento com 1.6% ($n = 128$).

Tabela 10 – Indicadores patológicos de efeitos emocionais

Indicadores	Frequência	Porcentagem
Ansiedade	21	16.5
Bloqueio emocional diante do tema	18	14.2
Sentimento de insegurança	15	11.8
Embotamento afetivo	10	7.9
Labilidade afetiva (choro)	8	6.3
Vergonha excessiva	8	6.3
Sentimento de culpa	7	5.5
Medo	5	3.9
Sentimento de abandono (solidão)	5	3.9
Sentimento de inferioridade	5	3.9
Tristeza	5	3.9
Baixa Autoestima	4	3.1
Humor deprimido	3	2.4
Sofrimento psicológico ao falar sobre o tema	3	2.4
Humor instável	2	1.6
Raiva	2	1.6
Desvalorização da auto-imagem	2	1.6
Angústia	1	0.8
Sentimento de impotência	1	0.8
Sentimento de perda	1	0.8

Nota. N = 127

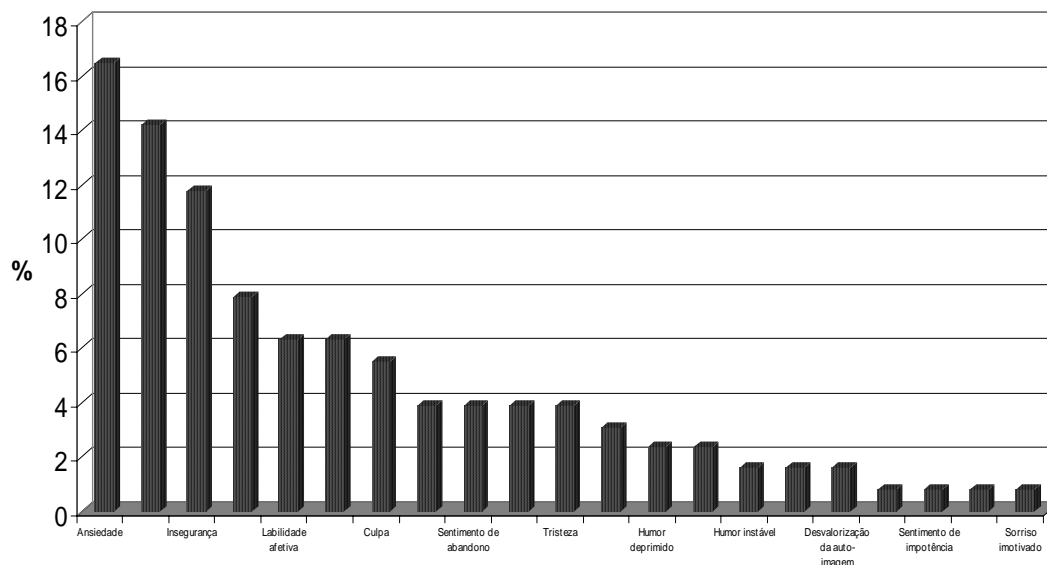


Figura 11 – Distribuição percentual dos indicadores patológicos de efeitos emocionais

A ansiedade foi registrada como o principal indicador patológico (25.9%, $n = 127$) dentro da categoria dos efeitos emocionais. Em segundo lugar aparece o indicador de bloqueio emocional (22.2%, $n = 127$) seguido, em terceiro lugar pelo indicador patológico referente ao sentimento de insegurança (11.8%, $n = 127$). O embotamento afetivo apresentou-se em quarto lugar (7.9%, $n = 127$). Com igual porcentagem, ocupando o quinto lugar, aparecem a labilidade afetiva e a vergonha excessiva (6.3%, $n = 127$). O indicador patológico referente ao sentimento de culpa mostrou-se em sexto lugar (5.5%, $n = 127$). Há também a presença de indicadores patológicos de medo, sentimento de abandono, de inferioridade e tristeza com índices iguais (3.9%, $n = 127$), baixa autoestima (3.1%, $n = 127$), humor deprimido e sofrimento psicológico ao falar sobre o tema, ambos com 2.4% ($n = 127$), humor instável, raiva e desvalorização da auto-imagem cada um com 1.6% ($n = 127$) e os indicadores patológicos referentes a angústia, sentimento de impotência e sentimento de perda cada um com 0.8% ($n = 127$).

Tabela 11 – Indicadores patológicos de efeitos comportamentais

Indicadores	Freqüência	Porcentagem
Dificuldade para dormir	11	36.7
Comportamento regressivos (diversos)	6	20.0
Desinteresse pelo lazer ou brincar	2	6.7
Impulsividade	2	6.7
Onicofagia	1	3.3
Brincar só com criança do sexo oposto	1	3.3
Vestir roupa em desacordo com a idade	1	3.3
Furto	1	3.3
Hiperatividade	1	3.3
Recusa em cooperar com exame	1	3.3
Sonolência	1	3.3
Perda de apetite	1	3.3
Evasão da escola	1	3.3

Nota. N = 30

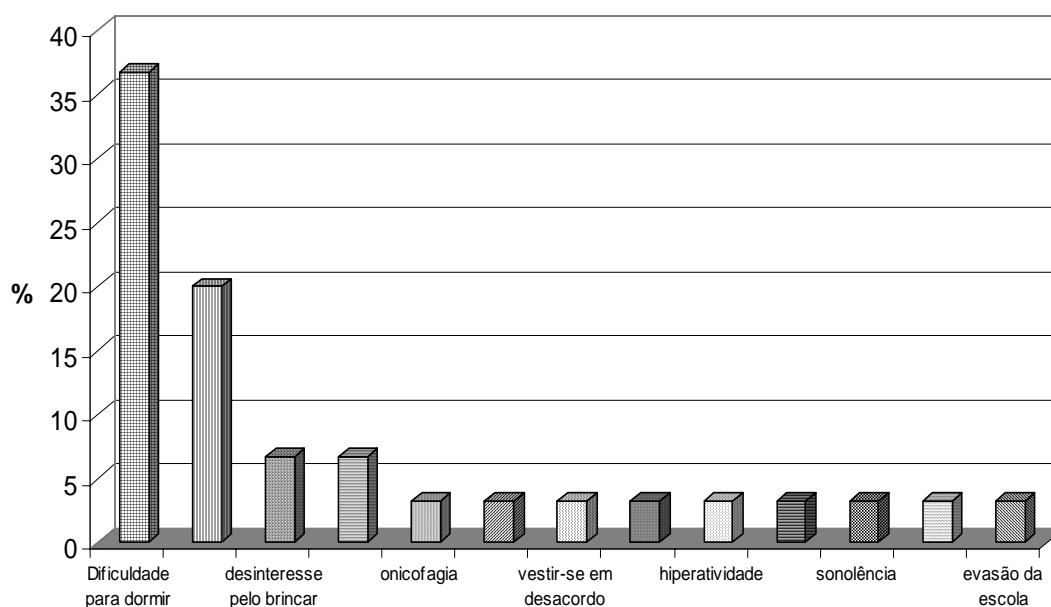


Figura 12– Distribuição percentual dos indicadores patológicos de efeitos comportamentais

A dificuldade para dormir (36.7%, n = 30) desponta como o principal indicador patológico encontrado na categoria de efeitos comportamentais. Os comportamentos regressivos são os indicadores que, em termos percentuais, aparecerem em segundo lugar (20.0%, n = 30). Ocupando o terceiro lugar, com igual porcentagem de indicadores (6.7%, n = 30), estão o desinteresse pelo brincar e a impulsividade. Em porcentagens menores e iguais (3.3%, n = 30) aparecem indicadores patológicos de onicofagia, brincar apenas com criança do sexo oposto, furto, hiperatividade, recusa ao exame, sonolência, perda de apetite e evasão da escola.

Tabela 12 – Indicadores patológicos de efeito na conduta sexual

Indicadores	Frequência	Porcentagem
Masturbação	5	21.7
Conhecimento sexual precoce	5	21.7
Manipulações de órgãos genitais alheios	3	13.0
Felação	2	8.7
Beijo na boca (com conotação erótica)	2	8.7
Interesse pela temática sexual	2	8.7
Carícias (com conotação erótica)	2	8.7
Prática de relações sexuais	1	4.3
Introdução de objetos na vagina	1	4.3

Nota. N = 23

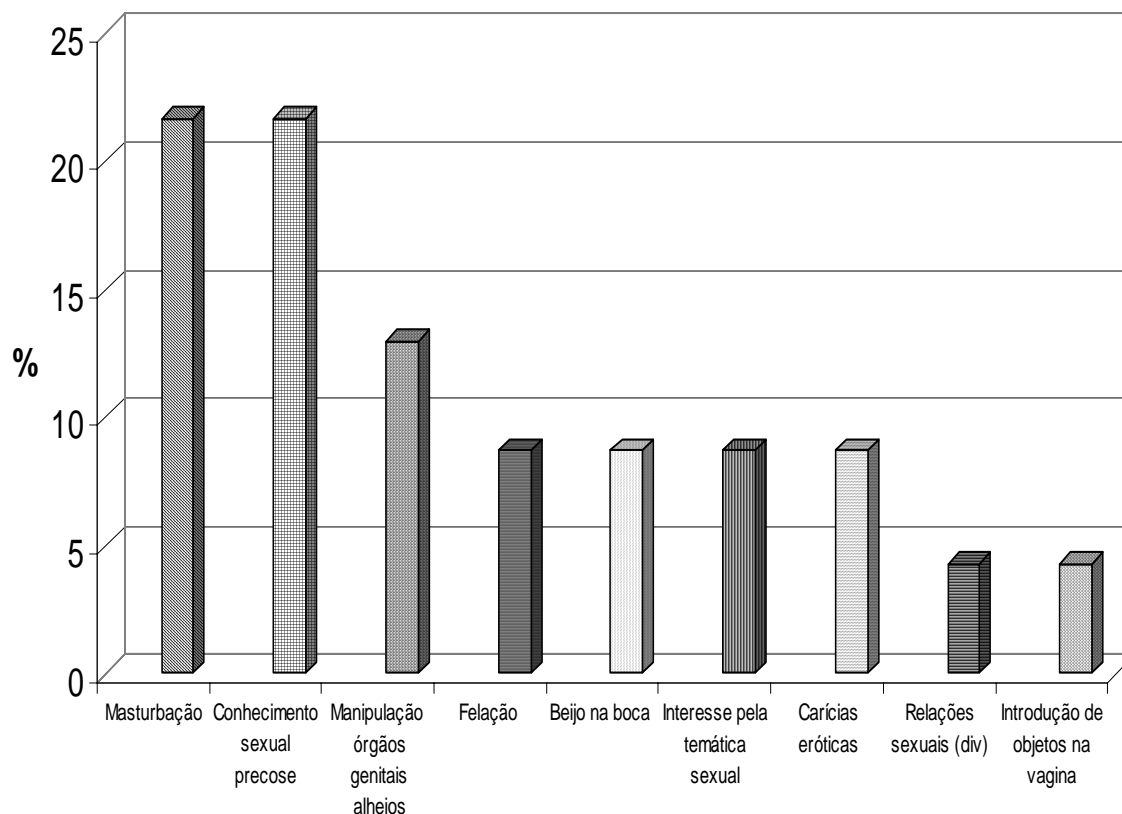


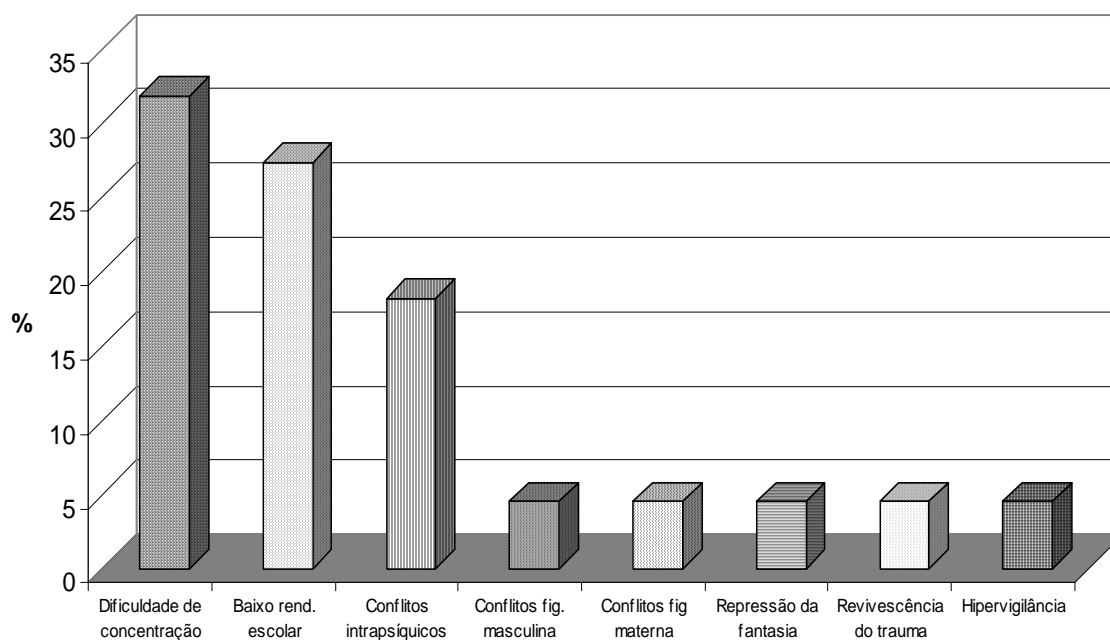
Figura 13– Distribuição percentual dos indicadores patológicos de efeito na conduta sexual

Com relação à conduta sexual, os principais indicadores patológicos encontrados foram a masturbação e o conhecimento sexual precoce que obtiveram o mesmo percentual (21.7%, $n = 23$). A manipulação de órgão genital alheio apresentou-se como o terceiro indicador encontrado (13.0%, $n = 23$). Em quarto lugar, com percentuais iguais (8.7%, $n = 23$) estão: a felação, o beijo na boca (erótico), o interesse pela temática sexual e as carícias (eróticas). A prática de relações sexuais e introdução de objetos na vagina surgem em último lugar com 4.3% ($n = 23$).

Tabela 13 – Indicadores patológicos de efeitos cognitivos

Indicadores	Frequência	Porcentagem
Dificuldade de concentração	7	31.8
Baixo rendimento escolar	6	27.3
Conflitos intrapsíquicos diversos	4	18.2
Conflitos com a figura masculina	1	4.5
Conflitos com a figura materna	1	4.5
Repressão da fantasia	1	4.5
Revivescência do trauma	1	4.5
Hipervigilância	1	4.5

Nota. N = 22

**Figura 14** – Distribuição percentual dos indicadores patológicos de efeitos cognitivos

Na categoria dos efeitos cognitivos, a dificuldade de concentração foi o indicador patológico de maior porcentagem (31.8%, n = 22). Em segundo lugar encontrou-se o baixo rendimento escolar (27.3%, n = 22). Em terceiro lugar, com porcentagem significativa, aparecem os conflitos intrapsíquicos diversos (18.2%, n = 22). Em proporções mais baixas e iguais entre si (4.5%, n = 22), surgem os indicadores de conflitos com a figura masculina, a figura materna, repressão da fantasia, revivescência do trauma e hipervigilância.

Tabela 14 – Indicadores patológicos de efeitos físicos

Indicadores	Frequência	Porcentagem
Dores no estômago	1	33.3
Retenção de fezes	1	33.3
Vômitos freqüentes	1	33.3

Nota. N = 3

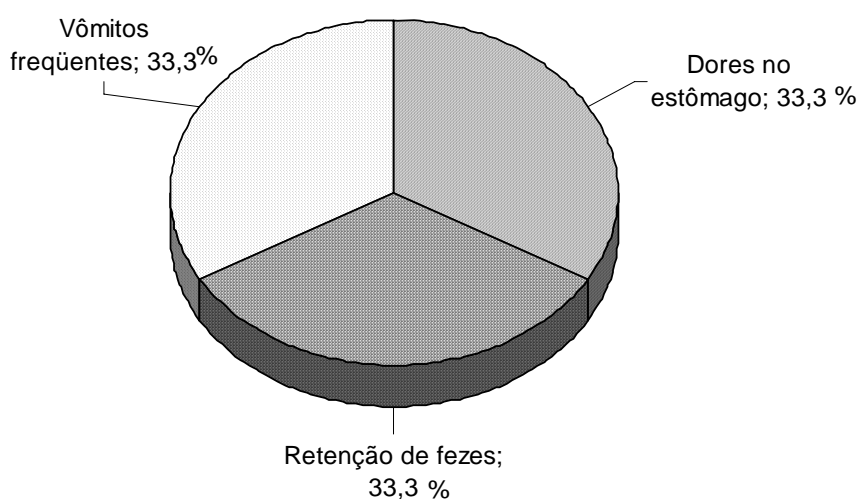


Figura 15 – Distribuição percentual dos indicadores patológicos de efeitos físicos

A categoria referente ao efeito físico provocado pelo abuso sexual foi a que menos apresentou indicadores patológicos, contando apenas três ocorrências, a saber: dores no estômago, retenção de fezes e vômitos frequentes.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal investigar, por meio da técnica de análise de conteúdo de laudos de exame psicológico, a existência de dano psíquico em crianças com notícia-crime de terem sido vítimas de abuso sexual, mas cujos exames de corpo de delito não comprovaram a ocorrência de conjunção carnal e/ou atos libidinosos.

O estudo prévio com os exames de corpo de delito específicos para apurar o abuso sexual nos permite concluir que a mulher ainda é a vítima preponderante nos exames de conjunção carnal, mas o percentual de meninas é bastante significativo (37%, n = 3271), porém em apenas 4% dos casos há confirmação do fato.

Nos exames de atentado violento ao pudor o número de crianças também é expressivo, aproximando-se da metade dos exames realizados (48%, n = 3223). Porém, o percentual de exames com resultado positivo também é muito baixo (9%).

Por questões didáticas, o restante da presente discussão, relacionada com o objetivo principal do estudo, se dará por tópicos, iniciando com as hipóteses propostas.

5.1 Quanto a Hipótese 1

A hipótese 1 enunciava que os danos psíquicos causados pelo abuso sexual na criança são passíveis de serem detectados em exame psicológico. Esta hipótese foi corroborada pelos resultados do presente trabalho que constatou a presença de indicadores patológicos, com conseqüente repercussão sobre a personalidade ou funcionamento adaptativo em 80.6% (n = 108) dos integrantes da amostra, que eram

crianças com notícia-crime informando terem sido vítimas de abuso sexual, porém, sem comprovação médico-legal.

Os indicadores patológicos encontrados, e que serão discutidos adiante, são mencionados pela literatura específica como típicos de crianças vitimizadas por abuso sexual.

O dano psíquico deve ser entendido como algo que afeta não apenas o campo intra-psíquico, podendo também atingir o funcionamento adaptativo da vítima, com exteriorização por diversas formas (Evangelista & Menezes, 2000; Echeburúa, Corral & Amor, 2002, citado por Rovinski, 2004).

5.2 Quanto a Hipótese 2

A hipótese 2 enunciava que: os vestígios de conjunção carnal e/ou ato libidinoso não são suficientes para a constatação do abuso sexual, podendo o trauma psíquico ser com eles utilizado como parâmetro acessório. Esta hipótese também foi corroborada e pelas seguintes razões: a) todos os integrantes da amostra apresentaram notícia-crime de vítimas de abuso sexual e todos foram submetidos a exame de conjunção carnal e/ou ato libidinoso; b) 100% (n = 108) dos integrantes da amostra obtiveram resultados negativos nos exames médico-legais (conjunção carnal e/ou atentado violento ao pudor); c) nos exames psicológicos 80.6% (n = 108) dos integrantes da amostra apresentaram algum indicador patológico de sofrimento psíquico com etiologia ligada ao abuso sexual relatado.

5.3 Quanto ao tipo de abuso

O tipo de abuso sexual predominante na amostra foi o intrafamiliar com ocorrência em 66.7% dos casos estudados. Este dado é condizente com a totalidade das pesquisas sobre o tema (Cohen, 1997; Lorenzi, Pontalti & Flech, 2001; Braun, 2002; ABRAPIA, 2003a, 2003b; Caminha, Habigzang & Bellé, citados por Habigzang e Caminha 2004).

5.4 Quanto ao Gênero

Com relação ao gênero dos integrantes da amostra, os resultados demonstram um predomínio de crianças do sexo feminino (69%). Esta alta percentagem também foi encontrada nas demais pesquisas sobre o tema (Kristensen, Oliveira & Flores, 1999; Trocmé et al., 2001; De Lorenzi, Pontalti & Flech, 2001; Braun, 2002; ABRAPIA, 2003; Caminha, Habigzang & Bellé, 2003 entre outros).

Em que pese o predomínio do gênero feminino, a porcentagem de meninos obtida no presente estudo (30%) mostra-se acima da média encontrada em outros trabalhos, sobretudo a nível nacional – a exceção de Braun (2002) que encontrou uma porcentagem muito baixa de meninos em sua amostra (4%). A ABRAPIA (2003b) apresentou uma porcentagem de 17.06% de meninos como vítimas de abuso sexual. Caminha, Habigzang e Bellé (2003, citados por Habigzang & Caminha, 2004, p. 42) obtiveram um percentual de 13.73% de garotos abusados sexualmente. Em razão deste aumento na porcentagem de meninos abusados, a proporção obtida entre os dois gêneros foi de 2.3 meninas para cada menino.

5.5 Quanto à idade

A faixa etária dos 12 anos de idade, em tese, com crianças biologicamente mais desenvolvidas, teve um baixo percentual de queixas de abuso sexual (4.6%). A porcentagem mais significativa foi encontrada na faixa etária entre os 7 e 8 anos de idade concentrando 30.6% das ocorrências. Este dado se aproxima dos achados de De Lorenzi, Pontalti e Flech (2001, citados por Habigzang e Caminha, 2004) que encontraram 35% dos abusos na faixa entre os 6 e 9 anos de idade. Mas, vão contra os achados de Braun (2002) que encontrou a faixa entre 10 e 14 anos com o maior percentual de sua amostra (56%). Há, também, divergências com os dados obtidos pela ABRAPIA (2003b) que apurou a faixa etária entre 12 e 18 anos de idade concentrando 47.80% dos casos de abuso sexual. Neste dois casos, a divergência deveu-se à metodologia, eis que em ambos foram incluídos adolescentes até os 18 anos de idade.

5.6 Quanto aos indicadores patológicos

De acordo com Echeburúa e Guerricaechevarría (2000, p. 43), em curto prazo, somente 20 a 30% das vítimas de agressão sexual permanecem estáveis após o evento. Entre 17 e 40% das vítimas ocorre um quadro clínico definido, os demais apresentam sintomas diversos.

No presente estudo, em 19.4% dos casos (n = 108) não foi encontrado nenhum tipo de indicador patológico. Este fato suscita duas dúvidas: seriam estas vítimas indivíduos resilientes? Ou seriam casos de falsa comunicação de crime?

Nos demais casos (80.6%, n = 108) os indicadores patológicos foram encontrados, aleatoriamente, entre as seis categorias sintomáticas estudadas. Por

questões didáticas, a discussão, se dará em ordem decrescente, a partir da categoria com maior concentração de indicadores.

A categoria sintomática dos efeitos interpessoais e a dos efeitos emocionais obtiveram quase a mesma proporção de indicadores, havendo uma diferença de 0,3% em favor da primeira.

5. 6. 1 Efeitos Interpessoais

A Categoria referente aos efeitos interpessoais foi a que obteve o maior número de indicadores entre as seis pesquisadas (38.4%, n = 333), revelando que no grupo de crianças estudado tanto o modo como elas se relacionam com os outros, como a qualidade destes relacionamentos foram afetados negativamente.

A dificuldade de relacionamento interpessoal revelou-se como a habilidade mais prejudicada (28.9%, n = 128). Este achado é corroborado pelos trabalhos de Azevedo, Guerra e Vaiciúnas (1977) que identificaram, a dificuldade de adaptação interpessoal como uma das principais conseqüências encontradas em crianças vítimas de abuso sexual. Kendall-Trakett, Willians e Finkelhor (1993, citados por Fernandez, 2002) em um estudo com 45 crianças, também com histórico de abuso sexual na infância, encontraram 32% da amostra com problemas de conduta interpessoal e social. Flores e Caminha (1994, citados por Habigzang & Caminha, 2004) citam que esta dificuldade de adaptação interpessoal inclui diversas formas, tais como: retraimento, dificuldade em confiar nos outros, relacionamentos superficiais e pouco comportamento pró-social.

Ainda sobre os efeitos interpessoais percebe-se a presença de outros indicadores também de repercussão negativa sobre o relacionamento interpessoal,

tais como: a agressividade (10.2 %, n = 128), a timidez excessiva (9.4%, n = 128) e as reações defensivas, por meio das quais a criança procura se afastar de tentativas de aproximação.

Para Rouyer (1977) o comportamento agressivo em crianças, vítimas de abuso sexual pode ser uma passagem ao ato – configurando-se em uma violência real, mas que permite a criança sair da posição passiva para ativa e elaborar o trauma.

Habigzang e Caminha (2004) citam a agressão como um dos sintomas mais frequentes em crianças pré-escolares e vítimas de abuso sexual. Echeburúa & Guerricaechevarría (2005) relatam, entre outros indicadores, a agressividade, a fuga e o comportamento delitivo. Sanderson (2005) explica que a criança, vítima de abuso sexual, utiliza a agressividade como modo de provocar uma barreira entre ela e as demais pessoas – não expondo assim o segredo que traz consigo.

A timidez excessiva foi encontrada em crianças de ambos os gêneros, sendo assim considerada por causar prejuízos ao processo de socialização, com atitudes como não olhar para o locutor, falar de baixo da mesa ou por detrás de uma folha de papel. Sanderson (2005) afirma que a criança pode se retrair a ponto de se tornar quase “invisível”. A respeito deste fato a autora diz: “Ela pode parecer cronicamente tímida em situações sociais, em especial com adultos, não só para atrair atenção apenas para si mesma entre eles como também entre outras crianças” (Sanderson, 2005, p. 207).

A reação defensiva foi outro indicador encontrado em porcentagem expressiva (9.4%, n = 128). O comportamento defensivo é caracterizado pelos esforços da vítima no sentido de evitar pessoas, locais ou atividades que têm relação direta com a situação traumática. Este achado tem uma estreita ligação com a presença de mecanismos de defesa também encontrado no presente estudo (3.1%, n = 128).

A evitação de pessoa também foi outro indicador patológico encontrado e com relação direta com o comportamento social. Os dados demonstram que a pessoa do agressor é mais evitada (8.6%, n = 116) do que aquela pessoa não agressora, mas que pertencente ao mesmo gênero do agressor (2.6%, n = 116).

Em geral, esta evitação é caracterizada pela recusa da criança em ficar a sós com a pessoa do agressor. Muitas vezes, a criança não expressa nenhuma acusação verbal, mas utiliza algum subterfúgio para evitar a situação de ter que encontrar e ficar a sós com seu algoz. Sanderson (2005) apresenta a seguinte explicação a respeito desta constatação: “A criança que se sente profundamente envergonhada pode evitar a intimidade nos relacionamentos por causa da necessidade de encobrir ou negar o sentimento de vergonha” (Sanderson, 2005, p. 206).

A introversão foi outro indicador patológico encontrado (5.5%, n = 128). Lucarelli e Lipp (1999) consideram a introversão, entre outros, como um dos possíveis efeitos psicológicos originados de uma situação de stress infantil.

Nos quatro casos de rejeição à figura paterna (3.1%, n = 128), apenas uma vítima era do sexo masculino. Três relataram como agressor o pai e uma o padrasto (que assumia a referida função), ou seja, nestes casos, a figura paterna correspondia também à figura do agressor.

5.6.2 Efeitos Emocionais

Outra categoria que também apresentou um alto índice de indicadores patológicos foi referente aos efeitos emocionais. A ansiedade foi o indicador patológico mais encontrado (16.5%, n = 127). A maioria das pesquisas registra a ocorrência de ansiedade na população de crianças vitimizadas por abuso sexual

(Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000; Trocmé et al., 2001; Fernández, 2002; U.S. Department of Health and Human Services - Children's Bureau, 2003; Habigzang & Caminha, 2004; Finkelhor, 2005).

A ansiedade é considerada uma emoção que serve como um sinal de alerta diante da iminência de uma ameaça (ou perigo), provocando tensão e vigilância para enfrentar a situação aversiva (Davidoff, 1983; Kaplan, Sadock & Grebb, 2003). Assim, os dados apontam que os integrantes da amostra revelaram ter vivenciado uma situação em comum, conflituosa e que despertou sintomas de ansiedade.

O bloqueio diante da temática do abuso sexual sofrido, foi o segundo indicador patológico encontrado (14.2%, n = 127). Trata-se de uma reação, onde a criança mostra-se emocionalmente impedida de falar sobre o fato que lhe acontecera, muitas vezes, caracterizando um estado de estupor – o que a impede até de verbalizar um queixa sobre quem foi o autor ou mesmo de descrever e esclarecer a situação traumática.

Sanderson (2005), ao resumir os principais sinais emocionais do abuso sexual em criança, faz uma menção a um sinal denominado por ela como “congelamento”.

Este bloqueio, embora não seja uma reação emocional unânime entre as crianças vítimas de abuso sexual, serve como um bom diagnóstico diferencial para os casos de falsa denúncia – quando as crianças não demonstram alterações emocionais significativas ao falarem sobre o alegado abuso.

O terceiro indicador patológico, em termos percentuais, encontrado é o sentimento de insegurança (11.8%, n= 127). Lamour (1997) explica a presença desse sentimento da seguinte maneira: “a criança acaba sendo duplamente vítima: primeiro do abuso sexual em si, depois da incredulidade dos adultos. Ela se vê obrigada a manter a situação em segredo e submeter-se à autoridade do adulto abusador. Ao

mesmo tempo, teme por uma punição e não crê na capacidade dos demais adultos em protegê-la do agressor – tornando-se insegura” (Lamour, 1997 p. 54).

O embotamento afetivo (7.9%, n = 127) foi o quarto indicador patológico, em frequência. De acordo com o DSM-IV (1994) afeto embotado é a redução significativa da intensidade da expressão emocional. Neste caso, a criança não apresenta, necessariamente, o rigor na expressão facial – típico da esquizofrenia. Porém, além da dificuldade em expressar as emoções, observa-se uma diminuição das respostas aos estímulos emocionais. A criança torna-se pouco descontraída, não se envolve em brincadeiras e quase não expressa um sorriso.

Foram encontrados outros indicadores patológicos de efeito emocional tal como: a labilidade afetiva (6.3%, n = 127), sentimento de vergonha (6.3%, n = 127), culpa (5.5%, n = 127) ou medo (3.9%, n = 127).

Para Sanderson (2005) a vergonha e a culpa acompanham quase que invariavelmente o abuso sexual infantil e, ambos os sentimentos, causam um impacto na auto-estima da criança e interferem na maneira como ela interpreta o próprio abuso sexual.

A presença do sentimento de culpa é corroborada pela maioria das pesquisas sobre o tema (Zavaschi, Telebom, Gazal & Shansis, 1991; Azevedo, Guerra & Vaiciunas, 1997; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000; Habizang & Caminha, 2004, Finkelhor, 2005).

Para a Habizang e Caminha (2004, p. 53) o sentimento de culpa e a desvalorização da auto-imagem (também encontrada no presente estudo com 5.5% e 1.6, respectivamente) são responsáveis por uma série de eventos desastrosos. Segundo Azevedo, Guerra e Vaiciunas (1997) o sentimento de culpa, bem como a tristeza (também encontrada no presente estudo com 3.9%, n = 127) são as bases

para o surgimento de idéias de morte na infância e o comportamento suicida em adolescentes. Os autores apresentam três possíveis explicações para a presença do sentimento de culpa:

- pressões oriundas do pacto de silêncio forçado;
- autocondenação por ter experienciado algum tipo de prazer físico;
- vergonha por ter se deixado abusar por longo tempo.

O medo, indica que parte dos integrantes da amostra estiveram expostos a uma situação de ameaça real (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Outros indicadores patológicos encontrados, ainda que em menor expressão percentual, mas que ressaltam a vulnerabilidade emocional dos integrantes da amostra tais como: sentimento de abandono, sentimento de inferioridade e tristeza (cada um com 3.9%, n = 127) – entre outros.

A raiva e a angústia, ao contrário de outras pesquisas sobre o tema (Rouyer, 1997; Urra, 2002) aparecem em porcentagens pouco significativas (1.6 % e 0.8 % respectivamente, n = 127).

5.6.3 Efeitos Comportamentais

A dificuldade para dormir mostrou-se a principal representante desta categoria sintomática (36.7%, n = 30). Este achado é corroborado pelos trabalhos de Rouyer, (1997), Lucarelli e Lipp (1999), Echeburúa & Guerricaechevarría (2000) entre outros).

Para Rouyer (1997) as perturbações do sono traduzem a angústia em não poder relaxar a guarda e arriscar uma nova agressão, assim, a vítima adquire um

comportamento hipervigilante (outro indicador também encontrado no presente estudo).

Echeburúa e Guerricaechevarría (2000) relatam e propõem formas de tratamento para os medos relacionados com o comportamento de ir dormir em crianças vítimas de abuso sexual.

Habigzang e Caminha (2004) relatam que o pesadelo é um dos sintomas comuns em vítimas de abuso sexual, sendo encontrado nas três fases de desenvolvimento: pré-escolar, escolar e adolescência.

O segundo indicador encontrado na categoria dos efeitos comportamentais são os comportamentos regressivos (20.0%, n = 30).

Para Freud, a regressão, onde quer que ocorra, é oriunda de uma resistência, onde a pessoa se opõe ao avanço de um pensamento para a consciência relacionado com lembranças dotadas de grande força sensorial (Freud, 1901/1976).

Atualmente, a regressão é também considerada como um mecanismo de defesa, onde a pessoa, movida por medo, procura proteção contra uma situação real, que sente como ameaçadora, retornando a manifestar atitudes, já apresentadas no passado e que provaram ser seguras e gratificantes.

Habigzang e Caminha (2004) relataram o comportamento regressivo como um dos sintomas comuns em crianças com idade escolar abusadas sexualmente.

Sanderson (2005) afirma que a criança, vítima de abuso sexual, pode regredir a estágios anteriores do seu desenvolvimento e, ainda que já dominem a capacidade de fazer as necessidades fisiológicas, podem voltar a usar fraldas ou fazer xixi na cama. Sanderson considera que a regressão seria a maneira da criança demonstrar sua necessidade de amor, cuidado, afeto e proteção.

O terceiro indicador na categoria de efeitos comportamentais, embora se apresente em proporções inferiores, foi o desinteresse pelo brincar. Sanderson (2005) considera a brincadeira como o veículo universal de comunicação infantil e que o brincar pode revelar o mundo interno e as experiências da criança. Assim, o desinteresse pelo brincar pode ser interpretado como uma reação da criança, vítima de abuso sexual, em não querer revelar sua situação conflitiva.

5.6.4 Efeitos na Conduta Sexual

A maioria dos pesquisadores considera que perturbações da sexualidade são os principais sintomas de abusos sexuais (Sebold, 1987; Rouyer, 1997; Echeburúa & Guerricaevarría, 2000; Fernández, 2002; Habizang & Caminha, 2004; Finkelhor, 2005).

No presente estudo a masturbação e o conhecimento sexual precoce foram os dois indicadores que sobressaíram nesta categoria com 21.7% (cada, n = 23). A manipulação de órgãos genitais alheios segue em terceiro lugar (13.0%, n = 23). De acordo com Amazarray e Koller (1998, citados por Habizang & Caminha, 2004) todos estes elementos revelam dificuldade de adaptação sexual.

Foram encontrados, em menor porcentagem, indicadores patológicos que enfatizam o fato de que parte dos integrantes da amostra já possuíam comportamento sexual estabelecido, mas que são considerados precoces para a idade, tais como: a felação (8.7%, n = 23), o beijo na boca com conotação erótica (8.7%, n = 23), carícias eróticas (8.7%, n = 23) e prática de relações sexuais (4.3%, n = 23).

Embora esta categoria sintomática não tenha sido a de maior destaque percentual, conforme preconizam vários estudos sobre o tema, os dados obtidos

ratificam os trabalhos anteriores que apontam que o abuso sexual provoca o surgimento de comportamentos sexuais inadequados em suas vítimas (Rouyer, 1997; Echeburúa & Guerricaevarría, 2000; Habizang & Caminha, 2004; Sanderson, 2005).

5.6.5 Efeitos Cognitivos

A dificuldade de concentração foi o indicador de maior índice percentual (31.8%, n = 22) dentro desta categoria sintomática. Este indicador já observado anteriormente em crianças abusadas sexualmente por outros pesquisadores (Sebold, 1987; Faleiros, 1998) sendo a responsável pelo prejuízo nas funções cognitivas.

Segundo Sanderson (2005) a criança fica preocupada com sua dor interna e isto faz com que ela não se concentre no mundo exterior. Este fenômeno é mais evidenciado no ambiente escolar – sendo muito difícil para estas crianças aprender – o que explica o segundo indicador encontrado – o baixo rendimento escolar (27.3%, n = 22). O medo e o terror colocam o aprendizado em segundo plano.

O terceiro indicador patológico de expressão percentual são os conflitos intrapsíquicos (18.2%, n = 22). Para Sanderson (2005) um dos efeitos do abuso sexual na criança é a distorção da realidade da criança, causando confusão e perturbação. A criança generaliza sua própria experiência para outras situações, causando conflitos diversos.

Os demais indicadores apresentam-se em níveis não significativos.

5.6.6 Efeitos Físicos

De acordo com os dados obtidos a categoria 6, referente aos efeitos físicos, foi a que menos apresentou indicadores patológicos (0.9%, n = 335). Em termos absolutos, foram encontrados apenas três indicadores, a saber: dor no estômago, retenção de fezes e vômitos.

São poucos os autores que relatam efeitos físicos provocados pelo abuso sexual. Rouyer (1987) relata mal-estar difuso, impressão de alteração física, persistência de sensações desagradáveis provocadas pelo ato abusivo e dores nos ossos. Leal e César (1998, p. 77) fazem menção a *marcas físicas*, tais como: lacerações, sangramentos, dores, edemas e desconroles dos esfíncteres, que, certamente, têm uma relação direta com o ato físico do abuso sexual. Amazarray e Koller (1998, citados por Habizang & Caminha, 2004) registram como conseqüências físicas a gravidez, as doenças sexualmente transmissíveis e lesões físicas. Echeburúa e Guerricaechevarría (2000, p. 42) relatam o achado de dores de estômago em meninos abusados sexualmente.

6 CONCLUSÕES

O percentual de exames de atentado violento ao pudor e conjunção carnal em crianças é bastante expressivo, mas o percentual de laudos com conclusões positivas que confirmem a ocorrência do fato é muito baixo.

A discrepância entre o número de casos de exames de conjunção carnal (n = 1226), de atentado violento ao pudor (n = 1530) e o número de exames psicológicos (n = 108) é explicada pelo fato de que os dois primeiros exames são obrigatórios para as vítimas de crimes com violência sexual – o que não ocorre com o exame psicológico.

Os resultados referentes aos exames psicológicos demonstraram que a hipótese 1, que enunciava que os danos psíquicos causados pelo abuso sexual na criança são passíveis de serem detectados em exame psicológico foi corroborada. O embasamento para a sua comprovação deveu-se ao fato de que em 80.6% (n = 108) dos integrantes da amostra estudada foi encontrado algum tipo de indicador patológico, relacionado com a situação do abuso e com repercussão negativa na personalidade das vítimas. Em alguns casos, a repercussão transcendeu o campo psíquico e interferiu negativamente no funcionamento adaptativo.

Quanto a hipótese 2, cujo enunciado era de que os vestígios de conjunção carnal e/ou ato libidinoso não são suficientes para a constatação do abuso sexual, podendo o trauma psíquico ser com eles utilizado como parâmetro acessório, teve o seu enunciado corroborado. As bases para a confirmação foram as seguintes: a) todos os integrantes da amostra apresentaram notícia-crime de terem sido vítimas de abuso sexual, b) todos os integrantes da amostra foram submetidos a exame de corpo de delito e todos obtiveram um resultado negativo para a presença de conjunção

carnal e/ou atentado violento ao pudor, c) todos os integrantes da amostra também foram submetidos a exame psicológico, cujos resultados revelaram que em 80.6% (n =108) deles havia a presença de indicadores patológicos considerados pela literatura como indicativos de dano psíquico relacionado com a situação de abuso sexual.

O perfil do grupo estudado acomoda-se perfeitamente com as descrições apresentadas na literatura específica sobre o tema (abuso sexual em crianças).

Vejam os:

- O tipo de abuso sexual predominante na amostra foi o intrafamiliar.
- A amostra era predominada por crianças do sexo feminino.
- A faixa etária de maior incidência do fenômeno foi entre crianças de 7 e 8 anos de idade.
- A maioria dos integrantes da amostra (80.6%, n =108) apresentou algum tipo de alteração no funcionamento adaptativo.

6.1 Limitações

Uma limitação encontrada no presente trabalho, foi a impossibilidade de investigação mais profunda dos casos onde não ocorreu nenhum tipo de indicador patológico.

A dificuldade de trabalhar com um grupo controle constituído de crianças vítimas de abuso sexual comprovado por exame médico-legal é a segunda limitação deste estudo.

6.2 Implicações para a prática clínica

O resultado do presente trabalho revelou indicadores psicopatológicos em crianças vítimas de abuso sexual que podem ser úteis para os profissionais da área de saúde mental, sobretudo aqueles ligados à Psicologia Infantil, tais como:

1. O dano psíquico pode transcender o próprio campo psíquico e se manifestar de formas diversas, afetando a saúde física e mental do sobrevivente e trazendo implicações sociais, jurídicas e legais.

2. A categoria dos efeitos interpessoais e efeitos emocionais demonstraram ser as mais afetadas no grupo de crianças com notícia-crime de abuso sexual.

3. A dificuldade de relacionamento interpessoal revelou-se como a habilidade mais prejudicada na categoria dos efeitos interpessoais. A ansiedade foi o principal indicador na categoria dos efeitos emocionais.

4. A dificuldade para dormir foi a principal representante da categoria dos efeitos comportamentais.

5. A conduta sexual apresenta como principais indicadores patológicos a masturbação e o conhecimento sexual precoce.

6. A dificuldade de concentração foi o indicador de maior índice percentual da categoria dos efeitos cognitivos.

7. Os efeitos físicos são raros.

8. A resiliência permite uma re-significação do trauma sofrido, mas não pode ser interpretada como uma superação espontânea do trauma.

6.3 Implicações para a prática forense

O presente estudo também apresenta contribuições para os profissionais que atuam na área jurídica, sobretudo os Psicólogos Forenses, que ressentem-se da pouca literatura específica sobre o tema:

1. Observou-se que os dados estatísticos do exame psicológico em crianças vítimas de abuso sexual não são fidedignos em relação aos exames de atentado violento ao pudor, conjunção carnal ou lesões corporais, em razão da não obrigatoriedade do primeiro exame.

2. Os exames de atentado violento ao pudor e conjunção carnal mostraram-se com um percentual muito baixo de resultados positivos.

3. A avaliação psicológica para fins forense deve antes validar o testemunho da vítima para depois acessar o dano psíquico.

4. A constatação do dano psicológico, deve esclarecer suas repercussões para a vida da criança e atestar o nexo de causalidade com o evento investigado.

5. A prática da medicina legal deve tomar precauções para não produzir o dano secundário quando em perícia de crianças vítimas de abuso sexual, podendo haver uma concorrência de profissionais da área de saúde mental durante o atendimento.

6.4 Diretrizes para futuras pesquisas

A replicação deste estudo com uma amostra maior e a participação de um grupo controle permitiria uma confirmação mais fidedigna dos resultados.

O grupo controle deverá ser constituído de crianças comprovadamente vítimas de abuso sexual por meio do exame médico legal (atentado violento ao pudor ou conjunção carnal). A obtenção deste grupo atualmente é difícil, devido ao fato, já explicado anteriormente, de que basta a comprovação nos exames de corpo de delito para a formalização do inquérito policial – sendo o exame psicológico e, conseqüentemente, o dano psíquico – preterido.

6.5 Considerações Finais

Este estudo apontou as dificuldades para o reconhecimento do dano psíquico diante da legislação brasileira. Não há, atualmente, nenhum dispositivo legal que permita o perfeito enquadramento jurídico daquele que causou um dano psíquico em alguém – independente de agressão física ou não.

No tocante ao abuso sexual de crianças, os resultados demonstraram que os tradicionais exames de corpo de delito (atentado violento ao pudor e/ou conjunção carnal) não são eficazes para confirmação desta modalidade de crime, muito menos para constatação do dano psíquico e suas repercussões na vida da vítima.

No campo do Direito Civil, o abuso sexual é antes de tudo, uma violação aos direitos da personalidade e, pela simples violação, está estabelecida a responsabilidade civil - surgindo a necessidade de reparação do dano moral.

A exemplo do que escreve Lôbo (2003), a indenização não pode ser simbólica, tem que ser compensatória e produzir impacto negativo na figura do agressor. Assim, considerado a precariedade de profissionais da área de saúde mental no Sistema Único de Saúde – seria razoável que o abusador fosse condenado a custear o eventual tratamento psicológico da vítima.

Uma reforma em nível de Código Penal também se faz necessária e como alternativa propõe-se aquela preconizada por Alcântara Machado desde 1935 e endossada por vários juristas nacionais (Almeida & Costa, 1974; Prado, 1972; Silva, 1975; França, 1995; Romero, 2002; Santos et al., 2003; Croce & Croce Júnior, 2004;) que é a mudança na denominação do crime de Lesão Corporal para Lesão Pessoal, passando o artigo 129 do Código Penal Brasileiro ter a seguinte redação:

Art. 129 – Ofender a integridade pessoal ou a saúde de outrem.

Pena – Detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano. (o grifo é nosso)

Como medida complementar, o §1º do Art. 129 seria acrescido em mais um item, que contemplaria o dano psíquico como uma resultante de natureza grave, passando a ter a seguinte redação:

Lesão pessoal de natureza grave

§1º - Se resulta:

- I- incapacidade para ocupações habituais, por mais de 30 (trinta) dias;
- II- perigo de vida;
- III- debilidade permanente de membro, sentido ou função;
- IV- aceleração de parto;
- V- dano psíquico.

O protocolo do exame de lesão corporal, utilizado nos Institutos Médico-Legais, também deverá sofrer adaptações para incluir quesitos relacionados ao dano psíquico, adotando uma estrutura como a seguinte:

Quesitos:

Primeiro: Há ofensa à integridade pessoal ou à saúde?

Segundo: Qual o instrumento ou meio que a produziu?

Terceiro: Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo ou tortura, ou por meio insidioso ou cruel?

Quarto: Houve perigo de vida?

Quinto: Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de (30) dias?

Sexto: Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto?

Sétimo: Resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, deformidade permanente ou aborto?

Oitavo: Resultou em dano psíquico? Caso positivo, especificar as repercussões para a personalidade e funcionamento adaptativo da vítima.

Dessa maneira, o exame psicológico para fins de constatação de dano psíquico passaria a integrar o rol daqueles exames obrigatórios para vítimas de crimes com violência sexual – independente de ser a vítima criança ou não. (o grifo é nosso) Devendo o Estado providenciar o provimento e qualificação de profissionais para atender a futura demanda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência de Notícias dos Direitos da Infância. (2003). O grito dos inocentes: os meios de comunicação e a violência sexual contra crianças e adolescentes. São Paulo: Cortez.
- Alcântara, H. R. (1982). Perícia Médica Judicial. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Dois.
- Almeida, A. F., Jr. & Costa, J. B. O., Jr. (1974). Lições de Medicina Legal (12ª ed.). São Paulo: Editora Nacional.
- Altavila, J. (2001). Origem do Direito dos Povos (9ª. ed.). São Paulo: Ícone.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, DC: Author.
- Arnautoglou, I. (2003). Leis da Grécia Antiga. (O. T. Serra, R. P. Carneló, Trad.) São Paulo: Odisseus.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2003). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4ª ed. 1ª reimp. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência – ABRAPIA. (2002). Relatório Anual – Denúncias de Abuso e Exploração Sexual – Evolução dos indicadores de janeiro a dezembro de 2002. [On-line]. Obtido em 09 jul. 2005. Disponível em www.abrapia.org.br
- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência – ABRAPIA. (2003a). Relatório Abuso Sexual: período de janeiro de 2000 a janeiro de 2003 [On-line]. Obtido em 09 jul. 2005. Disponível em www.abrapia.org.br
- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência – ABRAPIA. (2003b). Relatório cumulativo referente a 6 anos: período de 1997 a janeiro de 2003 [On-line]. Obtido em 11 jul. 2005. Disponível em www.abrapia.org.br
- Aulete, C. (1958). Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa. Vol. II. Rio de Janeiro: Editora Delta S.A.,.
- Azevedo, M.A. & Guerra, V. N. A. (1988). Pele de asno não é só história: um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família. São Paulo: Roca.
- Azevedo, M.A. & Guerra, V. N. A. (1989). Vitimação e Vitimização: questões conceituais. Em M. A. Azevedo (Org.), Crianças Vitimizadas: a Síndrome do Pequeno Poder. (pp. 25-47). [s.l.]. Iglu Editora.

Azevedo, M.A., Guerra, V. N. A. & Vaiciunas, N. (1997). Incesto Ordinário: a vitimização sexual doméstica da mulher-criança e suas conseqüências psicológicas. Em Azevedo, M.A. & Guerra, V. N. A., Vaiciunas (Org.), Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. (pp. 195-209). São Paulo: Cortez.

Baker, J.A.H. (2003). Long-term responses to childhood sexual abuse: life histories of hispanic women in midlife. Tese de Doutorado, Mandel School of Applied Social Sciences, Case Western Reserve University.

Baptista, S. N. (2003). Teoria Geral do Dano: de acordo com o novo código civil brasileiro. São Paulo: Atlas.

Bardin, L. (1995). Análise de conteúdo. (L. A. Reto e A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70.

Bastos, J. T. S. (1928). Diccionario Etymológico, Prosódico e Orthográfico da Língua Portuguesa (2ª ed.). Lisboa: Antônio Maria Pereira Editora.

Bitencourt, C. R. (2001). Manual de Direito Penal – parte especial. Vol. 2. São Paulo: Editora Saraiva.

Bitencourt, C. R. (2002). Código Penal – comentado. São Paulo: Editora Saraiva.

Brasil. Lei de 16 de dezembro de 1830, manda executar o Código Criminal do Império. [On-Line]. Acessado em 28.03.2005. Disponível em www.camara.gov.br/internet/InfDoc/contéudo/coleções/legislação/legimp

Brasil. Decreto n. 847 de 11 de outubro de 1890, promulga o Código Penal da República dos Estados Unidos do Brasil. [On-Line] Disponível em <http://www6.senado.gov.br/sicon/ReexecutaPesquisaRealizada.action?sequencialConsulta=20060309132644953&codigoPortal=0>

Brasil. Lei n. 3.071 de 1º de janeiro de 1916, institui o Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Código Civil e legislação civil em vigor. 22ª ed. atual. Até 13 de janeiro de 2003.

Brasil. Decreto-Lei n. 2.848 de 7 de dezembro de 1940, institui o Código Penal Brasileiro. [On-line]. Disponível em www.planalto.gov.br. Acessado em 05.03.2003.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1, de 1992 a 40, de 2003, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº 1 a 6, de 1994. 21ª ed. Brasília-D.F.: Câmara dos Deputados/Coordenação de Publicações. 2003.

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.[On-line]. Disponível em www.planalto.gov.br. Acessado em 05.03.2003.

- Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, institui o Código Civil. [On-line]. Disponível em www.planalto.gov.br. Acessado em 05.03.2003.
- Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).
- Braun, S. (2002). A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo. Porto Alegre: Age.
- Brugger, W. (1977). Dicionário de Filosofia. (A. Pinto de Carvalho, Trad.). São Paulo: EPU.
- Bouhet, B., Pérard, D., & Zorman, M. (1997). A extensão do problema. Em M. Gabel (Org.). Crianças vítimas de abuso sexual. (pp. 29-42). São Paulo. Summus.
- Cabral, A., & Nick, E. (2000). Dicionário Técnico de Psicologia (10ª ed. rev. e ampl.) São Paulo: Cultrix.
- Cahali, Y. S. (1999). Dano Moral (2ª ed. 3ª tir. rev. atual. e ampl.). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Canto-Sperber, M. (2003). (Org). Dicionário de Ética e Filosofia Moral. (A. M. Ribeiro, M. F. , Lopes, M. V. K. de Sá Brito, P. Neves, Trad.). São Leopoldo: Editora Unisinos.
- Carvalho, H. & Segre, Marco. (1978). Compêndio de Medicina Legal. São Paulo: Saraiva.
- Casillo, J. (1994). Dano à pessoa e sua indenização (2ª ed. rev. e ampl.). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Castex, M. (1997). Dano Psíquico. Buenos Aires: Tekné.
- Centro de Defesa da Criança e do Adolescente- CEDECA-CEARÁ. Estatística de Denúncias de Violência contra Crianças e Adolescentes. Obtido em 15 jul. 2005. [On-line]. Disponível em <http://www.cedecaceara.org.br/index.htm>
- Centro Reina Sofia de Estudos sobre a Violência. (2003). Delitos Contra la Libertad e Indemnidad Sexual. Obtido em 11 jul 2005d. [On-line]. Disponível em: http://www.gva.es/violencia/crs/crs/punto4_es.pdf
- Costa, A. M. (1994). Direito Penal – Parte Especial. Vol. 2. Tomo I (4ª ed. rev. ampl. atual.). Rio de Janeiro: Forense.
- Costa, P. J., (2002). Comentários ao Código Penal (7ª ed. atualiz.). São Paulo: Saraiva.
- Croce, D., & Croce Júnior, D. (2004). Manual de Medicina Legal (5ª ed. rev. e ampl.). São Paulo: Editora Saraiva.

Davidoff, L. L. (1983). Introdução à Psicologia (A. B. Simões, Trad.). São Paulo: McGraw-Hill.

Diamanduros, T. D. (2004). Traumatic stress symptomatology in sexually abused boys. Tese de Doutorado, New York University, New York.

Diniz, M. H. (2002). Curso de Direito Civil Brasileiro (16ªed.) vol. 7. São Paulo: Saraiva.

Doron, R., & Parot, F. (2001). Dicionário de Psicologia. (O. Soares Leme, Trad.). São Paulo: Editora Ática.

Dorsch, F. (2001). Dicionário de Psicologia Dorsch (E. C. Leão, Trad.). Petrópolis: Editora Vozes.

Duarte, J. C., & Arboleda, M. R. C. (2002). Evaluación pericial de los abusos sexuales em la infância. Em M. L. Fernández (Coord), Abusos Sexuales em la infância – abordaje psicológico y jurídico. (pp. 85-113). Madrid: Biblioteca Nueva.

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2000). Víctimas de abuso sexual em la infância. Em E. Echeburúa & C. Guerricaechevarría, Abuso sexual em la infância: víctimas y agresores (pp. 41-77). Barcelona: Ariel.

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2005). Concepto, Factores de riesgos y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. Em, J. Sanmartín (Org.). Violencia contra los niños. (pp. 86-112). Barcelona: Ariel.

Echeburúa, E., Corral, P., & Amor, P. J. (2003). Evaluation of Psychological Harm in the Victims of Violent Crime. Psychology in Spain, 7 (1), 10-18.

Evangelista, R. & Menezes, I. V. (2000). Avaliação do Dano Psicológico em Perícias Acidentárias. Revista IMESC, (2), 45-50.

Fagundes, T. L. Q. (1998). Do desvio individual ao problema social: uma análise dos abusos e exploração sexual de crianças e adolescentes. CEDECA-BA [On-line]. Obtido em 22.03.2006. Disponível em http://www.cedeca.org.br/PDF/questao_medica_terezinha_fagundes.pdf

Faleiros, V. P. (1998). A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. Em M. F. P. Leal & M. A. César (Orgs), Indicadores de Violência intra-familiar e Exploração Sexual comercial de Crianças e Adolescentes (Relatório Final da Oficina), 1998, Brasília. Brasília: CESE.

Faleiros, E. T. S. & Campos, J. O. (2000). Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes. Brasília-D.F.: CECRIA.

Faleiros, V. P. & Faleiros, E. T. S. (Orgs.). (2001). Circuito e curto-circuitos: atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes. São Paulo: Veras Editora.

Ferreira, A. B. H. (1988). Novo Dicionário da Língua Portuguesa (1ª ed. 14ª reimp.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Ferreira, A. B. H. (1999). Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa (3ª ed. revis. ampl.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Ferenczi, S. (1992a). Confusão de língua entre os adultos e a criança (A. Cabral, Trad.) Em S. Ferenczi, Psicanálise IV (pp. 97-106). São Paulo: Martins Fontes.

Ferenczi, S. (1992b). Reflexões sobre o Trauma (A. Cabral, Trad.) Em S. Ferenczi, Psicanálise IV (pp. 109-117). São Paulo: Martins Fontes.

Fernández, M.L. (2002). Aproximación psicológica a la problemática de los abusos sexuales en la infância. Em Fernández, M.L. (Coord.), Abusos sexuales em la infancia (pp. 61-83). Madrid: Biblioteca Nueva.

Finkelhor, D. (2005). Victimologia Infantil. Em J. Sanmartín (Comp.), Violência contra Niños (3.a ed. actualiz.). (pp. 203-223). Barcelona: Ariel.

Fisher, D. G. & McDonald W. L. (1998). Characteristics of Intrafamilial and Extrafamilial Child Sexual Abuse. Child Abuse & Neglect. 22 (9), 915-929.

Flores, R. Z. (1997). Definir e medir o que são abusos sexuais (p. 23). Em M. F. P. Leal & M. A. César (Orgs), Indicadores de Violência intra-familiar e Exploração Sexual comercial de Crianças e Adolescentes (Relatório Final da Oficina), 1998, Brasília. Brasília: CESE.

França, G. V. (1995). Medicina Legal (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

França, G. V. (1998). Medicina Legal (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

França, G. V. (2000). Avaliação e valoração médico-legal do dano psíquico. [Online]. Obtido em 21 abr. 2005. Disponível em <http://www.pbnet.com.br/openline/gvfranca/>

França, G. V. (2001). Medicina Legal (6ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Frazier, K. N. (2003). Risk Characteristics for Sexual Abuse among Children age five years and under. Tese de Doutorado, University of New Orleans, New Orleans.

Freitas, H. M. R., Cunha, M. V. R, Jr., & Moscarola, J. (1996). Pelo resgate de alguns princípios da análise de conteúdo: aplicação prática qualitativa em marketing. In Anais do 20º ENANPAD, 1996, Angra dos Reis – RJ. Rio de Janeiro: ANPAD.

Freitas, H. M. R., & Janissek, Raquel. (2000). Análise Léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, seqüenciais e recorrentes para a exploração de dados qualitativos. Porto Alegre: Sphinx/ Editora Sagra Luzatto.

Freud, S. (1976). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. (M. Salomão, Trad.). Em J. Salomão (Org.), Edição Standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud. Vol. III, pp. 37-52. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1893)

Freud, S. (1976). A etiologia da Histeria (M. Salomão, Trad.). Em J. Salomão (Org.), Edição Standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud. Vol. III, pp. 214-249. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1896)

Freud, S. (1976). A interpretação dos sonhos – 2ª parte. (W. I. Oliveira, Trad.). Em J. Salomão (org.), Edição Standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud. Vol V, Cap. VI. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1901).

Freud, S. (1976). Além do princípio do prazer. (E. A Macieira, Trad.). Em J. Salomão (Org.), Edição Standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud. Vol. XVIII, pp. 13-85. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1920).

Freud, S. (1976). Introdução à Psicanálise e as Neuroses de Guerra. (E. A. M de Souza, Trad.). Em J. Salomão (Org.), Edição Standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud. Vol. XVII, pp. 257-263. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1919).

Freud, S. (1996). Extrato da correspondência com Fliess. Carta 69, 21 de setembro de 1897. Edição Standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, Vol. I, p. 309-311

Furniss, T. (1993). Abuso sexual da Criança: Uma abordagem multidisciplinar, manejo, terapia e intervenção legal integrados. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Gabel, M. (Org.). (1997). Crianças vítimas de abuso sexual. (S. Goldfeder, trad.). São Paulo. Summus.

Gilissen, J. (2001). Introdução Histórica ao Direito (A. M. Hespanha e L. M. Macaísta Malheiros, Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian,.

Gomes, C. L. S. P., Santos, M. C. C. L., & Santos, J. A. (1998). Dano Psíquico. São Paulo: Editora Oliveira Mendes.

Gusso, M. L. (2001). Dano Moral. Vol.1. São Paulo: Editora de Direito.

Habigzang, L. F., & Caminha, R. M. (2004). Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Houaiss, Antônio. Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa. Editora Objetiva Ltda, 2001. Versão 1.0. CD-ROM

Jesus, D.E. (2000). Código Penal Anotado (10ª ed. rev. atual.). São Paulo: Saraiva.

_____. (2004). Direito Penal – Parte Especial. Vol. 2 (26ª ed., atualiz.) São Paulo: Saraiva.

- Johnson, D. F. (2003). The long-terms effects of Childhood Sexual Abuse and the influence of Moderating Variables. Tese de Doutorado, Virginia Commonwealth University, Richmond -Virginia.
- Junqueira, M. F. P. S., & Deslandes, S. F. (2003, Janeiro - Fevereiro). Resiliência e maus-tratos à criança. Cadernos de Saúde Pública, 19 (1), 227-235.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Greeb, J. A. (2003). Compêndio de Psiquiatria (7ª ed. 3ª reimp.) (D. Batista, Trad). São Paulo: ArtMed.
- Katsikas, S. L. (1995). Long-terms effects of childhood maltreatment: An attachment Theory perspective. Tese de Doutorado, University of Arkansas, Arkansas.
- Lakatos, I. (1989). Falsificação e metodologia dos programas de investigação científica. (E. P. T. M. Mendes, Trad.). Lisboa: Edição 70.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (1992). Metodologia Científica. São Paulo: Atlas.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2005). Fundamentos de Metodologia Científica (6ª ed., 2ª tir.). São Paulo: Atlas.
- Lalande, A. (1996). Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia. (F. Sá Correia, M. E. V. Aguiar, J. E. Torres e M. G. de Souza, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Lamour, M. (1997). Os abusos sexuais em crianças pequenas: sedução, culpa, segredo. Em M. Gabel (Org.). Crianças vítimas de abuso sexual. (pp. 43-61). São Paulo. Summus.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2000). Vocabulário da Psicanálise (3ª tiragem). São Paulo: Martins Fontes.
- Leal, M. F. P., & César, M. A. (1998) (Orgs), Indicadores de Violência intra-familiar e Exploração Sexual- relatório final das oficinas. Brasília : CECRIA.
- Lôbo, P. L. N. (2003). Danos morais e direitos da personalidade. In Jus Navigandi [On-line], obtido em 22.05.2006. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4445>>.
- López, J. R. J. (2004). La credibilidad del testimonio infantil ante supuestos de abuso sexual: indicadores psicosociales. Tese de Doutorado, Universitat de Girona, Espãna.
- Lopez, T. A. (2004). O Dano Estético: responsabilidade civil (3ª ed. rev. atual. e ampl. e atualiz. com o código civil de 2002.) São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Lucarelli, M. D. M., & Lipp, M. E. N. (1999). Validação do inventário de sintomas de stress infantil – ISS – I . Psicologia: Reflexão e Crítica, 20 (1), 71-88.

- MacKenzie, G., Blaney, R., Chivers, A., & Vincent, O. E. (1993). The incidence of child sexual abuse in Northern Ireland. International Journal of Epidemiology, 22, 299-305.
- Magalhães, J. M. (2002). Dano Moral: teoria e prática (2ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Espaço Jurídico.
- Maior, A. S. (1975). História Geral (15 ed.). São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1996). Family-Related variables and Psychological Symptom Formation in Sexually Abused Girls. Journal of Child Sexual Abuse, 5 (1), 105.
- Maranhão, O. R. (2002). Curso Básico de Medicina Legal (8ª ed. 5ª tir.). São Paulo: Malheiros Editores.
- Marques, J. F. (2002). Tratado de Direito Penal. Campinas: Millenium.
- Melo, N. D. (2004). Dano Moral: problemática do cabimento à fixação do quantum. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira.
- Michelazzo, B. M. (1998). Do Dano Moral – teoria, legislação e jurisprudência. São Paulo: Lexbook.
- Minayo, M. C. S. (2002). O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. Em M. F. Westphal (Org.), Violência e Criança. (pp. 95-113). São Paulo: EDUSP.
- Moraes, M. C. B. (2003). Danos à Pessoa Humana: uma leitura civil-constitucional dos danos morais. Rio de Janeiro: Renovar.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Ojeda, E. N. S., Infante, F., & Grotberg, E. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliência em niños y adolescentes. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Nascentes, A. (1949). Dicionário Básico do Português do Brasil (1ª ed.). São Paulo: Livraria Martins Editora S.A.
- Nascimento, W. (2002). Lições de História do Direito (14ª. ed. rev. aum.). Rio de Janeiro: Editora Forense.
- Neto, N. G. M. G. (2004). Quantificação do Dano – Lesões Corporais. In GOMES, H. Medicina Legal (33ª ed. rev. atualiz.). Rio de Janeiro: Freitas Bastos.
- Nunes, L. A. R. (1999). O Dano Moral e sua interpretação jurisprudencial. São Paulo: Saraiva.

National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect-NCCAN. (2004). Long-term consequences of Child Abuse and Neglect. [On-line]. Obtido em 01 jun. 2005. Disponível em: <http://nccanch.acf.hhs.gov>

Oliveira, M. G. P. (2002). Dano Moral – proteção jurídica da consciência (2ª ed.). São Paulo: Editora de Direito.

Ordenações Filipinas [On-line]. Obtido em 24.01.2005 Disponível em <http://www.uc.pt/ihti/filipinas/ordenacoes.htm>.

Organização Mundial de Saúde. (1980). International Classification of Impairments, disabilities and handicaps. Geneva: Author.

Organização Mundial de Saúde. (1993). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Organização Mundial de Saúde da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial de Saúde (2002). Relatório mundial sobre a violência e saúde. Genebra: Krug, E. G. et al, eds.

Padilha, M.G.S. & Gomide, P. I. C. (2004). Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. Estudos de Psicologia, 9 (1), 53-61.

Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004, Maio – Agosto). Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20 (2), 135-143.

Poletto, M., Wagner, T. M., & Koller, S. H. (2004, Setembro - Dezembro). Resiliência e desenvolvimento infantil de crianças que cuidam de crianças: uma visão em perspectiva. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20 (3), 241-250.

Popper, K. R. (1975). A lógica da pesquisa científica. (L. Hegenberg & O. S. Mota, Trad). São Paulo: Cultrix.

Prado, A. O. A (Org.). (2004). Código de Hamurabi, Lei das XII Tábuas, Manual dos Inquisidores, Lei do Talião. São Paulo: Paulistanajur Ltda.

Prado, P. A. (1972). Medicina Legal e Deontologia Médica. São Paulo: Editora Juriscredi Ltda.

Reale, M. (1992). Temas de Direito Positivo. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

Reed-Perricone, K. (2002). Parental-focused Sexual Abuse Prevention Program: a look at familial risk factors. Tese de Doutorado, Department of Psychology at Pace University, New York.

Remédio, J. A., Freitas, J. F. S., & Lozano, J. J., Jr. (2000). Dano moral – doutrina, jurisprudência e legislação. São Paulo: Saraiva.

Reys, C. (1998). Dano Moral (4ª ed. atual. e ampl.). Rio de Janeiro: Editora Forense.

Reys, C. (1999). Avaliação do Dano Moral (2ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Forense.

Risso, R. E. (2003). Daño Psíquico delimitación y diagnóstico: fundamento teórico y clínico del dictamen pericial. [On-line]. Obtido em 28 set. 2005. Disponível em: <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-12/tema2.htm> - 31k

Rodrigues, S. (2002). Direito Civil – responsabilidade civil (19ª ed., atualiz.). Vol. 4. São Paulo: Saraiva.

Rodríguez, C. S.M. (2002). Los delitos de agresiones y abusos sexuales contra menores. Em M. L Fernández (Coord.), Abusos sexuales em la infancia: abordaje psicológico y jurídico. (pp. 55-58). Madrid: Biblioteca Nueva.

Romero, J. O. (2002). Roteiro de Medicina Legal. São José dos Campos: UNIVAP.

Rouyer, Michele. (1997). As crianças vítimas, conseqüências a curto e médio prazo. Em M. Gabel (Org.). Crianças vítimas de abuso sexual. (pp. 62-71). São Paulo: Summus.

Rovinski, S. L. R. (2004a). Dano psíquico em mulheres vítimas de violência. Rio de Janeiro: Editora Lúmen.

Rovinski, S. L. R. (2004b). Fundamentos da Perícia Psicológica Forense. São Paulo: Vetor.

Sanderson, C. (2005). Abuso Sexual em Crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais. São Paulo: M.Books.

Santini, J. R. (2002). Dano moral (3ª ed.). Campinas: Millenium.

Santos. A. J. (2003). Dano moral indenizável (4ª ed. rev., ampl. e atual. de acordo com o novo código civil). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

Santos, W. D. R. S., Calhau, L. B., Krymchantowsky, A. V. Duque. (2003). Medicina Legal: à luz do Direito Penal e Processo Penal. (5ª ed. rev. ampl. e atualiz.) Rio de Janeiro: Editora Impetus.

Sebold, J. (1987, Fevereiro). Indicadores de abuso sexual em meninos e adolescentes. (Edileusa da Rocha, Trad.). Em Social Casework, 68 (2), pp.75-80.

Severo, S. (1996). Os danos extrapatrimoniais. São Paulo: Editora Saraiva.

Silva, A. M. (1813). Dicionário da Língua Portuguesa (recopil.). Tomo I. Lisboa: Typographia Lacérdina..

Silva, M. P. (1975). Medicina Legal (2ª ed.). Rio de Janeiro: Autor.

Silva, W. M. (1983). O dano moral e sua reparação. (3ª ed. rev. e ampl.) Rio de Janeiro: Editora Forense.

Silva, A. L. M. (1999). O dano moral e sua reparação civil (1ª ed. 2ª tir). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

Steller, M., & Koehnken. (1989). Criteria-Based Statement Analysis. In Raskin, D. C. (Edit.). Psychological Methods in Criminal Investigation and Evidence. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Torrinha, F. (1956). Novo Dicionário da Língua Portuguesa para estudantes e para o povo. Porto: Editorial Domingos Barreira.

Trocme, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R., & McKenzie, B. (2001). Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect – Final Report. Ottawa – Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada.

Uchitel, M. (2001). Cena Incestuosa: abuso e violência sexual (Clínica Psicanalítica). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Urta, J. (2002). Niños y Jóvenes Víctimas de Agresión Sexual. Valoración de la credibilidad de su testimonio y sus secuelas. Em J. Urta (Comp.), Tratado de Psicología Forense. (pp. 429-457). Madrid: Siglo XXI.

U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau (2003). Child Abuse and Neglect User Manual Series – A coordinated Response to Child Abuse and Neglect. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Vaz, M. (2000). Abuso Sexual. CEDECA-BA [On-line]. Obtido em 22.03.2006. Disponível em http://www.cedeca.org.br/PDF/abuso_sexual_marlene_vaz.pdf

Vera, R. S. (2005). Resiliência, Família e Lesão Medular: uma investigação complexa. Tese de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-D.F.

Viaux, J. L. (1997). Perícia psicológica das crianças vítimas de abusos sexuais. Em M. Gabel (Org.). Crianças vítimas de abuso sexual, (Sonia Goldfeder, trad.). São Paulo: Summus.

Vieira, J. L. (Sup.). (1994). Código de Hamurabi: Código de Manu, excertos: (livros oitavo e nono): Lei das XII Tábuas. Bauru- SP: EDIPRO.

Vigarello, G. (1998). História da Violação – séculos XVI – XX. Lisboa: Editorial Estampa.

Wokmer, A. C. (org). (2002). Fundamentos de História do Direito (2ª ed., 2ª.tir, rev. e ampl.). Belo Horizonte: Del Rey.

Zavaschi, M. L. S., Telebom, M., Gazal, C. H., & Shansis, F. M. (1991). Abuso sexual na infância: um desafio terapêutico. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 13 (3), 136-145.

ANEXOS