



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE E CRIMINAL

**INDICADORES DE TRAUMA E CREDIBILIDADE DO
TESTEMUNHO EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL
EM CONTEXTO INTRAFAMILIAR**

Trabalho submetido por
Sara Pereira Coutinho Ferreira
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense e Criminal

novembro de 2021



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE E CRIMINAL

**INDICADORES DE TRAUMA E CREDIBILIDADE DO
TESTEMUNHO EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL
EM CONTEXTO INTRAFAMILIAR**

Trabalho submetido por
Sara Pereira Coutinho Ferreira
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense e Criminal

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Cristina Soeiro
Prof. Doutora Susana Monteiro

novembro de 2021

Resumo

Enquadramento: O abuso sexual intrafamiliar de crianças é um fenómeno prevalente à escala mundial, considerado um grave problema social e de saúde pública, que tem um impacto negativo na vida da criança e no bem-estar da família. Os estudos nesta área focam-se nos fatores de risco e no impacto na vítima, evidenciando como fatores de risco crianças provenientes de famílias disfuncionais, onde existem comportamentos de risco ou violência e ainda famílias monoparentais; quanto ao impacto na vítima os estudos referem uma serie de reações emocionais e comportamentais, que podem ou não estar associadas a PTSD. O objetivo principal é estudar a relação entre o abuso sexual intrafamiliar e o trauma e a credibilidade nas crianças vítimas. **Método:** Estudo exploratório de natureza qualitativa com uma amostra que inclui 18 crianças entre os 2 e os 15 anos ($M = 8,11$, $DP = 4$). A recolha de dados efetuou-se através de análise processual de casos clínicos em que foram pedidas avaliações psicológicas forenses, pelos tribunais portugueses e a consulta dos processos realizou-se com base na informação obtida através da revisão sistemática de literatura sobre os indicadores de trauma em crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar. **Resultados:** Os resultados revelam uma prevalência em crianças do sexo feminino, com uma média de idades de 6,67 ($DP=2,52$) para rapazes e 8,47 ($DP=4,27$) para raparigas; a maior parte das famílias são monoparentais ou reconstituídas, em termos de agressor verifica-se a prevalência de padrasto ou pai; a sintomatologia mais frequente é a ansiedade, isolamento, medos, comportamento agressivo e problemas sociais, e em termos de sintomatologia e credibilidade identificam-se maior sintomatologia nos casos credíveis. **Conclusão:** Os resultados do estudo vão ao encontro dos estudos anteriores sobre o tema. De ressaltar a importância do estudo da relação entre a sintomatologia traumática e a credibilidade do testemunho para a Psicologia Forense, contudo para estudos futuros seria importante recolher uma amostra de maior dimensão para compreender melhor este fenómeno.

Palavras-chave: abuso sexual intrafamiliar, trauma, impacto, sintomatologia, credibilidade, vítimas

Abstract

Background: Intrafamilial sexual abuse is a prevalent phenomenon worldwide, considered a serious social and public health problem, which has a negative impact on the child's life and well-being. Studies on this matter focus on risk factors and the impact on the victim. Studies highlight dysfunctional families, families with risky behaviors or violence and single-parent families as risk factors for intrafamilial sexual abuse. In terms of impact on the victim, studies mention a range of emotional and behavioral reactions which may or may not be associated with PTSD. The main objective is to study the relationship between intrafamily sexual abuse and trauma and testimony credibility in child victims. **Method:** Exploratory and qualitative study of a sample that includes 18 children with age between 2 and 15 ($M = 8,17$, $DP = 4,03$). Data were collected through a procedural analysis of clinical cases in which forensic assessments were requested by the portuguese courts and the cases were examined based on information obtained through the systematic review of literature on the indicators of trauma in children's victims of intrafamilial sexual abuse. **Results:** The results reveal a prevalence in female children, with a mean age of 6.67 ($SD=2.52$) for boys and 8.47 ($SD=4.27$) for girls; mostly single-parent or reconstituted families, in terms of abuser the prevalence of stepfather or father, in terms of symptomatology and credibility, greater symptoms are identified in credible cases. **Conclusion:** The study results are in line with previous studies on the subject. It is important to highlight the importance of studying the relationship between traumatic symptoms and the credibility of the testimony for Forensic Psychology, however, for future studies it would be important to collect a larger sample to better understand this phenomenon.

Keywords: intrafamilial child sexual abuse, trauma, impact, symptomatology, credibility, victims

Índice

Resumo	1
Abstract.....	3
Índice de Tabelas	7
Introdução	9
Abuso Sexual Intrafamiliar e trauma.....	11
Definição e caracterização de abuso sexual intrafamiliar.....	11
Características do fenómeno	12
Fatores explicativos associados às vítimas e às famílias	13
Impacto do abuso sexual intrafamiliar	14
Definição de trauma.....	15
Sintomatologia do trauma em casos de abuso sexual intrafamiliar	17
Avaliação do trauma e da credibilidade do testemunho	23
Objetivos.....	24
Metodologia.....	25
Amostra.....	25
Medidas e Materiais.....	25
Procedimento	27
Resultados.....	28
Caracterização do fenómeno de abuso sexual intrafamiliar	28
Caracterização da estrutura da família	28
Caracterização da vítima	28
Caracterização do agressor.....	29
Caracterização do contexto do abuso sexual.....	32
Vitimação: saúde, trauma e credibilidade.....	33
Características do abuso e Sintomatologia.....	39
Características da vítima e sintomatologia.....	39
Discussão	42
Conclusão	44
Referências	45
Anexos.....	52

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Fatores que influenciam o trauma</i>	17
Tabela 2. <i>Principais sintomas do abuso sexual</i>	22
Tabela 3. <i>Caracterização da estrutura familiar</i>	30
Tabela 4. <i>Caracterização das vítimas</i>	31
Tabela 5. <i>Caracterização do agressor</i>	31
Tabela 6. <i>Caracterização do abuso</i>	35
Tabela 7. <i>Informação relativa à saúde</i>	37
Tabela 8. <i>Sintomatologia Traumática</i>	38
Tabela 9. <i>Credibilidade do testemunho</i>	40

Introdução

O abuso sexual intrafamiliar de crianças é um fenómeno prevalente à escala mundial, considerado um grave problema social e de saúde pública, uma vez que tem um impacto negativo na vida da criança e no bem-estar da família (Beltran & Marin, 2012; Bi, Rancher, Johnson, Cool, McDonald & Jouriles, 2019; Espindola & Batista, 2013; Katz, Tsur, Nicolet, Klebanov & Carmel, 2020; Tener, Marmor, Katz, Newman, Silovsky, Shields & Taylor, 2020).

O impacto negativo prende-se com o facto de a criança não ter capacidade para se defender, não compreender que o que está a acontecer é uma forma de violência e/ou existir uma dualidade de sentimentos em relação ao perpetrador, uma vez que, na maior parte dos casos, existe uma quebra da confiança de alguém que deveria proteger a criança, mas ao mesmo tempo existe um afeto positivo, pois essa pessoa é alguém significativa para a criança (Amédee, Tremblay-Perreault, Hébert & Cyr, 2019; Batool & Abtahi, 2017; Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005; Marques, Belizario, Rocca, Saffi, Barros & Serafim, 2020). Por outro lado, o abuso sexual intrafamiliar decorre por um período de tempo mais longo, que pode ir de um a nove anos, e com maior frequência e pode causar um desmoronamento da família e da rede social e de suporte da criança (Habigzang et al., 2005; Amédee et al., 2019; Batool & Abtahi, 2017; Loinaz et al., 2019; Marques et al., 2020; Musiwa, 2019; Wallis & Woodworth, 2020).

Estima-se que o abuso sexual de crianças afete uma em cada cinco mulheres e um em cada dez homens a nível mundial (Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser & Kranenburg, 2011). Relativamente ao tipo de abuso sexual, os estudos revelam que o abuso sexual intrafamiliar é, de facto, aquele que ocorre com mais frequência (Erdman, Colker & Winter, 2020; Essabar, Khalqallah & Dakhama, 2015; Loinaz, et al., 2019; Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, & IJzendoorn, 2015). Em Portugal, entre 2013 e 2018, dos 9.539 crimes de violência contra crianças reportados, cerca de 25% foram crimes de abuso sexual. Entre 2016 e 2019, das 1167 crianças e jovens apoiados no âmbito do Projeto CARE da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), 52,2% ocorreram no contexto intrafamiliar (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2019; RASI, 2018).

Os vários estudos identificam como fatores de risco de abuso intrafamiliar famílias com baixo rendimento, famílias disfuncionais e monoparentais, famílias onde existem conflitos parentais e violência doméstica e famílias em que os pais têm um nível de

escolaridade baixo e/ou existem consumos excessivos de álcool e/ou substâncias (Briere, Runtz, Rassart, Rodd & Godbout, 2020; Gekoski et al., 2016; Mian, Marton, Lebaron & Birtwistle, 1994; Tener et al., 2020). É também identificado como fator de risco pais com historial de abuso físico e/ou sexual na infância e com uma pobre vinculação na relação pais-filho (Gekoski et al., 2016; Mian, Marton, Lebaron & Birtwistle, 1994; Tener et al., 2020).

As crianças vítimas de abuso sexual podem apresentar uma serie de reações emocionais e comportamentais, tais como: aumento da dificuldade para adormecer/dormir e pesadelos, comportamento retraído, explosões de raiva, ansiedade, depressão, não querer ficar sozinho com determinado individuo/a, conhecimento sexual, linguagem e/ou comportamentos inadequados para a idade da vítima (Batool & Abtahi, 2017; Marques et al., 2020; Amédee et al., 2019). Contudo, há que ter em conta que estes comportamentos e/ou reações emocionais podem variar consoante a idade da criança e que, por outro lado, também existem crianças vítimas que não demonstram qualquer mudança comportamental e/ou emocional, que permanecem assintomáticas após os abusos terminarem, só manifestando sintomas graves muito posteriormente, cerca de um ano ou mais após o abuso terminar, o chamado *sleeper effect* (Antunes & Machado, 2012; Trickett, Noll & Putnam, 2011; Essabar, Khalqallah & Dakhama, 2015; Gekoski et al., 2016).

Sendo o trauma a reação da criança a um evento em que a sua saúde física e/ou emocional foi ameaçada ou posta em perigo, nestes casos torna-se mais complexo, uma vez que acresce o facto de existir uma relação afetiva com o agressor (American Psychologic Association, 2014; Martinez, Polo & Zelic, 2014; Sinanan, 2015).

A avaliação psicológica do trauma, mais especificamente em casos de abuso sexual intrafamiliar, tem um papel importante tanto na determinação de um acompanhamento e intervenção adequados às necessidades da criança, como para o contexto judicial, tendo em conta que as perícias psicológicas forenses são cada vez mais reconhecidas como fundamentais para a tomada de decisão judicial (Manita & Machado, 2012). No sentido de contribuir para o estudo da problemática e do impacto do abuso sexual de crianças em contexto intrafamiliar, e tendo em conta a dificuldade em realizar estudos nesta área pelos constrangimentos no acesso à amostra, a presente investigação, de natureza qualitativa, analisa os casos de abuso sexual intrafamiliar avaliados em contexto forense, pelo

Gabinete de Psicologia Forense do Instituto Universitário Egas Moniz, e procura identificar qual o impacto desta experiência de violência em termos psicológicos e da saúde mental como trauma infantil.

Abuso Sexual Intrafamiliar e Trauma

Definição e caracterização de abuso sexual intrafamiliar

O abuso sexual intrafamiliar é um dos problemas mais graves e mais difíceis de abordar e estudar, uma vez que, por um lado muitas das vezes só conhecemos uma pequena parte do problema ou do que realmente aconteceu e por outro porque muitas das vezes não é denunciado. A falta de denúncia nestes casos prende-se, essencialmente, com o facto de ser um assunto que é mantido em segredo de outros membros da família, por diversas razões como negligência, desacreditação ou pelo simples facto de não quererem afastar o perpetrador da família. Noutros casos, pode não ser reportado pela própria criança porque esta sente culpa e/ou vergonha do abuso ou medo do perpetrador (Selvi, Ozdemir, Atli & Kiran, 2011).

O abuso sexual intrafamiliar define-se como qualquer ato sexual indesejado ou tentativa de ato sexual indesejado e/ou um comentário, um contacto ou uma interação de natureza sexual indesejados, ou a sua tentativa, que ocorra entre familiares com laços de sangue e/ou afetivos, ou seja, independentemente do seu grau de parentesco, e tendo em conta que não de todo relevante se a criança mostrou, ou não, vontade de se envolver sexualmente com a pessoa (Habigzang et al., 2005; Goodyear-Brown, Fath & Myers, 2011; Sinanan, 2015). Assim, ainda que a vítima e o agressor não vivam na mesma casa, o abuso tende a ocorrer na habitação da criança, dos/as familiares ou noutros espaços que sejam frequentados pela família e, por isso, locais familiares que fazem parte da vivência da criança (Gekoski et al., 2016).

O abuso sexual define-se como qualquer ato sexual indesejado ou tentativa de ato sexual indesejado e/ou um comentário, um contacto ou uma interação de natureza sexual indesejados, ou a sua tentativa. No entanto, é importante reforçar a ideia de que o abuso sexual não é apenas contacto físico e que situações como *voyerismo*, assédio e exibicionismo também são tipos de abuso sexual, uma vez que são situações que são impostas às crianças através do uso de violência física, ameaça ou instigação da sua vontade (Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005; Sinanan, 2015; APAV, 2019).

Considera-se abuso sexual intrafamiliar quando as situações acima descritas ocorrem entre familiares com laços de sangue e/ou afetivos, ou seja, independentemente do seu grau de parentesco, e tendo em conta que não é de todo relevante se a criança mostrou, ou não, vontade de se envolver sexualmente com a pessoa (Fischer & McDonald, 1998; Goodyear-Brown et al., 2011; Russel, 1983).

Alguns autores evidenciam o facto de este tipo de abuso se chamar familiar por ser perpetrado por um membro da família da vítima ou alguém que vive habitualmente com a vítima ou que frequenta regularmente a casa da vítima, que pode ser tanto um pai, como um padrasto ou um namorado da mãe, um irmão ou outro parente (Fischer & McDonald, 1998). Paralelamente, Russel (1983) definiu que se considera abuso sexual intrafamiliar de crianças qualquer tipo de contacto sexual exploratório que ocorre entre parentes, não sendo relevante quão distante é o relacionamento e antes da vítima fazer 18 anos.

Nos vários estudos realizados sobre abuso sexual intrafamiliar não existe evidência clara sobre o facto de o abuso sexual intrafamiliar envolver abusos mais severos do que o extrafamiliar. Contudo, Taveira, Frazão, Dias, Matos e Magalhães (2009) e Ventus, Antfolk & Salo (2017) referem que o abuso sexual intrafamiliar tem um impacto mais negativo nas vítimas. Por outro lado, Loinaz e colegas (2019) evidenciam a possibilidade de os dois contextos serem igualmente nocivos, referindo que no contexto intrafamiliar, tendo em conta a repetição do abuso, o trauma pode ser o mesmo que o de uma agressão em contexto extrafamiliar.

Por um lado, consideraram-se abusos menos graves, do ponto de vista da violência física, os casos de abuso sexual intrafamiliar, contudo do ponto de vista emocional consideram-se mais graves os abusos perpetrados em contexto intrafamiliar. Este ponto deve-se, essencialmente, ao facto de envolver uma maior proximidade afetiva entre a vítima e o agressor, tornando mais difícil a revelação do abuso, por ser praticado, na maior parte das vezes, no secretismo do lar. Por outro lado, acresce o facto de os abusos acontecerem com maior frequência e as vítimas de abuso sexual intrafamiliar serem mais novas, em relação às do contexto extrafamiliar (Taveira et al., 2009).

Características do fenómeno

Relativamente a diferenças de género das vítimas, vários estudos revelam que as raparigas são mais prováveis de ser vítimas do que os rapazes (Guerra & Pereda, 2015;

Hébert, Amédée, Blais & Gauthier-Duchesne, 2019; Loinaz et al., 2019; Stoltenborgh et al., 2011; Tossone, Wheeler, Butcher & Kretschmar, 2018).

Em termos de idade, as vítimas de abuso sexual intrafamiliar tiveram o primeiro contacto por volta dos 7 anos de idade, sendo que, em média, os rapazes são mais novos (5,34 anos) do que as raparigas (7,38) neste primeiro contacto de abuso. O autor identificou, também, que quanto mais nova é a vítima, maior são as lesões físicas em sobreposição às emocionais. Em termos de duração do abuso, os autores referem que na maior parte dos casos durou entre um e 9 anos. Em termos de perpetrador, mais de metade dos casos de abuso sexual intrafamiliar aconteceram entre pai/padrasto/pai adotivo/pai de família de acolhimento e menina. (Habigzang et. al, 2005).

Relativamente à denúncia do abuso, na maioria dos casos este é mantido em segredo durante mais do que um ano. A criança sente-se obrigada a esconder o abuso, uma vez que o perpetrador exerce ameaças ou chantagem para que a vítima não fale sobre o assunto. Contudo, o prolongamento do segredo deve-se, também, a sentimentos de culpa e/ou vergonha da vítima. Assim, a idade da denuncia pode não ser a idade em que o abuso ocorreu (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993; McElvaney & Culhane, 2017).

Fatores explicativos associados às vítimas e às famílias

Fatores de risco são situações ou comportamentos que aumentam a probabilidade de ocorrência de um acontecimento. No caso do abuso sexual intrafamiliar e tendo em conta que falamos de crianças, os fatores de risco de abuso sexual prendem-se, essencialmente, com as características e dinâmicas familiares (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2019).

Relativamente aos fatores de risco que são extrínsecos às crianças, vários estudos referem que existem determinados fatores que aumentam a probabilidade de o abuso acontecer, tais como o tipo de família (monoparental ou reestruturada), famílias com baixo rendimento socioeconómico, famílias onde existem conflitos parentais, violência doméstica, abuso de álcool e/ou drogas, desemprego e negligência parental. Por outro lado, também são identificadas características dos pais como fatores de risco para a criança, tais como pais com um baixo nível de escolaridade, pais com historial de abuso físico e/ou sexual e/ou negligência na infância e pais com pobre vinculação na relação pais-filho (Briere et al., 2020; Gekoski, Davidson & Horvath, 2016; Mian, Marton, Lebaron & Birtwistle, 1994; Musiwa, 2019; Tener et al., 2020). Habigzang et al. (2005)

menciona, ainda, que o autoritarismo, o stress, o isolamento social, a presença de perturbações psiquiátricas nos pais e casos de morte/separação/doença de um dos cônjuges podem ser também fatores de risco que associados a outros podem potenciar a ocorrência de abuso sexual intrafamiliar de crianças.

Impacto do abuso sexual intrafamiliar

O impacto que o abuso sexual tem na criança está relacionado a fatores intrínsecos à criança, tais como vulnerabilidade e resiliência (temperamento e resposta ao nível de desenvolvimento neuropsicológico) e a existência de fatores de risco e proteção intrínsecos (recursos sociais, funcionamento familiar, recursos emocionais dos cuidadores e recursos financeiros, incluindo acesso a tratamento). Assim, o abuso pode ter consequências mais negativas, por exemplo, para uma criança que não dispõe de uma rede de apoio social (Habigzang et al., 2005).

A saúde emocional antes do abuso é um dos fatores que influencia o impacto do abuso sexual na vítima, por exemplo, crianças emocionalmente saudáveis antes do abuso tendem a sofrer menos efeitos negativos. Por outro lado, alguns dados sugerem que as formas de abuso mais intrusivas (ie. penetração) aumentam o risco de a criança vir a sofrer consequências mais negativas. Em relação à duração e frequência do abuso, os estudos indicam que as crianças que sofrem abuso sexual a longo prazo, tendem a ter consequências mais negativas na sua saúde mental e física (Haj-Yahia & Tamish, 2001; Seto, Babchishin, Pullman & McPhail, 2015).

A reação dos outros ao abuso é um dos fatores que também influencia o impacto do abuso sexual na vítima, por exemplo, se a família e/ou os amigos não acreditam que o abuso tenha ocorrido ou se a vítima sente que os outros a responsabilizam pelo abuso, a vítima pode apresentar sintomas mais severos. Por outro lado, se a família e/ou os amigos apoiarem-na, esta sente-se mais segura e protegida. Outro fator que influencia o impacto do abuso sexual na criança é a dissolução da família. A dissolução da família não se refere aos pais se separarem após se saber que o pai violou a filha, por exemplo, significa sim que a família não consegue lidar com a situação e começam a surgir conflitos levando a uma desagregação da família, fazendo com que a criança não se sinta num ambiente estável para poder ultrapassar o impacto que o abuso sexual teve na sua vida (Habigzang et al., 2005).

Na literatura, a psicopatologia mais decorrente do abuso sexual é a Perturbação de Stress Pós-traumático (PTSD). No entanto, as crianças vítimas de abuso sexual podem apresentar uma série de reações emocionais e comportamentais, tais como: aumento da dificuldade para adormecer/dormir e pesadelos, comportamento retraído, explosões de raiva, ansiedade, depressão, não querer ficar sozinho com determinado indivíduo/a, conhecimento sexual, linguagem e/ou comportamentos inadequados para a idade da vítima (Batoool & Abtahi, 2017; Amédee et al., 2019; Marques et al., 2020). Contudo, há que ter em conta que estes comportamentos e/ou reações emocionais podem variar consoante a idade da criança e que, por outro lado, também existem crianças vítimas que não demonstram qualquer mudança comportamental e/ou emocional (Child Welfare Committee, 2021).

Habigzang e colegas (2005) identificam características pessoais das vítimas que são consideradas positivas na recuperação do trauma do abuso, tais como uma atitude pessoal com a relação de abuso, interesse da vítima pelos estudos, capacidade em comunicar, estratégias eficazes de conforto, aparência física limpa e agradável e afetividade. E outras que considerada negativas durante o processo de recuperação, como distúrbios de desenvolvimento, afeto/vínculos negativos, aparência física pouco cuidada, falta de limites e agressividade confrontativa.

Definição de trauma

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) define um evento traumático como um incidente em que uma pessoa foi exposta à morte, ameaçada de morte, ameaçada ou gravemente ferida ou sofreu algum tipo de violência sexual, diferenciando os sintomas manifestados por crianças com menos de 6 anos de idade das crianças a partir dessa idade (American Psychologic Association, 2014). O trauma sexual pode ter um efeito profundamente devastador na vítima e pode influenciar o processo de desenvolvimento normal da criança. Contudo, enquanto nalguns casos esse sofrimento pode ser observado, através de comportamentos e características emocionais, noutros casos as vítimas podem ser relativamente assintomáticas (Sinanan, 2015).

Os efeitos psicológicos do abuso sexual muitas vezes ocorrem independentemente da extensão do trauma que a criança sofreu do abuso. Isto é, mesmo que a criança não seja diagnosticada com Perturbação de Stress Pós-Traumático, pode apresentar comportamentos, atitudes ou sentimentos que são característicos de PTSD (Sinanan, 2015).

As crianças vítimas de abuso sexual podem exibir uma grande variedade de comportamentos que podem ou não estar associados a PTSD, o que torna o trauma nestes casos extremamente complexo e pode levar a um diagnóstico incorreto. Por exemplo, um psicólogo que esteja a acompanhar uma criança que foi abusada pode diagnosticá-la com uma Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), porque esta apresenta problemas de concentração, contudo estes problemas podem apenas ser um sintoma da presença de Perturbação de Stress Pós-traumático (arrousal).

Desta forma, acabam por medicar a criança para o problema de PHDA, não aprofundando o problema que originou o PHDA, que foi o abuso sexual. Por outro lado, também se assume de forma automática que qualquer criança que tenha sofrido um abuso está traumatizada e, por isso, são realizados muitos diagnósticos incorretos de PTSD, o que acaba por levar a um tratamento inadequado (Wherry, Corson & Hunsaker, 2013). Esta é uma das razões da importância de perceber o que é realmente o trauma em casos de abuso sexual e a realização de uma avaliação adequada destes casos.

Martinez e colegas (2014) referem que a exposição a eventos traumáticos não resulta automaticamente no desenvolvimento de sintomas de PTSD. Contudo, existem alguns tipos de eventos traumáticos, como o abuso sexual, que estão associados a sintomas depressivos e outros problemas de comportamento relacionados com stress pós-traumático. Desta forma, as vítimas de abuso sexual têm um risco maior de desenvolver PTSD quando comparadas com vítimas de outros tipos de situações traumáticas (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

Os vários estudos concluem que aspetos como o género, a idade, o número de exposições ao evento traumático e a exposição a múltiplos tipos de eventos traumáticos influenciam diferentemente a expressão de sintomas pós-traumáticos (Martinez et al., 2014).

Consequentemente, vários autores referem que é comum as vítimas de abuso sexual intrafamiliar serem também vítimas de negligência, abusos emocionais e físicos. E que, nestes casos, as vítimas estão mais propensas a desenvolver sintomas severos de PTSD, pois têm o que é chamado de trauma complexo – exposição a múltiplos tipos de eventos traumáticos. (Finkelhor, Ormrod, Turner, & Hamby, 2005; Habigzang et. al, 2005).

Sintomatologia do trauma em casos de abuso sexual intrafamiliar

Existem várias variáveis (Tabela 1) que contribuem para a determinação da extensão do impacto negativo do trauma sexual na infância, que estão associadas a diferenças individuais no sexo, idade e nível de desenvolvimento da criança, relação com o perpetrador, tipo de abuso sexual, uso de violência (força ou ameaça), frequência e duração do abuso (Martinez et al., 2014; Sinanan, 2015; Selvi et al., 2011).

Tabela 1.

Fatores que influenciam o trauma

Sexo
Idade
Tipo de agressor
Severidade do abuso
Tipo de contacto
Frequência do abuso
Duração do abuso
Apoio da família
Manipulação
Outro tipo de abuso/vitimação
Saúde/estado mental

Em termos de sexo, nas raparigas observa-se uma maior prevalência de ansiedade e depressão como resultado da resposta natural ao stress pós-traumático, enquanto nos rapazes observa-se uma maior prevalência de comportamentos de raiva e delinquentes. Isto acontece devido às diferenças sociais, que predispõem as raparigas para uma internalização dos sentimentos e problemas e os rapazes para uma externalização dos mesmos. (Conte & Schuerman, 1987; Guerra & Pereda, 2015; Hébert et al., 2019; Loinaz et al., 2019; Martinez et al., 2014; Newcomb et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011).

Relativamente à idade, não existe consenso. Por um lado, alguns estudos sugerem que os adolescentes têm um maior risco de desenvolver sintomas pós-traumáticos, pois são mais conscientes das consequências negativas do abuso. Por outro, existem estudos que referem que as crianças mais novas estão em maior risco de desenvolver stress pós-traumático após experienciarem um evento traumático, uma vez que o trauma do abuso vai inferir com o crescimento da sua autoconsciência; as crianças que estão em estágios iniciais de desenvolvimento possuem menos recursos psicológicos para lidar e enfrentar o abuso e, por isso, podem sofrer consequências mais adversas (Conte & Schuerman, 1987; Habigzang et al., 2005; Guerra & Pereda, 2015; Hébert et al., 2019; Loinaz et al., 2019; Martinez et al., 2014).

Ainda assim, existem estudos que não revelam associação entre idade e stress pós-traumático. Alguns estudos também revelam que a criança mais nova pode estar “protegida” pela ingenuidade própria da idade e não ter consciência da gravidade do comportamento e, por consequência, não sentir tanto os efeitos negativos do abuso (Conte & Schuerman, 1987; Habigzang et al., 2005; Guerra & Pereda, 2015; Hébert et al., 2019; Loinaz et al., 2019; Martinez et al., 2014).

No entanto, Martinez e colaboradores (2014) referem a possibilidade de nestes estudos a idade estar a ser confundida com o tipo de evento traumático a que a criança foi exposta e que se a idade for estudada dentro de cada tipo de evento traumático, talvez se consiga um melhor panorama destas diferenças.

Os vários estudos evidenciam que, em casos de abuso intrafamiliar, o sentimento do trauma pode aumentar, porque a dualidade de sentimentos em relação ao perpetrador gera, na criança, um aumento dos sentimentos de culpa. Assim, alguns estudos apontam que quanto maior for a distância emocional em relação ao agressor, menos traumatizante pode ser para a criança. Isto acontece porque sendo alguém próximo da criança, com quem esta apresenta uma relação de confiança, pode tornar-se extremamente traumatizante um laço de confiança ser quebrado dessa maneira; um sítio que para a criança era um porto seguro torna-se, de um momento para o outro, um ambiente ameaçador, provocando na criança sentimentos de medo, desamparo e abandono. Então, neste contexto, o trauma pode ser maior, refletindo-se em sintomas como irritabilidade, maior ansiedade, depressão e, por consequência, comportamentos agressivos, podendo nalguns casos apresentarem, também, défices de atenção. Ainda por consequência desta traição, a criança tem tendência a isolar-se e a desenvolver dificuldade em criar relações sociais, uma vez que fica sempre com o medo de que a possam trair novamente (Amédee et al., 2019; Batool & Abtahi, 2017; Conte & Schuerman, 1987; Haj-Yahia & Tamish, 2001; Habigzang et al., 2005; Lisak, 1994; Marques et al., 2020; Sinanan, 2015).

A severidade e a violência da agressão são fatores que influenciam diretamente a vulnerabilidade face ao trauma. Um acontecimento que é várias vezes repetido é mais traumático do que um acontecimento isolado. Os estudos indicam que a repetição do abuso é 6,3 vezes mais provável de acontecer em casos de violência sexual intrafamiliar. (Hébert et al., 2019).

Por outro lado, a experiência do abuso pode ser mais traumática e levar a um maior sentimento de impotência em situações que existe um contato direto corpo-corpo (penetração, penetração com dedo, beijos, sexo oral e masturbação), em que existe

agressão, coerção ou ameaça de vida. Nestas situações de abuso, quando a criança tenta resistir, fugir ou enganar o agressor, pode tornar-se numa experiência mais traumática, uma vez que, por não conseguir, a criança acaba por se sentir frustrada (Batoool & Abtahi, 2017; McElvaney & Culhane, 2017; Loinaz et al., 2019).

O abuso sexual pode ocorrer apenas uma vez ou pode ser contínuo durante meses ou anos. Infelizmente, para as crianças vítimas de abusos sexual intrafamiliar é difícil escapar da situação abusiva, uma vez que o contacto com o perpetrador é, na maior parte das vezes, contínuo. Pelo que estão constantemente a serem expostos a lembretes contínuos do abuso (Sinanan, 2015).

Assim como o desenvolvimento saudável na infância pode ser influenciado por inúmeras variáveis do contexto familiar (relações primárias desenvolvidas pela criança, saúde mental dos familiares e dinâmica familiar) e de fatores genéticos e ambientais, há que ter em conta que essas variáveis também serão importantes e influenciarão o processo de trauma e vitimação da criança ou jovem (Berliner & Conte, 1993).

Os estudos demonstram que o envolvimento dos pais e de outros adultos é crucial na mediação dos efeitos negativos que o abuso sexual provoca nas crianças e jovens. A influência que as reações dos outros têm no impacto do trauma, prendem-se essencialmente com o apoio que lhe dão e como lidam com a situação, sendo que as crianças que têm pais, cuidadores e/ou familiares que as apoiam e mostram-lhes compreensão e empatia, normalmente revelam uma experiência menos traumatizante (Berliner & Conte, 1993; Cameron, 2000; Gewirtz-Meydan, 2020; Wyatt & Mickey, 1987).

Assim, o impacto pode ser consideravelmente mais acentuado se a família não receber bem a criança ou o jovem, se esta não acreditar nele, ou se, por exemplo, a revelação do abuso levar a uma dispersão ou desorganização da família (eg. Divórcio). Alguns autores evidenciam também que, em situações em que para além do abuso, a criança também está envolvida num processo de divórcio litigioso dos pais ou de custódia, pode sofrer múltiplo trauma (Lisak, 1994; Marques et al., 2020).

Outro fator que pode aumentar o trauma é o facto de algumas mães silenciarem a ocorrência por simplesmente negligenciarem, ou não terem comportamentos de proteção em relação à criança ou, ainda, reagirem à revelação do abuso com raiva e punição. Estas reações negativas por parte das mães podem levar a que a criança manifeste distúrbios comportamentais. Contudo, os autores salvaguardam que respostas positivas por parte das mães, também não levam a uma melhor adaptação (Kendall-Tackett et. al, 1993). Assim, a maior parte das crianças experiênciam um maior sentimento de traição quando percebem que as suas mães ou outras pessoas importantes são incapazes de acreditar nelas ou protegê-las. No entanto, os estudos demonstram, também, que isto acontece mesmo naquelas crianças em quem os pais acreditam e tem uma atitude totalmente protetora. Isto acontece essencialmente, porque as crianças mais novas enfatizam os pais enquanto seres onnipotentes e capazes de evitar qualquer dano (Wyatt & Mickey, 1987).

Os perpetradores conseguem ganhar a submissão e o silêncio das vítimas através de estratégias de manipulação, como por exemplo, a chantagem emocional que lhes fazem sob ameaças pessoais, que também pode ter várias formas, como dano físico (a elas próprias ou a familiares), castigos ou a punição através da retirada de bens materiais, privilégios ou carinho.

Através destes comportamentos e do papel de poder e autoridade do perpetrador, as crianças sentem-se responsáveis pelo que aconteceu e pelo que pode vir a acontecer se falarem sobre o abuso, por um lado, sentem a responsabilidade de assegurar o seu próprio bem-estar e, por outro, sentem que têm de assegurar o bem-estar e a segurança da sua família, bem como do agressor, uma vez que este faz parte da família. Assim, o silêncio é-lhes instigado, o que as coloca num papel de coconspiradoras do seu próprio abuso (Berliner & Conte, 1993; German, Habenicht & Fitcher, 1990; Habigzang et al., 2005; Kellogg, Koek & Nienow, 2020; McElvaney & Culhane, 2017; Paine, 2000; Summit, 1983). Deste modo, nos casos em que existe esta manipulação, este impelir do segredo, a experiência torna-se traumatizante, na medida em que provoca na criança uma dualidade, complexidade e ambivalência de sentimentos (Germane et al., 1990; Paine, 2000; McElvaney & Culhane, 2017).

A condição psicológica influencia o trauma, uma vez que existem crianças que podem ser mais vulneráveis ao trauma por já sofrerem certo tipo de problemas psicológicos como história de abuso anterior ou serem, por exemplo, provenientes de famílias disfuncionais (Guerra & Pereda, 2015).

Outro comportamento que uma criança com trauma pode apresentar é recusar-se a fazer algo ou a estar com alguém porque essa situação ou essa pessoa o relembram da situação traumática (Child Welfare Committee, 2008). Por exemplo, a criança pode recusar-se a ir à aula de música porque o professor utiliza o mesmo perfume que o seu perpetrador. Ainda outra situação que potencia um aumento do trauma, é a repetição do relato dos acontecimentos. Ainda que, em relação a este último, se tenham vindo a fazer esforços para evitá-lo, nomeadamente a conceção das Declarações para Memória Futura, precisamente com o objetivo de não sujeitar as vítimas a relatarem várias vezes a mesma situação traumática.

O comportamento de uma criança traumatizada pode, também, ser o reflexo do tipo de trauma que sofreu, por exemplo, uma criança que sofreu abuso sexual pode apresentar comportamentos sexualizados (obsessões sexuais ou comportamento sexuais compulsivos) como sintoma de trauma. Este fenómeno chama-se sexualidade/sexualização traumática, que pode ser definida como um desvio da norma no que concerne ao desenvolvimento de sentimentos e atitudes sexuais. Esta reconstituição do evento traumático pode acontecer como forma de não esquecer a situação traumática por que passou ou como uma tentativa de ganhar controlo das suas experiências (Selvi et al., 2011).

Por outro lado, estes comportamentos sexuais são consequência da falta de conhecimento/experiência de relações sociais ou falta de carinho ou qualquer sentimento de amor, isto é, o abuso pode ter sido a única vez que estas crianças sentiram aceitação ou intimidade com alguém. Consequentemente, a única forma que sabem lidar com relações interpessoais é através de comportamentos sexuais, que como foram adquiridos sob manipulação do agressor, as crianças também os aprendem como estratégia de manipulação para conseguir que outros atendam às suas necessidades. Outros autores referem, também, que algumas partes do corpo da criança podem receber importância e significados distorcidos, fazendo com que a criança adquira comportamentos errados acerca do comportamento sexual (Friedrich et al., 2001; Lisak, 1994).

Wolf (2018) refere outras variáveis que têm influencia no trauma, como a polivitimização na infância (violência doméstica, abuso emocional, físico e negligência parental) que em combinação com o abuso sexual afeta negativamente o impacto do trauma; o estigma associado ao abuso, isto é, os comentários que, muitas vezes, as vítimas ouvem das pessoas que as rodeiam ou mesmo aqueles tipos de comentários que estão enraizados na sociedade, deixam-nas mais vulneráveis, envergonhadas e levam a criança ou o jovem a sentir-se culpado pelo que aconteceu.

Assim, nos casos de abuso sexual intrafamiliar contra crianças, o trauma está associado a fatores internos, isto é, a características da própria criança, e a fatores externos, ou seja, às características do abuso, ao tipo de agressor, ao suporte da família, à atuação dos profissionais envolvidos, entre outros; e manifesta-se através de sintomas físicos e/ou psicológicos, que podem variar consoante a idade da criança e a sua fase de desenvolvimento, sendo os sintomas mais comuns (Tabela 2) ansiedade, medo, pesadelos, transtorno de stress pós-traumático, comportamento sexual inapropriado, comportamento agressivo, problemas escolares, hiperatividade, depressão, isolamento, comportamento suicida, retraimento e abuso de substâncias (Amédee et al., 2019; Batool & Abtahi, 2017; Haj-Yahia & Tamish, 2001; Kendall-Tackett et al., 1993; Lisak, 1994; Marques et al., 2020).

Desta forma, é importante entender que cada criança é diferente, cada criança sente de maneira diferente e, por isso, não se devem tratar todas as vítimas como se tivessem a mesma sintomatologia. Assim, apesar de os estudos identificarem uma relação significativa entre o abuso sexual e o seu efeito a longo prazo, os sintomas e experiências de cada criança nunca são os mesmos, não existe um único sintoma entre as várias vítimas, existem vários e que variam de acordo com as características de cada criança.

Tabela 2.

Principais sintomas do abuso sexual

Ansiedade
Depressão
Raiva
Medo
Pesadelos
PTSD
Comportamento delinquente
Comportamento sexualizado
Comportamento suicida
Retraimento

Problemas escolares
Comportamento agressivo
Hiperatividade (PHDA)
Isolamento
Consumo de substâncias (álcool, drogas)

Avaliação do trauma e da credibilidade do testemunho

A avaliação psicológica do trauma ajuda a compreender a história da criança e, por isso, a avaliação psicológica do trauma em casos de abuso sexual intrafamiliar tem um papel importante tanto na determinação/orientação de um acompanhamento e intervenção adequados às necessidades da criança, como para o contexto judicial, tendo em conta que as perícias psicológicas forenses são cada vez mais reconhecidas como fundamentais para a tomada de decisão judicial (Manita & Machado, 2012; Tossone et al., 2018).

Relativamente à avaliação do trauma em casos de abusos sexual de crianças existem os instrumentos *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC) (Briere, 1996) e *Trauma Symptom Checklist for Young Children TSCYC* (Briere, 2005). Estes dois instrumentos abordam questões de ansiedade, depressão, raiva, dois tipos de PTSD (arousal e avoidance), problemas sexuais e dissociação. Estes instrumentos são utilizados para avaliar casos de abuso sexual, mas também para avaliar qualquer evento traumático.

A *Checklist for Child Abuse Evaluation* (CCAIE) de Petty (1990) também é utilizada para situações de abuso (emocional, sexual, físico ou negligencia) e para além de avaliar a sintomatologia, avalia também a credibilidade e a competência da criança (Rebecca & Wiemerslage, 2017).

Por fim, Meiser-Stedman, Smith, Bryant, Salmon, Yule, Dagleish & Nixon (2009) desenvolveram o instrumento *Child Post-Traumatic Cognitions Inventory* com o intuito de medir as cognições desadaptativas em crianças e adolescentes após exposição ao trauma.

O ponto fraco destes instrumentos é o facto de não avaliarem todos os sintomas relacionados com o trauma, não serem standardizadas, serem demasiado longos e/ou não terem as duas formas necessárias para avaliar – avaliação multi-informador (criança e cuidador/progenitor). Este último fator é muito importante, uma vez que as vítimas podem estar a negar ou a “anular” o abuso, podem sentir-se envergonhadas para falar sobre o abuso ou até mesmo não ter capacidades meta-cognitivas para relatar os sintomas (Wherry et. al, 2013).

Em Portugal, em casos de abuso sexual, utiliza-se a técnica de entrevista, a aplicação de instrumentos que fazem a avaliação comportamental (eg. CBCL), a avaliação emocional (eg. CDI), a avaliação da personalidade (eg. MCMI-II), a avaliação do alegado abuso (eg. Touch Survey) e, por fim, para avaliar a credibilidade do testemunho recorre-se aos critérios do *Criteria-Based Content Analysis* (CBCA): estrutura lógica, produção desestruturada, quantidade de detalhes, encaixe conceptual, descrições de interações, reprodução de verbalizações, complicações inesperadas durante o incidente, detalhes não usuais, detalhes supérfluos, incompreensão de detalhes relatados com precisão, associações externas relacionadas, alusões ao estado mental subjetivo, alusões ao estado mental de outro sujeito presente, correções espontâneas, reconhecimento de falta de memória, levantamento de dúvidas sobre o seu próprio testemunho, autodepreciação, perdão ao outro sujeito presente ao relato e detalhes característicos do evento. A avaliação da credibilidade do testemunho através do CBCA passa por entender se existe um ponto de corte que indicie falta de credibilidade (Machado, Silvano & Hutz, 2015).

A avaliação da credibilidade do testemunho é um instrumento forense crucial, uma vez que ajuda a identificar falsos testemunhos. Por outro lado, tendo em conta o fenómeno do *sleeper effect*, falado anteriormente, a avaliação da credibilidade do testemunho pode ser aqui um fator-chave na identificação de um possível abuso, uma vez que a criança pode não apresentar sintomatologia, mas o testemunho ser credível (Rogers, Lowe & Boardman, 2014).

Objetivos

O objetivo principal é estudar a relação entre o abuso sexual intrafamiliar e o trauma nas crianças vítimas. Sendo que os objetivos específicos a desenvolver são:

1. Caracterizar o fenómeno do abuso intrafamiliar, através da identificação e análise das características e tipos do abuso, do abusador, da vítima e da sintomatologia apresentada e da família;
2. A avaliação do trauma apresentado pelas vítimas;
3. Análise da relação entre as variáveis que caracterizam o abuso sexual intrafamiliar e os indicadores de trauma identificados;
4. Identificar a relação entre os indicadores de trauma e os indicadores de credibilidade do testemunho

Metodologia

Amostra

No que diz respeito à amostra, realizou-se uma recolha de dados através de análise processual de casos clínicos em que foram pedidas avaliações psicológicas forenses ao Gabinete de Psicologia Forense do Instituto Universitário Egas Moniz, pelos tribunais portugueses. Os processos datam entre 2016 e 2020.

A amostra é composta por dezoito casos de dezoito crianças e jovens portugueses, do sexo masculino e feminino, entre os 2 e os 15 anos à data do abuso, nascidas entre 1997 e 2015 e com uma média de idades de 8,17 (DP=4,03). Quinze são de nacionalidade portuguesa, uma é de nacionalidade brasileira e duas delas a nacionalidade é desconhecida.

Medidas e Materiais

A consulta dos processos realizou-se com base na informação obtida através da revisão sistemática de literatura sobre os indicadores de trauma em crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar. Desta forma, foi elaborada uma grelha de recolha de dados onde constam sete secções: dados sociodemográficos da vítima, dados sociodemográficos do agressor, informação sobre família e dinâmicas familiares, características do abuso, história de saúde previa (vítima), sintomatologia após abuso e credibilidade das declarações:

1. Dados sociodemográficos da vítima: sexo biológico, data de nascimento, idade à data do abuso, nacionalidade, ano escolar e aluno com necessidades educativas especiais (NEE).
2. Dados sociodemográficos do agressor: sexo biológico, data de nascimento, idade à data do abuso, nacionalidade, naturalidade, estado civil, profissão, situação profissional e habilitações literárias.
3. Informação sobre família e dinâmicas familiares: com quem vive, tipo de família, irmãos/irmãs, profissão pai, profissão mãe, consumos pai, consumos mãe, historial de doença mental pai, historial de doença mental mãe, exposição a violência interparental, alteração das dinâmicas familiares após abuso, família assume abuso e família apoia a criança.

4. Características do abuso: relação com o agressor, tipo de abuso, duração do abuso, frequência do abuso, aumento da gravidade dos comportamentos, uso de manipulação, uso de ameaça, uso de força e existência de outro tipo de abuso.
5. História de doença prévia (vítima): problemas físicos de saúde, diagnóstico de perturbação psicológica, vítima de abuso sexual antes e desenvolvimento cognitivo.
6. Sintomatologia: ansiedade, isolamento, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento delinquente, comportamento agressivo, comportamento sexualizado, medos, marcas físicas, dor física, diagnóstico de PTSD, alterações no sono, alterações alimentares, comportamentos bizarros e sentimentos de culpa. Estes dados foram recolhidos com base nos instrumentos de psicologia forense que foram aplicados e que constavam do processo.
7. Credibilidade: avaliação da credibilidade das declarações do testemunho, com base na avaliação realizada no processo.

Dos processos consta informação recolhida dos instrumentos que foram aplicados durante a entrevista, que, dependendo do quesito, da situação e da idade da criança são os seguintes:

1. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (MCMI-III): avaliação de características da personalidade e avaliação de síndromes dentro dessas características;
2. *Brief Symptom Inventory* (BSI): avaliação de autorrelato de sintomas psicológicos;
3. *Child Behavior Check-List* (CBCL): questionário para pais que avalia psicopatologia em crianças;
4. *Youth Self-Report* (YSR): questionário para crianças que avalia problemas de comportamento;
5. *Child Apperception Test* (CAT-A ou CAT-H): apresenta, com imagens, situações para as crianças comentarem;
6. *Touch Survey*: avaliação de situações de abuso sexual;
7. Inventário de Depressão Infantil (CDI): avalia sintomatologia depressiva em crianças
8. *Fear Survey-Schedule for Children* (FSSC-R): avaliação dos medos;

9. Figura Complexa de Rey: avaliação de organização perceptivo-motora, a atenção e a memória visual;
10. Desenho Livre: avaliação de sintomatologia através do desenho;
11. Matrizes Progressivas de Raven: avaliação do desenvolvimento cognitivo;
12. Inventário Clínico de Millon para adolescentes (MACI): avaliação de personalidade e sintomas clínicos;
13. Teste de Roberts 2: avaliação da capacidade da criança para perceber pistas sociais;
14. Bonecas Anatomicamente Corretas: avaliar a situação de abuso e o conhecimento do corpo humano e toques bons e maus;
15. *Criteria-Based Content Analysis* (CBCA): avaliação da credibilidade do testemunho.

Procedimento

Foi efetuado o contacto com o Gabinete de Psicologia Forense do Instituto Universitário Egas Moniz no sentido de pedir autorização para a consulta de processos de abuso sexual intrafamiliar já terminados. Depois de obter autorização, iniciou-se a fase de consulta processual e recolha de dados. Assim, os processos foram consultados e os dados foram recolhidos entre os meses de junho e setembro de 2021.

Depois de concluída a recolha de dados, iniciou-se a análise do conteúdo recolhido através da construção de uma tabela resumo de todos os casos. Posteriormente definiram-se as dimensões de análise pretendidas de acordo com os objetivos e procedeu-se à construção das tabelas de cada uma dessas dimensões.

Todos os aspetos éticos referentes à consulta de processos foram cumpridos, nomeadamente a não divulgação da identidade da vítima e de todos os intervenientes no processo. Esta informação não consta em parte alguma da investigação, de modo a salvaguardar a privacidade e anonimato dos mesmos. Assim, não foi recolhido nenhum dado que permita a identificação dos participantes e todas as informações consultadas serão mantidas confidenciais.

Resultados

Os resultados estão organizados de acordo com os objetivos do estudo, desta forma começa-se por fazer uma caracterização do fenómeno do abuso intrafamiliar começando por apresentar a análise das características da família das vítimas, dos agressores e das vítimas e do tipo de abuso, de seguida apresentam-se os resultados da avaliação do trauma apresentado pelas vítimas, depois faz-se a análise da relação entre as variáveis que caracterizam o abuso sexual e os indicadores de trauma identificados e, por fim, os resultados da relação entre os indicadores de trauma e a credibilidade do testemunho.

Caracterização do fenómeno de abuso sexual intrafamiliar

Caracterização da estrutura da família

Relativamente ao tipo de família (Tabela 3) observou-se que 44,44% (N=8) dos casos é reconstituída, 27,77% (N=5) é monoparental, 11,11% (N=2) é alargada, 5,55% (N=1) anaparental e um caso em que a vítima vive numa instituição. Em nenhum dos casos se identifica o tipo de família tradicional, matrimonial ou informal. De referir, ainda, que algumas famílias em que os progenitores não estão juntos, têm residência alternada, pelo que o tipo de família da criança acaba por ser diferente consoante a casa em que fica.

Em 50% (N=9) dos casos a dinâmica familiar alterou-se após a revelação do abuso. Em 22,22% (N=4) a família não assume abuso. Em 11,11% (N=2) dos casos família não apoia a criança. Em 22,22% (N=4) dos casos a mãe consome. Em 16,66% (N=3) dos casos o pai consome. Apenas 1 caso em que tanto o pai como a mãe consomem.

Nos casos em que existem consumos por parte de um dos pais observa-se que a vítima não habita com esse mesmo progenitor.

Relativamente a violência interparental verifica-se apenas um caso, sendo que 38,88% (N=7) não existe informação e 55,55% (N=10) não foi identificado a existência de violência interparental.

Caracterização da vítima

De seguida, procedeu-se à caracterização das vítimas (Tabela 4). A maior parte das vítimas é do sexo feminino (83,3%; N=15). A idade à data do primeiro abuso varia entre os 2 e os 15 anos, sendo a média de idades de 8,17 (DP=4,03).

Em relação às vítimas do sexo masculino observa-se que a mais nova à data de ocorrência do abuso tinha 4 anos e a mais velha 10 anos. Existindo uma média de idades de 6,67 (DP=2,52).

Em relação às vítimas do sexo feminino observa-se que a mais nova tinha à data do abuso 2 anos de idade e a mais velha 15 anos, existindo uma média de idades de 8,47 (DP=4,27).

Todas as vítimas são de nacionalidade portuguesa, à exceção de duas que a nacionalidade é desconhecida, pois não existia informação no processo relativamente ao mesmo.

Em termos de problemas escolares observou-se que 33,33% (N=6) das crianças já tinham repetido um ano escolar ou mais.

Caracterização do agressor

Apesar de a amostra ser de 18 casos de abuso sexual intrafamiliar, existe um total de 20 agressores, uma vez que em dois dos processos foram identificados dois perpetradores.

Observou-se apenas dois casos em que o agressor é do sexo feminino, sendo que nestes dois casos é a mãe da vítima. Observou-se ainda que nos dois casos em que existiam dois agressores, num deles era a mãe e o padrasto e no outro era o tio paterno (filho da companheira do avô paterno) e o avô paterno.

Relativamente à idade dos agressores, 25% (N=5) é desconhecida. Assim, do que existe informação, a média de idades dos agressores é de 37,53 (DP=15,24), sendo que o mais novo tem 17 anos e o mais velho 62 anos à data da ocorrência do primeiro abuso.

Em termos de nacionalidade observa-se que 75% (N=15) dos agressores são de nacionalidade portuguesa, 20% (N=4) é desconhecida e 5% (N=1) é brasileira. No entanto, existem dois agressores de nacionalidade portuguesa naturais de Cabo Verde, um agressor de nacionalidade portuguesa natural de Minas Gerais (Brasil) e um agressor de nacionalidade portuguesa natural de Moçambique.

Quanto ao estado civil observa-se que 45% (N=9) são solteiros, 35% (N=7) são casados, 15% (N=3) é desconhecido o estado civil e 5% (N=1) divorciados.

Quanto à situação profissional dos agressores, 45% (N=9) encontram-se empregados, 25% (N=5) não existe informação, 15% (N=3) estão desempregados, 10% (N=2) estão reformados e existe ainda um estudante.

Tabela 3.

Caracterização da estrutura familiar

	Tipo de família	Irmãos	Profissão		Consumos		Doença mental		Violência interparental	Alterações dinâmias familiares	Família apoia/assume
			pai	mãe	Mãe	Pai	Mãe	Pai			
Caso 1	Alargada	1	-	-	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim/sim
Caso 2	Reconstituída	3	-	empresária	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim/não
Caso 3	Alargada	3	Faz-tudo	Funcionária limpeza	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim/sim
Caso 4	Monoparental	4	-	-	Não	Não	Não	Não	-	Não	Não/não
Caso 5	Reconstituída	2	-	-	Sim	Não	-	-	-	-	Sim/sim
Caso 6	Reconstituída	1	Agente funerário	Auxiliar de geriatria	Não	Sim	-	-	-	-	Sim/sim
Caso 7	Monoparental	2	-	Auxiliar de limpeza	Não	Não	Não	Não	-	Sim	-
Caso 8	-	4	Empregado balcão	Administrativa	Não	Não	Não	Não	Não	-	Sim/sim
Caso 9	Monoparental	3	Segurança	Cozinheira	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim/sim
Caso 10	Reconstituída	3	Pedreiro	Empregada doméstica	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim/não
Caso 11	Reconstituída	5	Vigilante	Secretária	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim/sim
Caso 12	Monoparental		-	-	-	-	-	-	Não	Sim	Sim/sim
Caso 13	Anaparental	2	-	Empregada de balcão	Sim	Sim	-	-	Não	Sim	Sim/sim
Caso 14	Em instituição	4	-	-	-	-	-	-	-	Sim	NS/sim
Caso 15	Reconstituída	1	-	-	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não/não
Caso 16	Reconstituída	4	Construção civil	doméstica	-	-	-	-	-	Sim	Sim/sim
Caso 17	Reconstituída	2	Operador de armazém	Empregada de balcão	Sim	Não	-	-	-	Sim	Sim/sim
Caso 18	Monoparental	1	-	Caixa supermercado	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim/sim

Tabela 4.*Caracterização das vítimas*

	Sexo biológico	Idade à data da ocorrência	Data de nascimento	Nacionalidade	Ano escolar	Observações (problemas escolares?)
Caso 1	M	4 anos	16-06-2013	Portuguesa	NA	-
Caso 2	M	9 anos	28-01-2009	Portuguesa	3º ano	Repetiu um ano
Caso 3	F	2 anos	19-10-2015	Portuguesa	NA	-
Caso 4	F	5 anos	12-09-2013	-	-	-
Caso 5	F	3 anos	27-11-2013	Portuguesa	2º ano	-
Caso 6	F	13 anos	01-09-2002	Portuguesa	10º ano	Repetiu o 6º e 9º
Caso 7	F	11 anos	25-01-2002	Portuguesa	7º ano	Repetiu o 5º, 6º e 7º
Caso 8	F	12 anos	03-12-2001	Portuguesa	10º ano	Repetiu o 6º
Caso 9	F	4 anos	04-10-2013	Portuguesa	NA	-
Caso 10	F	6 anos	31-07-2011	Portuguesa	2º ano	-
Caso 11	F	12 anos	19-02-2006	Portuguesa	6º ano	-
Caso 12	F	15 anos	07-08-2002	Portuguesa	12º ano	Repetiu o 9º
Caso 13	F	11 anos	11-09-2007	Brasileira	7º ano	-
Caso 14	F	10 anos	18-03-2004	Portuguesa	10º ano	-
Caso 15	M	7 anos	25-02-2006	Portuguesa	7º ano	-
Caso 16	F	12 anos	18-01-2005	Portuguesa	7º ano	Repetiu o 4º e o 7º
Caso 17	F	3 anos	13-09-2015	-	NA	-
Caso 18	F	8 anos	06-07-1997	Portuguesa	12º ano	Já está a trabalhar

Tabela 5.*Caracterização do agressor*

	Sexo biológico	Idade à data da ocorrência	Nacionalidade	Naturalidade	Estado Civil	Profissão	Situação Profissional
Caso 1	M	19 anos	Portuguesa	-	Solteiro	Empregado de hotelaria	Empregado
	M	60 anos	Portuguesa	-	Divorciado	Aposentado	Aposentado
Caso 2	M	-	-	-	-	-	-
Caso 3	M	-	-	-	-	-	-
Caso 4	M	18 anos	Portuguesa	S. Sebastião Pedreira	Solteiro	Ajudante de cozinha	Part-time
Caso 5	F	-	-	-	-	-	-
Caso 6	M	-	Portuguesa	-	Casado	Agente funerário	Empregado
Caso 7	M	28	Portuguesa	-	Solteiro	-	Desempregado
Caso 8	M	-	Portuguesa	Minas Gerais	Casado	Empresário	-

	Sexo biológico	Idade à data da ocorrência	Nacionalidade de	Naturalidade	Estado Civil	Profissão	Situação Profissional
Caso 9	M	36	Portuguesa	Almada	Casado	Segurança	Empregado
Caso 10	M	31	Portuguesa	Cabo Verde	Casado	Canalizador	-
Caso 11	M	24	Portuguesa	Almada	Solteiro	Taxista	Empregado
Caso 12	M	46	Portuguesa	Cabo Verde	Solteiro	Pedreiro	Empregado
Caso 13	M	59	Portuguesa	-	Casado	Mestre de obras	Empregado
	F	48	Brasileira	-	Solteira	Empregada de balcão	Empregada
Caso 14	M	62	Portuguesa	-	Casado	Reformado	Reformado
Caso 15	M	38	-	-	Solteiro	Biscateiro	Desempregado
Caso 16	M	34	Portuguesa	-	Casado	Motorista	Desempregado
Caso 17	M	17	Portuguesa	-	Solteiro	Estudante	Estudante
Caso 18	M	43	Portuguesa	Moçambique	solteiro	Vigilante	Empregado

Caracterização do contexto do abuso sexual

Em relação à caracterização do contexto de abuso sexual (Tabela 6), verifica-se que em 35% (N=7) dos casos o agressor era o padrasto da criança, em 15% (N=3) dos casos era o pai, 15% (N=3) dos casos um tio, em 10% (N=2) verificou-se a mãe da vítima como agressora, 10% (N=2) um avô, 10% (N=2) um irmão (irmão e irmão por afinidade) e num caso o agressor era cunhado da vítima.

Em relação ao comportamento de abuso, em 77,78% (N=14) dos casos o agressor fez toques indesejados nos órgãos sexuais da vítima (e.g. seios, vagina, pénis, rabo); em 33,33% (N=7) dos casos existiu penetração, sendo que destes 7 casos 42,86% (N=3) ocorreu penetração anal (um dos casos com objetos e os outros dois com pénis), 85,71% (N=6) ocorreu penetração vaginal (em 3 casos penetração vaginal com pénis e nos outros 3 casos penetração vaginal digital) e em 28,57% (N=2) ocorreu penetração oral (agressor obrigou vítima a praticar sexo oral no mesmo). Em 11,11% (N=2) dos casos existiu a tentativa de penetração vaginal.

Em 16,67% (N=3) dos casos, o agressor obrigava a vítima a vê-lo masturbar-se, por outro lado em 33,33% (N=6) dos casos o agressor obrigava a vítima a masturbá-lo ou vice-versa.

Em relação ao tipo de abuso verifica-se que em 66,67% (N=12) dos casos de abuso sexual intrafamiliar existiu mais do que um contacto. Por outro lado, 55,56% (N=10) dos

casos analisados o abuso durou um ou mais anos. Sendo que a média de duração é de cerca de um ano e dois meses.

Em 33,33% (N=6) dos casos existiu apenas um contacto. Nestes casos, assim que existiu esse contacto, o acontecimento foi logo reportado.

Verificou-se que em 16,67% (N=3) o agressor recorreu à manipulação, ameaça e força. Em 11,11% (N=2) dos casos recorreu à ameaça e à força, em apenas um caso recorreu à manipulação e à força, e em 11,11% (N=2) recorreu à manipulação e à ameaça. Por outro lado, em 44,44% (N=8) verificou-se o uso da manipulação, em 44,44% (N=8) o agressor utilizou a ameaça e em 33,33% (N=6) recorreu à força.

Identificou-se que em 50% (N=9) dos casos a vítima sofre outro tipo de abuso para além do abuso sexual. Sendo que 66,67% (N=12) dessas vítimas sofrem abuso físico, 44,44% (N=8) abuso emocional e 55,56% (N=10) negligência. Contudo, existem algumas situações em que existe polivitimação, que é o caso de 27,78% (N=5) dos casos.

Vitimação: saúde, trauma e credibilidade

Em termos de saúde prévia ao abuso (Tabela 7), identificou-se que 44,44% (N=8) das vítimas apresentam algum problema de saúde física e 16,67% (N=3) apresentam diagnóstico de perturbação psicológica.

Relativamente ao desenvolvimento cognitivo, identificou-se que em 50% (N=9) dos casos as crianças apresentam um desenvolvimento cognitivo mediano ou adequado à idade, em 22,22% (N=4) dos casos as vítimas apresentam um desenvolvimento cognitivo abaixo da média e em 11,11% (N=2) dos casos apresentam um desenvolvimento cognitivo superior à média.

Em termos de sintomatologia traumática (Tabela 8), observou-se que 33,33% (N=7) revelam ansiedade, em 33,33% (N=7) das vítimas observou-se isolamento, em 27,78% (N=5) dos casos são identificadas queixas somáticas, 27,78% (N=5) das vítimas apresentam problemas sociais, em 27,78% (N=5) dos casos observam-se problemas de atenção, 11,11% (N=2) das vítimas apresentam comportamento delincente, 38,89% (N=7) das vítimas apresentam comportamento agressivo, em 22,22% (N=4) dos casos observa-se que existe um comportamento sexualizado, 38,89% (N=6) das vítimas apresentam medos.

Existe um caso em que a vítima não apresenta sintomatologia. Por outro lado, 44,44% (N=8) das vítimas apresentam entre 1 a 3 sintomas, 33,33% (N=6) apresentam entre 3 a 6 sintomas, 11,11% (N=2) das vítimas revelam entre 7 a 8 sintomas traumáticos e, por fim, apenas uma vítima apresenta 10 sintomas.

Tabela 6.*Caracterização do abuso*

	Relação com agressor	Comportamento de abuso	Duração	Frequência	Aumento da gravidade dos comport	manipulação	ameaça	força	Outro tipo de abuso
Caso 1	Tio (filho da mulher do avô paterno) Avô paterno	toques no pênis da vítima por parte dos agressores; ensinavam a vítima a masturbar-se; penetração anal da vítima com objetos (carrinhos, canetas, entre outros)	1 a 2 anos	2 vezes por mês	sim	não	sim	Sim	Sim (abuso físico)
Caso 2	Tio paterno	Abuso sexual (sem especificação)	-	1 vez	Não	-	-	-	-
Caso 3	Padrasto	Toques nos órgãos sexuais (vagina)	1 vez	1 vez	Não	não	Não	não	Não
Caso 4	Irmão	toques nos órgãos sexuais (vagina)	1 vez	1 vez	Não	Não	Não	Não	Não
Caso 5	Mãe	Partilha de fotografias de órgão sexual (vagina) da vítima	1 vez	1 vez	não	Não	Sim	Não	Sim (AF, NEG)
Caso 6	Pai	Carícias com língua nos mamilos da vítima e esfregou a mão na vagina da mesma	1 vez	1 vez	sim	Não	Sim	Sim	Sim (AF e AE)
Caso 7	Padrasto	Toques nos seios e vagina da vítima; toque com pênis na vagina da vítima e tentativa de penetração vaginal	4 a 5 anos	Diariamente	sim	Sim	Sim	Sim	Sim (VD pais)
Caso 8	Padrasto	Agressor masturbava-se em frente à vítima; observava-a a tomar banho; carícias nos seios e rabo;	4 a 5 anos	Quase todos os fins de semana	sim	Sim	Não	Não	Não
Caso 9	Pai	Toques e penetração digital nos órgãos sexuais (vagina)	2 meses	2 vezes	não	Não	Não	Não	Não
Caso 10	Cunhado	Agressor baixou calças só para observar a vagina da vítima	1 vez	1 vez	não	Não	Não	Não	Não
Caso 11	Tio materno	Agressor tocava-lhe na vagina e no rabo enquanto a vítima dormia	2 semanas	2 a 3 vezes	não	não	Não	Não	Não
Caso 12	Padrasto	Penetração oral, anal e vaginal na vítima	2 anos	1º ano 15 vezes e depois 1 vez por semana	sim	sim	Sim	Sim	Não

	Relação com agressor	Comportamento de abuso	Duração	Frequência	Aumento da gravidade dos comport	manipulação	ameaça	força	Outro tipo de abuso
Caso 13	Padrasto Mãe	Agressor praticava sexo oral à vítima e a vítima ao agressor; agressor tocava-lhe na vagina, peito e rabo; uma tentativa de penetração vaginal; agressor e agressora obrigavam vítima a assistir a ambos a fazer sexo; agressora ensinou à vítima a fazer sexo oral no agressor	1 ano e meio	Mais de 1 vez por semana	sim	Sim	Sim	Não	Sim (NEG e AE)
Caso 14	Avô materno	Agressor obrigava vítima a masturbá-lo e agressor masturbava a vítima; penetração anal e vaginal de agressor na vítima	1 ano	Todos os dias uteis	-	Sim	Não	Sim	
Caso 15	Padrasto	Agressor obrigava vítima a tomar banho com ele e a tocar-lhe no órgão sexual; agressor também tocava no pênis da vítima	1 ano	4 vezes	Sim	sim	Sim	Sim	Sim (AF)
Caso 16	Padrasto	toques indesejados nos seios, vagina e rabo da vítima, agressor tentou beijar a vítima na boca	1 a 2 anos	1 vez por semana	-	-	-	-	Sim (AE, VD)
Caso 17	Filho do padrasto	penetração vaginal com dedos; caricias com caracter sexual à vítima	3 semanas	Várias vezes	não	Não	Não	Não	Sim (NEG, AF, AE)
Caso 18	Pai	Toques na vagina e penetração vaginal com dedos; agressor masturbava-se à frente da vítima	2 anos	Sempre que ia a casa do pai e avó não presente	Sim	Sim	sim	Não	Sim (AF)

Tabela 7.*Informação relativa à saúde*

	Problemas de saúde física	Diagnóstico de Perturbação Psicológica	de Desenvolvimento Cognitivo
Caso 1	Não	Não	Dentro da média
Caso 2	Sim (Não controla esfíncter anal)	Sim (toma risperdal 1mg)	Dentro da média
Caso 3	Não	Não	Dentro da média
Caso 4	Sim (descontrole dos esfíncteres)	Não	Superior à média
Caso 5	Sim (sopro no coração)	Não	Dentro da média
Caso 6	Não	Sim (PHDA – usou ritalina; 2 tentativas de suicídio)	Dentro da média
Caso 7	Não	-	Dentro da média
Caso 8	Não	Não	Abaixo da média
Caso 9	Não	Não	Abaixo da média
Caso 10	Sim (gonorreia)	Não	Dentro da média
Caso 11	Sim (tendência a padecer de doenças físicas)	Não	Dentro da média
Caso 12	Não	Não	Superior à média
Caso 13	Sim (infecção vaginal constante)	Não	Dentro da média
Caso 14	Não	Não	Atraso no desenvolvimento cognitivo
Caso 15	Não	-	-
Caso 16	Sim (automutilação)	-	-
Caso 17	Sim (corrimento vaginal constante)	Não	Aquém do esperado para a idade
Caso 18	Não	Sim	-

Tabela 8.

Sintomatologia Traumática

	Ansiedade	Isolamento	Queixas Somáticas	Problemas Sociais	Problemas de Pensamento	Problemas de Atenção	Comportamento Delinquente	Comportamento Agressivo	Comportamento Sexualizado	Medos	Marcas Físicas	Dor Física	Alterações Sono	Alterações Alimentação	Comportamentos Bizarros	Sentimentos de Culpa
Caso 1	não	não	não	não	não	não	não	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	não	não
Caso 2	não	não	não	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	não	não	não	não
Caso 3	sim	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não
Caso 4	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	sim	sim	não	não	não
Caso 5	não	não	sim	não	-	sim	sim	-	sim	não	-	não	sim	não	não	não
Caso 6	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	não
Caso 7	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	-	não	não	não	não	sim	não	não
Caso 8	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não
Caso 9	não	não	sim	não	não	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	não	não
Caso 10	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	sim	não	não	não	não
Caso 11	sim	sim	-	-	não	não	não	sim	não	não	não	não	não	sim	não	não
Caso 13	sim	sim	sim	não	não	sim	-	sim	não	sim	não	não	sim	-	não	sim
Caso 14	sim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	sim	sim	-	não	-
Caso 15	não	sim	não	não	não	não	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	não
Caso 16	não	não	não	sim	não	não	não	-	não	sim	-	-	sim	-	sim	-
Caso 17	não	não	não	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim	não	não	não	-	-	-
Caso 18	sim	-	-	sim	-	-	-	-	-	-	-	-	sim	-	-	-

Características do abuso e Sintomatologia

Cruzando os dados das características do abuso e da sintomatologia traumática (Tabela 6; Tabela 8), dos casos em que o abuso sexual durou entre um e mais anos (N=9), mais de metade (55,56%, N=5) das vítimas apresenta três ou mais sintomas traumáticos, dos quais comportamento agressivo, comportamento sexualizado, medos, alterações do sono, alterações alimentares, isolamento, problemas sociais, problemas de atenção, ansiedade, queixas somáticas, problemas de pensamento, medos, sentimentos de culpa e dor física.

Dos 8 casos em que o agressor utilizou a manipulação com a vítima, 50% (N=4) apresentam mais do que três sintomas traumáticos, dos quais isolamento, problemas sociais, problemas de atenção, comportamento agressivo, alterações alimentares, ansiedade, queixas somáticas, problemas de pensamento, comportamento sexualizado, medos, sentimentos de culpa, alterações de sono e comportamentos bizarros. Dos 8 casos em que o agressor utilizou ameaça, 75% (N=6) das vítimas apresentam mais do que três sintomas traumáticos, dos quais ansiedade, isolamento, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento delinquente, comportamento agressivo, comportamento sexualizado, medos, marcas físicas, alterações do sono, alterações alimentares e sentimentos de culpa. Dos 6 casos em que o agressor utilizou a força, 66,67% (N=4) das vítimas apresentam mais do que três sintomas traumáticos, dos quais ansiedade, isolamento, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento delinquente, comportamento agressivo, comportamento sexualizado, medos, marcas físicas, alterações de sono, alterações alimentares e sentimentos de culpa.

Características da vítima e sintomatologia

Observando as características da vítima e a sintomatologia traumática (Tabela 4; Tabela 8), as vítimas do sexo masculino apresentam uma média de 2,33 sintomas traumáticos, por outro lado, as vítimas do sexo feminino apresentam uma média de 4,07 sintomas traumáticos.

Em termos de idade, as crianças com idades entre os 10 e os 15 anos à data do primeiro abuso apresentam em média 5,13 sintomas traumáticos, enquanto as vítimas mais novas, entre os 2 e os 9 anos à data do primeiro abuso apresentam em média 2,7 sintomas traumáticos.

Observa-se, ainda, que as crianças que repetiram anos escolares são aquelas que apresentam maior sintomatologia, com uma média de 5 sintomas traumáticos, enquanto as crianças que se tem informação de não terem repetido nenhum ano apresentam em média 3 sintomas traumáticos.

Os resultados relativamente à credibilidade do testemunho (Tabela 9) e da sua relação com as características do abuso (Tabela 6) e sintomatologia traumática (Tabela 8) podem ser observadas abaixo.

Tabela 9.

Credibilidade do testemunho

	Credibilidade
Caso 1	Sim
Caso 2	Não
Caso 3	Sim
Caso 4	-
Caso 5	-
Caso 6	Sim
Caso 7	Sim
Caso 8	Comprometido/pouco credível
Caso 9	Sim
Caso 10	Comprometido/pouco credível
Caso 11	Sim
Caso 12	Sim
Caso 13	Sim
Caso 14	Sim
Caso 15	Sim
Caso 16	Reservas em relação ao nível a atribuir
Caso 17	Apesar de alguns comprometimentos, credível sofrimento
Caso 18	Sim

Relativamente aos casos considerados credíveis (N=11), observa-se que mais de metade (63,64%; N=7) dos casos o abuso ocorreu durante um ou mais anos, sendo que nestes casos o abuso decorria com alguma frequência (entre todos os dias a cerca de uma vez por mês). Ainda nestes casos em que o abuso decorreu durante um ou mais anos observa-se um aumento da gravidade dos comportamentos (e.g. o agressor começou por

tocar-lhe nos órgãos sexuais ou fazer carícias de cariz sexual, agravando os comportamentos até a penetração ou a sua tentativa).

Por outro lado, nos casos em que o abuso durou entre um a mais anos, observa-se, também, que o agressor recorreu à manipulação, à ameaça e/ou ao uso da força para manter a vítima em silêncio em relação ao abuso.

Destes casos, observa-se que em menos de metade dos casos (45,45%; N=5) o agressor foi o padrasto da criança, 36,36% (N=4) dos casos foi um dos progenitores, sendo que em três casos foi o pai e num dos casos a mãe, e noutros 27,27% (N=3) foi um outro familiar (ie. avô).

Em termos de credibilidade, em todos os processos analisados foi avaliada a credibilidade do testemunho e das declarações. Desta forma, em 61,11% (N=11) dos casos o testemunho foi considerado credível, em 27,78% (N=5) dos casos o testemunho foi considerado pouco credível e em 11,11% (N=2) dos casos não existia informação sobre a credibilidade do testemunho.

Os casos em que o testemunho das vítimas foi considerado credível, são os casos em que as vítimas apresentam maior sintomatologia traumática, nomeadamente ansiedade (63,63% dos casos), isolamento (54,55%), queixas somáticas (36,36%), problemas sociais (27,27%), problemas de pensamento (18,18%), problemas de atenção (27,27%), comportamento agressivo (45,45%), comportamento sexualizado (18,18%), medos (45,45%), alterações do sono (36,36%), alterações alimentares (27,27%), sentimentos de culpa (18,18%).

50% (N=9) das vítimas apresenta mais do que três sintomas traumáticos. E, em relação aos 11 casos em que as vítimas têm um testemunho credível, 63,63% (N=7) apresentam mais do que três sintomas traumáticos.

Das 18 vítimas, identificou-se apenas um caso em que não existe sintomatologia após abuso, sendo que esse mesmo caso o testemunho foi considerado comprometido/pouco credível. Identificaram-se, ainda, dois casos em que existe apenas um sintoma (dor física; comportamento agressivo) e em que o testemunho não foi considerado credível ou considerado pouco credível/comprometido. Por outro lado, existe apenas um caso em que o testemunho foi considerado credível e que a vítima apresenta apenas um sintoma (ansiedade, quando se fala no agressor).

Discussão

Analisando os objetivos definidos na presente dissertação e tendo por base os resultados obtidos na mesma, conforme a literatura, relativamente à caracterização da família observou-se que em nenhum dos casos estávamos perante o tipo de família tradicional, matrimonial ou informal. Sendo o tipo de família reconstituída o mais frequente, o que difere dos estudos realizados anteriormente que referem o tipo de família monoparental como fator de risco de abuso sexual intrafamiliar.

Contudo o tipo de família monoparental também aparece em alguns casos. Por outro lado, em metade dos casos verificou-se uma alteração das dinâmicas familiares após o abuso, isto é, a vítima depois do abuso passou a habitar com outro familiar, algo bastante recorrente neste tipo de casos, tendo em conta que o abuso tem um impacto não só na criança, mas também na família (Beltran & Marin, 2012; Bi et al., 2019; Espindola & Batista, 2013; Katz et al., 2020; Tener et al., 2020).

Relativamente às vítimas, verifica-se que existe uma média de idades de 8,17 (DP=4,03) anos à data do primeiro abuso, resultado que vai de encontro aos estudos já realizados, nomeadamente de que as crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar tiveram o primeiro contacto por volta dos 7 anos de idade (Habigzang et. al, 2005). Relativamente à prevalência, verificou-se que a maior parte dos casos são de vítimas do sexo feminino, tal como é referido na literatura que se estima que o abuso sexual afete mais as mulheres do que os homens a nível mundial (Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser &-Kranenburg, 2011). Ainda por outro lado, verifica-se que a média de idade à data do primeiro abuso, tanto das vítimas do sexo masculino, como as do sexo feminino corrobora os resultados de estudos anteriores, que referem que, em média, as crianças do sexo feminino são mais velhas à idade do primeiro contacto do que os rapazes (Habigzang et. al, 2005).

Em relação aos agressores verifica-se que os resultados vão de encontro aos estudos anteriores, nomeadamente em termos de prevalência de agressores do sexo masculino (Newcomb, et al., 2009; Loinaz et al., 2019). Em termos de prevalência tipo de agressor, observou-se que, tal como nos estudos anteriores sobre o tema, a maior parte dos casos o agressor é o padrasto ou o pai da vítima (Newcomb, et al., 2009; Habigzang et. al, 2005). Ainda sobre o abuso, como é referido na literatura que muitas das vezes as crianças

sofrem de polivitimação, os resultados revelaram que pelo menos uma parte das vítimas sofre de outros tipos de abuso (Wolf, 2018).

A sintomatologia traumática mais identificada nas vítimas (ansiedade, isolamento, problemas sociais, problemas de atenção, comportamento agressivo e medos) são aquelas que foram identificadas na revisão de literatura como sendo as mais frequentes Batool & Abtahi, 2017; Marques et al., 2020; Amédee et al., 2019).

Por fim, em termos de diferenças de gênero verifica-se uma prevalência de uma maior sintomatologia traumática nas crianças do sexo feminino em relação às do sexo masculino, sendo que se observa nas vítimas do sexo feminino uma maior internalização dos sentimentos em relação às vítimas do sexo masculino (Conte & Schuerman, 1987; Guerra & Pereda, 2015; Hébert et al., 2019; Loinaz et al., 2019; Martinez et al., 2014; Newcomb et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011).

Em relação à idade verifica-se que as crianças mais novas apresentam menos sintomatologia traumática do que as mais velhas, o que pode ser explicado pelos estudos que revelam que as crianças mais novas, devido à sua ingenuidade própria da idade podem acabar por estar mais “protegidas”, não sentindo tanto os efeitos negativos do abuso (Conte & Schuerman, 1987; Habigzang et al., 2005; Guerra & Pereda, 2015; Hébert et al., 2019; Loinaz et al., 2019; Martinez et al., 2014).

Quanto à credibilidade do testemunho, em relação aos casos avaliados como credíveis, verificando a situação do abuso, observou-se que os resultados vão de encontro aos estudos anteriores, nomeadamente em termos de duração do abuso (entre um a mais anos) e frequência do mesmo (desde todos os dias a cerca de uma vez por mês) e, ainda, acrescentando tanto o aumento da gravidade dos comportamentos como o uso de ameaça, manipulação e/ou força (Amédee et al., 2019; Batool & Abtahi, 2017; Loinaz et al., 2019; Marques et al., 2020; Musiwa, 2019; Wallis & Woodworth, 2020).

De ressaltar que os casos que foram considerados credíveis em termos de testemunho foram aqueles que apresentam maior sintomatologia traumática. Sendo que se identificou apenas um caso em que podemos estar perante a situação de *sleepers effect*, pois o caso apesar de considerado credível, a vítima apresenta apenas ansiedade quando se fala no agressor (Antunes & Machado, 2012; Trickett, Noll & Putnam, 2011; Essabar, Khalqallah & Dakhama, 2015; Gekoski et al., 2016).

Em suma, salienta-se o facto de a maior parte dos resultados ir ao encontro de estudos anteriores sobre o mesmo tema. É de referir, ainda, o facto de que relacionar a credibilidade do testemunho com a sintomatologia traumática ou mesmo com as características do abuso permite-nos compreender melhor este fenómeno, de forma a prestar um melhor contributo para os tribunais em casos de abuso sexual intrafamiliar.

Conclusão

De forma a concluir, pretendo destacar a importância deste estudo para a Psicologia Forense, mais propriamente para o estudo e avaliação de situações de trauma em crianças vítimas de abuso sexual.

No que concerne às limitações deste estudo, destaca-se o facto de alguns processos não deterem todas as informações que se pretendia recolher e, por isso, alguns dados ficarem incompletos e não poderem ser analisados na integra.

Por outro lado, tendo em conta que o presente estudo é de natureza qualitativa e exploratória, considera-se, também, como limitação o facto de não ter sido tido em conta o tempo que a vítima demorou até revelar o abuso, o chamado *disclosure* que foi mencionado na revisão de literatura. Esta limitação acaba por ser justificada pelo facto de não existir essa informação nos dados. Contudo, tendo em conta a informação disponibilizada nos processos foi muito difícil conseguir perceber esse período tempo.

De referir ainda que a limitação da amostra em relação ao género, isto é, o facto de ser uma amostra maioritariamente de vítimas do género feminino. Contudo, tendo em conta a literatura e estudos anteriores, o abuso sexual intrafamiliar ocorre mais com crianças do género feminino do que masculino. Ainda assim, a recolha de uma amostra de uma maior dimensão talvez resultasse numa amostra mais equilibrada em termos género.

Por fim, como sugestão para estudos futuros nesta temática, seria pertinente a realização de um estudo mais aprofundado e completo por forma a construir um instrumento de avaliação de Psicologia Forense, uma *checklist* de avaliação do trauma em casos de abuso sexual, que seria uma mais-valia tanto para os tribunais portugueses como para a Psicologia Forense em Portugal. Algo que tinha sido um dos objetivos deste trabalho, mas que acabou por não se realizar. Por um lado, de todos os processos disponibilizados pelo GPF depois de excluídos os que não correspondiam aos critérios pretendidos ficou-se com apenas 18, logo não se conseguiria uma amostra maior. Por

outro lado, pela corrida contra o tempo, de forma a conseguir cumprir os limites de datas estipulados optou-se por excluir esse ponto dos objetivos, pois seria necessário procurar mais instituições que disponibilizassem processos e, também, ter mais tempo para recolher dados, analisá-los e iniciar o processo de criação da *checklist* com base nesses resultados, algo que seria um trabalho moroso.

Referências

- Amédée, L. M., Tremblay-Perreault, A., Hébert, M., & Cyr, C. (2019). Child victims of sexual abuse: Teachers' evaluation of emotion regulation and social adaptation in school. *Psychology in the Schools*, 56(7), 1077-1088. <https://doi.org/10.1002/pits.22236>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Antunes, C., & Machado, C. (2012). Abuso sexual na infância e adolescência: Resiliência, competência e coping. *Análise Psicológica*, 30(1/2), 63-77. <https://doi.org/10.14417/ap.533>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2019). Manual CARE – apoio a crianças e jovens vítimas de violência sexual. Consultado em 15 de jun. 2020. Disponível em: <https://apav.pt/care/index.php/manual-care>
- Batool, S. S., & Abtahi, A. (2017). Psychosocial impact of childhood sexual abuse: Perspective of victims. *Journal of Arts and Social Sciences*, 4(2), 36-48.
- Beltran, N. P., & Marin, M. A. (2012). Exploración psicológica forense del abuso sexual en la infancia: Una revisión de procedimientos e instrumentos. *Papeles del psicólogo*.
- Berliner, L., & Conte, J. R. (1993). Sexual abuse evaluations: Conceptual and empirical obstacles. *Child Abuse & Neglect*, 17(1), 111-125. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(93\)90012-T](https://doi.org/10.1016/0145-2134(93)90012-T)
- Bi, S., Rancher, C., Johnson, E., Cook, K., McDonald, R., & Jouriles, E. N. (2019). Perceived loss of social contact and trauma symptoms among adolescents who have experienced sexual abuse. *Journal of child sexual abuse*, 28(3), 333-344. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1544599>

- Briere, J., Runtz, M., Rassart, C. A., Rodd, K., & Godbout, N. (2020). Sexual assault trauma: does prior childhood maltreatment increase the risk and exacerbate the outcome?. *Child Abuse & Neglect*, *103*, 104421. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104421>
- Child Welfare Committee. National Child Traumatic Stress Network. (2008). *Child welfare trauma training toolkit: Comprehensive guide*.
- Conte, J. R., & Schuerman, J. R. (1987). The effects of sexual abuse on children: A multidimensional view. *Journal of Interpersonal Violence*, *2*(4), 380-390. <https://doi.org/10.1177/088626058700200404>
- Erdman, S., Colker, L. & Winter, E. (2020). *Trayma & Young Children: Teaching Strategies to Support & Empower*. National Association for the Education of Young Children Books.
- Espindola, G. A., & Batista, V. (2013). Abuso sexual infanto-juvenil: a atuação do programa sentinela na cidade de Blumenau/SC. *Psicologia: ciência e profissão*, *33*(3), 596-611.
- Essabar, L., Khalqallah, A., & Dakhama, B. S. B. (2015). Child sexual abuse: report of 311 cases with review of literature. *Pan African medical journal*, *20*(1).
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child abuse & neglect*, *14*(1), 19-28. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90077-7](https://doi.org/10.1016/0145-2134(90)90077-7)
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child maltreatment*, *10*(1), 5-25. <https://doi.org/10.1177/1077559504271287>
- Fischer, D. G., & McDonald, W. L. (1998). Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *22*(9), 915-929. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00063-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00063-5)
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., ... & Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child maltreatment*, *6*(1), 37-49. <https://doi.org/10.1177/1077559501006001004>
- Gekoski, A., Davidson, J. C., & Horvath, M. A. (2016). The prevalence, nature, and impact of intrafamilial child sexual abuse: Findings from a rapid evidence

- assessment. *Journal of Criminological Research, Policy and Practice*.
<https://doi.org/10.1108/JCRPP-05-2016-0008>
- German, D. N. E., Habenicht, D. J., & Futcher, W. G. (1990). Psychological profile of the female adolescent incest victim. *Child abuse & neglect*, 14(3), 429-438.
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90014-K](https://doi.org/10.1016/0145-2134(90)90014-K)
- Gewirtz-Meydan, A. (2020). The relationship between child sexual abuse, self-concept and psychopathology: The moderating role of social support and perceived parental quality. *Children and youth services review*, 113, 104938.
<https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.104938>
- Goodyear-Brown, P., Fath, A. & Myers, L. (2011). Child Sexual Abuse: The Scope of the Problem. Em P. Goodyear-Brown (Eds.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment* (pp.3-28). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Guerra, C., & Pereda, N. (2015). Research with adolescent victims of child sexual abuse: Evaluation of emotional impact on participants. *Journal of child sexual abuse*, 24(8), 943-958. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1092006>
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 21(3), 341-348.
- Haj-Yahia, M. M., & Tamish, S. (2001). The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university students. *Child abuse & neglect*, 25(10), 1303-1327.
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00277-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00277-0)
- Hébert, M., Amédée, L. M., Blais, M., & Gauthier-Duchesne, A. (2019). Child sexual abuse among a representative sample of Quebec high school students: prevalence and association with mental health problems and health-risk behaviors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(12), 846-854.
<https://doi.org/10.1177/0706743719861387>
- Katz, C., Tsur, N., Nicolet, R., Klebanov, B., & Carmel, N. (2020). No way to run or hide: Children's perceptions of their responses during intrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 106, 104541.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104541>

- Kellogg, N. D., Koek, W., & Nienow, S. M. (2020). Factors that prevent, prompt, and delay disclosures in female victims of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 101, 104360. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104360>
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological bulletin*, 113(1), 164. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Lisak, D. (1994). The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors. *Journal of traumatic stress*, 7(4), 525-548. <https://doi.org/10.1002/jts.2490070403>
- Loinaz, I., Bigas, N., & de Sousa, A. M. (2019). Comparing intra and extra-familial child sexual abuse in a forensic context. *Psicothema*, 31(3), 271-276.
- Machado, P. V., Silvano, M. B., & Hutz, C. S. (2015). Exploratory study on truthfulness criteria in reports of life events: considerations for the criminal psychological investigation of adults. *Aletheia*, (47-48), 35-50.
- Manita, C., & Machado, C. (2012). A Psicologia Forense em Portugal: novos rumos na consolidação da relação com o sistema de justiça. *Análise Psicológica*, 30(1-2), 15-32. <https://doi.org/10.14417/ap.527>
- Marques, N. M., Belizario, G. O., de Almeida Rocca, C. C., Saffi, F., de Barros, D. M., & de Pádua Serafim, A. (2020). Psychological evaluation of children victims of sexual abuse: development of a protocol. *Heliyon*, 6(3)
- Martinez, W., Polo, A. J., & Zelic, K. J. (2014). Symptom variation on the Trauma Symptom Checklist for Children: A within-scale meta-analytic review. *Journal of Traumatic Stress*, 27(6), 655-663. <https://doi.org/10.1002/jts.21967>
- McElvaney, R., & Culhane, M. (2017). A retrospective analysis of children's assessment reports: what helps children tell?. *Child abuse review*, 26(2), 103-115. <https://doi.org/10.1002/car.2390>
- Mian, M., Marton, P., Lebaron, D., & Birtwistle, D. (1994). Familial risk factors associated with intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of three to five year old girls. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39(6), 348-353. <https://doi.org/10.1177/070674379403900606>

- Musiwa, A. S. (2019). Intrafamilial child sexual abuse: a unique silent epidemic. Perspectives of victim-friendly court professionals in Marondera District, Zimbabwe. *Journal of child sexual abuse*, 28(7), 860-884. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1627689>
- Paine, M. L. (2000). Children's self-disclosure of sexual abuse: Effects of victim, perpetrator, and abuse characteristics.
- Relatório Anual de Segurança Interna (2018). Página Oficial do Governo de Portugal. Retirado de: www.portugal.gov.pt
- Rogers, P., Lowe, M., & Boardman, M. (2014). The roles of victim symptomology, victim resistance and respondent gender on perceptions of a hypothetical child sexual abuse case. *Journal of Forensic Practice*. <https://doi.org/10.1108/JFP-08-2012-0004>
- Russell, D. E. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child abuse & neglect*, 7(2), 133-146. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90065-0](https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90065-0)
- Selvi, Y., Özdemir, P. G., Atli, A., & Kıran, S. G. (2011). Traumatic sexuality after intrafamilial sexual abuse: A case report with compulsive sexual behaviour. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 24(1), 85. [10.5350/DAJPN2011240112](https://doi.org/10.5350/DAJPN2011240112)
- Seto, M. C., Babchishin, K. M., Pullman, L. E., & McPhail, I. V. (2015). The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: A meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. *Clinical psychology review*, 39, 42-57. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.001>
- Sinanan, A. N. (2015). Trauma and treatment of child sexual abuse. *Journal of Trauma & Treatment*, 4, 1-5.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Stoltenborgh, M., Van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child abuse & neglect*, 7(2), 177-193. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>

- Taveira, F., Frazão, S., Dias, R., Matos, E., & Magalhães, T. (2009). O abuso sexual intra e extrafamiliar. *Acta Med Port*, 22(6), 759-66.
- Tener, D., Marmor, A., Katz, C., Newman, A., Silovsky, J. F., Shields, J., & Taylor, E. (2020). How does COVID-19 impact intrafamilial child sexual abuse? Comparison analysis of reports by practitioners in Israel and the US. *Child Abuse & Neglect*, 104779. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104779>
- Tossone, K., Wheeler, M., Butcher, F., & Kretschmar, J. (2018). The role of sexual abuse in trauma symptoms, delinquent and suicidal behaviors, and criminal justice outcomes among females in a juvenile justice diversion program. *Violence against women*, 24(8), 973-993. <https://doi.org/10.1177/1077801217724921>
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and psychopathology*, 23(2), 453-476. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000174>
- Ventus, D., Antfolk, J., & Salo, B. (2017). The associations between abuse characteristics in child sexual abuse: A meta-analysis. *Journal of sexual aggression*, 23(2), 167-180. <https://doi.org/10.1080/13552600.2017.1318963>
- Wallis, C. R., & Woodworth, M. D. (2020). Child sexual abuse: An examination of individual and abuse characteristics that may impact delays of disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104604. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104604>
- Wherry, J. N., Corson, K., & Hunsaker, S. (2013). A short form of the Trauma Symptom Checklist for Young Children. *Journal of child sexual abuse*, 22(7), 796-821. <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.830667>
- Wyatt, G. E., & Mickey, M. R. (1987). Ameliorating the effects of child sexual abuse: An exploratory study of support by parents and others. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(4), 403-414. <https://doi.org/10.1177/088626058700200406>

Anexos

Anexo A

Projeto de Investigação – Trauma em casos de abuso sexual intrafamiliar Grelha de recolha de dados

Identificação do Processo:

Documentos Consultados:

Data da denúncia:

Data do relatório:

Dados sociodemográficos da vítima

Sexo biológico: Masculino Feminino **Data de Nascimento:**

Idade à data da ocorrência:

Nacionalidade:

Naturalidade:

Ano de escolaridade que frequenta: Aluno NEE: Sim Não

Dados Sociodemográficos do Agressor

Sexo: Masculino Feminino **Data de Nascimento:** 04-11-1983

Nacionalidade: **Naturalidade:** **Idade à data da ocorrência:**

Etnia/origem: caucasiano afro descendente asiático outro

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado União de Facto Viúvo

Profissão:

Situação Profissional:

Habilitações Literárias: Sem escolaridade 1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Secundário
Frequência Universitária Formação Superior N/S

Nível Socioeconómico: refere-se que tem problemas financeiros

Informação sobre a família e dinâmica familiar

Com quem vive:

Tipo de família: monoparental reconstruída tradicional alargada
separada/divorciada união de facto em reconstrução

Irmão(s) germanos/biológicos: Não Sim Quantos? Idade(s):

Irmã(s) germanas/biológicas: Não Sim Quantas? Idade(s):

Irmão(s) uterinos: Não Sim Quantos? _____ Idade(s): _____

Irmã(s) uterinas: Não Sim Quantos? _____ Idade(s): _____

Irmão(s) consanguíneos: Não Sim Quantos? _____ Idade(s): _____

Irmã(s) consanguíneos: Não Sim Quantos? _____ Idade(s): _____

Irmão(s) por afinidade: Não Sim Quantos? _____ Idade(s): _____

Irmã(s) por afinidade: Não Sim Quantos? _____ Idade(s): _____

Profissão do pai:

Profissão da mãe:

Pai/mãe consomem drogas? Não Sim

Pai/mãe consomem álcool? Não Sim

Pai/mãe com historial de doença mental? Não Sim

Exposição a violência interpaparental? Não Sim

Alteração das dinâmicas familiares após abuso? Não Sim De que forma:

Família assume o abuso? Sim Não De que forma:

Família apoia a criança? Não Sim De que forma:

Características do abuso

Relação com o agressor (assinalar com cruz e riscar o que não interessa): Pai/Mãe Padrasto Tio/ Avô/Avó Irmão/Irmã Primo/Prima Outro Qual?

Tipo de abuso:

Duração do abuso:

Frequência do abuso:

Aumento da gravidade dos comportamentos abusivos: Não Sim Descrever:

uso de manipulação: Não Sim De que forma:

uso de ameaça: Não Sim De que forma:

uso de força: Não Sim De que forma:

existe outro tipo de abuso? Não Sim

negligência abuso físico abuso emocional outro qual?

História de saúde prévia (vítima)

Algum problema de saúde física? Não Sim O quê?

Diagnóstico de perturbação psicológica? Não Sim O quê?

Já tinha sido vítima de abuso sexual antes? Não Sim descrever:

Desenvolvimento cognitivo:

Sintomatologia da vítima após abuso sexual

Ansiedade: Não Sim Descrever:

Isolamento: Não Sim Descrever:

Queixas Somáticas: Não Sim Descrever:

Problemas Sociais: Não Sim Descrever:

Problemas de pensamento: Não Sim Descrever:

Problemas de atenção: Não Sim Descrever:

Comportamento delinvente: Não Sim Descrever:

Comportamento agressivo: Não Sim Descrever:

Comportamento sexualizado: Não Sim Descrever:

Medos: Não Sim Descrever:

Marcas físicas: Não Sim Descrever:

Dor física: Não Sim Descrever:

Diagnóstico de PTSD: Não Sim

Alterações significativas no sono: Não Sim Descrever:

Alterações significativas na alimentação: Não Sim Descrever:

Comportamentos bizarros: Não Sim Descrever:

Sentimentos de culpa: Não Sim Descrever:

Avaliação Comportamental

Resultados **CBCL:**

Resultados **YSR:**

Avaliação Emocional

Resultados **CDI:**

Resultados **Desenho:**

Resultados **CAT-A** ou **CAT-H:**

Resultados **Roberts 2:**

Resultados **Lúdico:**

Avaliação Personalidade

Resultados **Desenho:**

Resultados **M-PACI:**

Resultados **MACI:**

Avaliação do alegado abuso

Resultados **Touch survey:**

Resultados **BAC:**

Resultados **Lúdico:**

Resultados Credibilidade do Testemunho:

Outros resultados:

Resumo do caso:
