UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PESSOAS EM MINHA VIDA: O APEGO E OS VÍNCULOS AFETIVOS DE CRIANÇAS

VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

VIVIANE MANFRE GARCIA DE SOUZA

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

SÃO PAULO

2012

AGRADECIMENTOS

À prof^ª. Dr^ª. Leila Cury Tardivo, minha orientadora, pela oportunidade de trabalharmos juntas, por todo o acolhimento e cuidado.

À prof^ª. Catalina Perez Lopez, por me aproximar da Teoria do Apego.

À Shirley Hassan Bolonha, por toda a colaboração no árduo processo de coleta de dados junto às vítimas.

À escola que também contribuiu para que a coleta fosse realizada.

À CAPES, pelo apoio financeiro para que este estudo fosse possível.

Ao Cristiano Esteves, pela fundamental colaboração com a análise estatística.

Às crianças que participaram da pesquisa expondo suas histórias de vida.

Aos amigos que tanto me apoiaram durante todo o processo.

Ao meu companheiro Germano Henning, que esteve sempre ao meu lado, na alegria e na tristeza.

Um agradecimento especial aos meus pais, João e Sueli, por todo o apoio incondicional e por me permitirem ser o que sou hoje.

RESUMO

Manfre, V. (2012) *Pessoas em minha vida: o apego e os vínculos afetivos de crianças vítimas de abuso sexual*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

O abuso sexual infantil (ASI) é um fenômeno de destaque em todo o mundo nas últimas décadas e é considerado uma questão de saúde pública, por tratar-se de um importante fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias. Seus efeitos têm sido amplamente estudados, devido à sua diversidade, magnitude e consequências, e podem ser observados inclusive nos vínculos afetivos que a criança estabelece. O presente estudo buscou verificar a qualidade do apego de vítimas de ASI, pois acredita-se que esta experiência tenha grande influência no desenvolvimento das relações afetivas da criança, podendo alterar seu padrão de apego até a vida adulta. Para isso, foi realizado um estudo piloto com o inventário *Pessoas em minha vida (PIML)*, o qual foi elaborado com o objetivo de mensurar a qualidade destes vínculos em crianças. A amostra foi composta por 60 crianças de 09 a 12 anos, de baixo nível sócio-econômico, sendo 30 vítimas de ASI (grupo clínico). Também foi aplicado o *Inventário de Frases auxiliar no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes (IFVD)*, a fim de coletar mais dados acerca dos efeitos da violência, além de ser utilizado como critério de exclusão no grupo comparativo, caso a criança apresentasse suspeita de vitimização. Após consentimento dos pais ou responsáveis pelas crianças, pesquisadores treinados realizaram aplicações individuais na própria escola ou instituição, que disponibilizaram salas para tal. Os resultados apontaram diferenças significativas entre os dois grupos (clínico e comparativo). As crianças vitimizadas apresentaram menores pontuações em relação ao apego quando comparadas a seus pares, indicando maior dificuldade em confiar nas pessoas e sentir-se segura na presença dos cuidadores. Além disso, apresentaram maiores pontuações em todos os níveis de sintomas referentes aos transtornos investigados pelo IFVD, demonstrando a variedade dos efeitos do ASI naqueles que o sofrem. A partir do estudo com o PIML, observou-se que este instrumento não é capaz de avaliar padrões de apego infantil, entretanto mostrou-se eficaz na avaliação dos vínculos e relações afetivas estabelecidas pelas crianças com as pessoas próximas a ela, bem como o sentido de segurança e confiança no mundo que a cerca. São feitas algumas ressalvas

acerca da estrutura e utilização do instrumento, além de sugestões no sentido de aprimorá-lo. Destaca-se ainda a necessidade de novos estudos e dados mais específicos sobre a incidência de ASI no Brasil e no mundo, a fim de desenvolver políticas públicas eficientes para prevenir e lidar com esse fenômeno.

Palavras-chave: abuso sexual infantil; apego infantil; PIML; IFVD.

ABSTRACT

Manfre, V. (2012) People in my life: attachment and affective bonds of children victims of sexual abuse. Master Dissertation, Psychology Institute of Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

Child sexual abuse (CSA) is a worldwide phenomenon and should be considered a public health issue as an important risk factor for the development of psychopathologies. Its effects have been extensively studied because of its variety, magnitude and consequences, which can also be identified in the affective bonds that the child establishes. The present study aimed to evaluate the attachment quality of CSA victims, for it is believed that this experience has a great influence on the development of children's emotional relationships and that it can change their pattern of attachment into adulthood. Therefore, a pilot study with the *People in my life (PIML)* inventory was conducted, which was created to measure the quality of children's bonds. The sample comprised 60 children aged between 09 and 12 years, with low socioeconomic status, being 30 of them victims of CSA (clinical group). The Phrase Inventory of Intrafamilial Child Abuse (PIICA) was used in order to gather more data regarding the effects of violence, also to exclude any suspected victim from the comparison group. After parents' or guardians' consent, trained researchers conducted individual interviews with the children in their school or institution. The results showed significant differences between clinical and comparative groups. The victims obtained lower attachment scores when compared to their peers, indicating greater difficulty in trusting others and feeling safe in presence of their caregivers. Additionally, they got higher scores on all types of disorders pointed by the PIICA, demonstrating the variety of the effects of CSA on those who suffer it. This study also pointed that the PIML does not assess patterns of child attachment. However, it proved to be effective on evaluating the children's bonds and affective relationships, the feeling of security and trust in the world around them. Notes and suggestions regarding the instrument are made and the need for further studies and more specific data on the incidence of CSA in Brazil and abroad is highlighted, in order to develop effective public policies to prevent and take care of this phenomenon.

Keywords: child sexual abuse, child attachment, PIML, PIICA.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	08
I. INTRODUÇÃO.....	10
1. O fenômeno do abuso sexual infantil.....	10
2. A Teoria do Apego.....	14
2.1. Os padrões de apego infantil	16
2.2. Instrumentos de avaliação do apego infantil.....	22
II. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS.....	25
III. MÉTODO.....	26
3.1. Participantes.....	26
3.2. Instrumentos.....	27
3.2.1. Protocolo inicial.....	27
3.2.2. IFVD.....	27
3.2.3. PIML.....	29
3.3. Procedimentos.....	29
3.3.1. Contato com instituições e escolas.....	29
3.3.2. Entrevista com pais ou responsáveis.....	29
3.3.2.1. Grupo clínico.....	29
3.3.2.2. Grupo comparativo.....	30
3.3.3. Entrevista com a criança e aplicação dos instrumentos.....	31
3.3.3.1. Grupo clínico.....	31
3.3.3.2. Grupo comparativo.....	32
3.3.4. Aspectos Éticos.....	32
3.4. Tratamento dos dados.....	33
IV. RESULTADOS.....	34
5.1. Dados obtidos através do protocolo inicial.....	34
5.2. Resultados dos instrumentos.....	35
5.3. Correlações entre o PIML e o IFVD.....	39
V. DISCUSSÃO	41
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44

REFERÊNCIAS.....	45
-------------------------	-----------

ANEXOS

ANEXO 1 – Protocolo inicial.....	54
ANEXO 2 – IFVD.....	55
ANEXO 3 – PIML.....	57

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Carta de autorização dos responsáveis pela instituição.....	60
APÊNDICE 2 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	61
APÊNDICE 3 – Carta de aprovação no Comitê de Ética.....	62

TABELAS

TABELA 1. Distribuição dos participantes em função do sexo e do grupo.....	26
TABELA 2. Distribuição dos participantes em função da idade e do grupo.....	27
TABELA 3. Distribuição do tipo de agressor para o grupo experimental.....	34
TABELA 4. Distribuição da recorrência do episódio de violência para o grupo experimental.....	35
TABELA 5. Média, Desvios Padrão, Valores de F para o total de pontos e para cada transtorno do IFVD.....	35
TABELA 6. Média, Desvios Padrão, Valores de F para o total de pontos do PIML.....	36
TABELA 7. Médias e Desvios Padrão do IFVD para a amostra total.....	36
TABELA 8. Médias e Desvios Padrão do PIML para a amostra total.....	37
TABELA 9. Média, Desvios Padrão e Valores de F para o total de pontos e por cada transtorno do PIML entre os subgrupos intrafamiliar e extrafamiliar.....	37
TABELA 10. Média, Desvios Padrão e Valores de F para o total de pontos e por cada transtorno do IFVD entre os subgrupos intrafamiliar e extrafamiliar.....	38
TABELA 11. Média, Desvios Padrão e Valores de F para o total de pontos e por cada transtorno do IFVD entre os subgrupos intrafamiliar e extrafamiliar.....	38
TABELA 12. Média, Desvios Padrão e Valores de F para o total de pontos e por cada transtorno do PIML entre os casos de abuso agudo e crônico.....	39
TABELA 13. Média, Desvios Padrão e Valores de F para o total de pontos e por cada transtorno do IFVD entre os casos de abuso agudo e crônico.....	39

APRESENTAÇÃO

Nos últimos anos, temas relacionados à exploração infantil, pedofilia e abuso sexual estão nas manchetes de todo o mundo dia após dia e o número de denúncias tem aumentado significativamente.

O fenômeno do abuso sexual infantil despertou meu interesse após estágio no Núcleo Forense do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo, onde realizei o acompanhamento de diversas perícias com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Compartilhando experiências com outros colegas e profissionais mais experientes, pude observar os impactos deste tipo de violência para aqueles que a sofrem.

Atualmente, muitos estudos empíricos e estatísticos têm comprovado o que já era observado na prática por profissionais da saúde que lidam com esta população, isto é, as consequências a curto e longo prazo da experiência de abuso sexual na infância, incluindo seus efeitos nas relações afetivas do indivíduo ao longo da vida.

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo discutir as relações entre a experiência de abuso sexual e a qualidade do apego, isto é, dos vínculos que a criança estabelece com as pessoas próximas à ela. Alguns instrumentos foram desenvolvidos com o propósito de avaliar e mensurar o apego. Em 2009, entrei em contato com o questionário *Pessoas em minha vida (PIML)*, o qual foi elaborado por psicólogas americanas e adaptado na Colômbia. Trata-se de um inventário de frases em que a criança expõe sua relação afetiva com seus pais, amigos, escola e bairro. A partir desta versão, o inventário foi traduzido para o português e optamos por realizar um estudo piloto com crianças brasileiras, comparando os resultados de vítimas de abuso sexual com aquelas sem qualquer suspeita de vitimização.

O primeiro capítulo – Introdução – aborda as definições de abuso sexual infantil, sua incidência no Brasil e ao redor do mundo e seus efeitos psicológicos. Também apresenta a Teoria do Apego, formulada por John Bowlby, além de estudos sobre os padrões de apego infantil.

O segundo capítulo – Justificativa e objetivos – expõe as justificativas para a realização deste estudo e os objetivos que nos nortearam.

No terceiro capítulo – Método – é descrita a metodologia utilizada, os participantes, procedimentos, cuidados éticos e tratamento dos dados obtidos.

No quarto capítulo – Resultados – são apresentados os resultados da aplicação dos instrumentos e todas as comparações realizadas a partir dos dados.

No quinto e sexto capítulos – Discussão e Conclusão – são discutidas as relações entre os resultados do estudo e a literatura nacional e internacional. Além disso, são feitas considerações acerca do instrumento utilizado e sua eficácia para o fim ao qual se propõe.

I – INTRODUÇÃO

1. O fenômeno do abuso sexual infantil

O abuso sexual contra crianças e adolescentes é, atualmente, considerado um grande problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), constituindo importante fator de risco para o surgimento de psicopatologias.

São muitas as definições que caracterizam o ASI, devido às diversas formas em que se manifesta. De acordo com cartilha apresentada pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência – ABRAPIA (2002):

“O abuso sexual é uma situação em que uma criança ou adolescente é usado para gratificação de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, baseado em uma relação de poder que pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência física”.

Esta definição foi primeiramente compartilhada por Azevedo e Guerra (1989) e adotada no presente estudo, por considerá-la abrangente e de fácil compreensão. O ASI compreende uma série de características e algumas delas podem ser classificadas, dependendo de quem está envolvido ou da frequência com que ocorre.

Quando o ASI é cometido por algum membro da família (ex. pai, padrasto, irmão, primo, tio, avô, etc.), é classificado como *abuso intrafamiliar*. Se o mesmo ocorre fora do ambiente familiar (amigo, professor, vizinho, desconhecido, etc.) é denominado *extrafamiliar* (Secretaria Municipal da Saúde, 2007).

Em relação à frequência dos episódios de ASI, temos a seguinte classificação: *agudo*, quando ocorre uma única vez. Em alguns casos, também incluem dois episódios distintos e separados por um longo período de tempo; *crônico*, quando ocorre três vezes ou mais.

Apesar da dificuldade em se encontrar dados representativos da realidade acerca do fenômeno do ASI, alguns estudos apontam sua prevalência ao redor do mundo.

No Brasil, o Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes (2011) mostra um aumento progressivo de notificações de ASI. Em sete anos, foram recebidas mais de 127 mil denúncias de ASI. Somente entre os meses de janeiro e

fevereiro de 2011, foram notificadas 3.133 denúncias, sendo 77% referentes a vítimas do sexo feminino.

O Laboratório de Estudos da Criança – Laceri (2005), da Universidade de São Paulo, também indica tal aumento, passando de 95 denúncias no ano de 1996 para 2.731 em 2005, contabilizando um total de 13.969 notificações neste período somente na região de São Paulo.

Martins e Jorge (2010) realizaram um levantamento em uma instituição de proteção à Infância no sul do Brasil em 2006. Os dados apontam que cerca de 75% das vítimas eram do sexo feminino e 97% dos agressores eram do sexo masculino. A maior parte dos abusos foi recorrente e ocorreu na residência das vítimas.

Um estudo realizado no norte do país (Baptista et al., 2008), reitera os dados acima, mostrando que as características do fenômeno do ASI parecem ser semelhantes, independentemente da região do Brasil. Habigzang, Koller, Azevedo e Machado (2005) também confirmam que a maioria das vítimas são do sexo feminino e há a predominância de casos de abuso intrafamiliar. As mesmas características são encontradas ao redor do mundo, isto é, grande parte dos abusos é cometida por familiares e contra meninas (Maikovich-Fong & Jaffee, 2010; Stoltenborgh et al., 2011).

Em um levantamento de dados disponibilizados por agências governamentais de países desenvolvidos, Gilbert et al (2009) constataram que: no Reino Unido, 7% das crianças havia sofrido algum tipo de ASI em 2007; a mesma porcentagem foi encontrada nos Estados Unidos em 2006; em 2003, 9% das crianças haviam sido vítimas de ASI no Canadá 10% na Austrália. Além disso, a prevalência acumulada de ASI nestes países foi de 15 a 30% em meninas e 5-15% em meninos.

Pereda, Guilera, Forns & Gómez-Benito (2009) realizaram pesquisa de meta-análise da prevalência de ASI em 22 países, apontando que 7,9% dos homens e 19,7% das mulheres haviam sofrido alguma forma de abuso sexual antes dos dezoito anos.

Entretanto, como diversos autores destacam (Azevedo & Guerra, 2005; Gilbert et al, 2009; Pinto Junior, 2005), a despeito do crescimento de notificações no decorrer dos anos, estes dados provavelmente subestimam o problema, pois grande parte das incidências de abuso não é reportada.

Por um lado, a dificuldade para reconhecer novos casos de abuso deve-se ao fato da vítima apresentar, na maioria dos casos, sentimentos de culpa, vergonha ou mesmo ignorância

em relação ao assunto. Outros fatores relevantes para a dificuldade no reconhecimento de casos são: a resistência de profissionais de outras áreas em reconhecer, relatar o caso em relação às questões judiciais e medo pelo lado da família (Kaplan & Sadock, 1990).

As consequências psicológicas do ASI para aqueles que o sofrem têm sido amplamente estudadas. Muitos trabalhos relatam uma grande variedade de dificuldades e distúrbios nas áreas afetiva, cognitiva, comportamental e social apresentados pelas crianças vítimas de ASI.

A literatura especializada aponta, dentre os principais sintomas, o comportamento sexual inadequado, falta de concentração e atenção, diminuição do rendimento escolar, isolamento social, agressividade, crenças distorcidas, ansiedade generalizada, sintomas de depressão e, com maior frequência, de transtorno do estresse pós-traumático (Amazarray & Koller, 1998; Cohen, 2003; Habigzang, Corte, Hatzenberger, Stroher & Koller, 2008; Pinto Junior, 2001; Saywitz, Mannarino, Berliner & Cohen, 2000).

Dentre os sintomas de estresse pós-traumático, Weierich e Nock (2008) apontam como os mais frequentes: lembranças recorrentes de imagens ou pensamentos invasivos e perturbadores; esforço exaustivo para evitar pensamentos, sentimentos, pessoas ou lugares associados ao trauma; afetividade restrita e hipervigilância.

Runyon e Kenny (2002) avaliaram sintomas de estresse pós-traumático e depressão em crianças vítimas de abuso físico e sexual. As vítimas de ASI apresentaram níveis significativamente maiores de sintomas quando comparadas às vítimas de abuso físico, as quais também apresentaram níveis acima da população geral. Sintomas de depressão foram observados em ambos os grupos de forma similar. As autoras apontam ainda que o apoio de um dos pais (geralmente a mãe) é o fator mais importante na recuperação da criança.

Outro importante fator nesta recuperação é a superação de sentimentos de culpa e vergonha, os quais são bastante frequentes e intensos (Deblinger & Runyon, 2005).

Humphreys, Lowe e Williams (2009) apontam distúrbios de sono como efeitos do ASI. Através de relatos das mães de 28 crianças vitimizadas, os autores identificaram a alta frequência de pesadelos, enurese noturna e padrões de sono disruptivos.

Gilbert et al (2009), em estudo realizado em diversos países com crianças vítimas de maus-tratos, identificaram nas vítimas de ASI comportamentos internalizantes, como ansiedade e depressão, e externalizantes, como agressividade, comportamentos sexuais inadequados para a faixa etária e *acting out*. Sintomas de estresse pós-traumático também foram consistentemente

identificados, inclusive prolongando-se até a vida adulta. Sintomas de depressão foram os mais frequentes, dobrando o risco de tentativas de suicídio, e se mostraram mais persistentes, mesmo após intervenções com as famílias. De acordo com levantamento realizado pelos autores, alguns efeitos físicos do ASI foram frequentemente observados, como a obesidade, transtornos alimentares, gravidez na adolescência, abortos e doenças sexualmente transmissíveis. Os autores afirmam, entretanto, que não há evidências claras de consequências específicas do ASI em relação aos outros tipos de maus-tratos.

No Brasil, os efeitos do ASI também são amplamente estudados. De acordo com pesquisa realizada por Scherb (2004), avaliando os efeitos psicológicos do abuso, os principais sintomas observados foram relacionados ao quadro de estresse pós-traumático, como ansiedade elevada, retração emocional, dificuldades de memória, especialmente relacionada ao trauma. A percepção da unidade corporal e o desenvolvimento da autonomia também se mostraram prejudicados. Além disso, observou-se a presença de sentimentos de desconfiança em relação aos outros e culpa por acreditar que possa ter seduzido o agressor ou, de alguma forma, colaborado com a situação abusiva. Comportamentos hipersexualizados também foram verificados, inadequados para a faixa etária.

Pereira, Santos e Williams (2009) objetivaram caracterizar o desempenho escolar de crianças vitimizadas atendidas em um Fórum Judicial. Através de testes escolares e avaliação de desempenho dos professores, os resultados de 40 crianças foram comparados. Os resultados mostraram que as crianças vitimizadas tinham desempenho inferior aos outros alunos e que a maioria estava exposta a outros fatores de risco.

Habigzang et al (2008) também apontaram baixo rendimento escolar em estudo com vítimas de ASI. Sintomas de ansiedade e TEPT, incluindo revivência e hipervigilância, se mostraram mais presentes, além da crença de diferença em relação aos pares, baixa autoconfiança e sentimento de culpa pelo abuso.

Em estudo realizado por Tardivo e Pinto Junior (2010) com pouco mais de 500 crianças vítimas de abuso físico e/ou sexual, comparando-as com crianças sem suspeita de vitimização, foi constatado que o primeiro grupo apresentou sintomas relativos a todos os transtornos psicológicos avaliados (emocional, cognitivo, comportamental, social e físico) com frequência e intensidade muito maiores que as do segundo grupo, demonstrando os efeitos significativos do ASI para aqueles que o sofrem.

O uso de álcool e outras drogas por grande parte das vítimas tem sido constatado por diversos autores, perpetuando-se pela adolescência até a vida adulta (Gilbert et al, 2009; Habigzang et al, 2005; Shin, Edwards, Heeren, & Amodeo, 2009).

Os sintomas psicológicos dos efeitos do ASI variam bastante em sua duração e intensidade e dependem de muitos fatores, como a frequência e do abuso cometido, a relação da vítima com o agressor, histórico de outras psicopatologias, entre outros (Olafson, 2011).

Além disso, as consequências do ASI também podem se manifestar na vida adulta, mesmo que nenhum sintoma apareça na época em que o ASI ocorreu (Berliner, 2011; Briere & Elliott, 2003; Fargo, 2009). Alguns estudos indicam maior chance de gravidez na adolescência e maior risco de prostituição na vida adulta (Fergusson & Horwood, 1997; Kenney & Reinholtz, 1998).

Esta experiência interfere inclusive nas relações afetivas do indivíduo ao longo da vida, nos sentimentos de confiança e segurança em relação aos outros. Considerando o apego como um dos determinantes do desenvolvimento afetivo, torna-se importante verificar os efeitos do ASI nestas relações e suas possíveis implicações.

2. A Teoria do Apego

Na trilogia *Attachment and Loss* (1982/1971, 1973, 1980), o psiquiatra inglês John Bowlby apontou que os bebês apresentam um repertório inato de comportamentos (agarrar, chorar, etc.) e características físicas (face, olhos, sorriso, etc.) que são responsáveis por sua sobrevivência, atraindo a atenção de potenciais cuidadores. Segundo Bowlby, este repertório tem a finalidade de buscar e manter a proximidade com estes cuidadores, os quais fornecerão segurança e alimentação necessárias. Trata-se de um sistema comportamental adaptativo (o sistema comportamental de apego), o qual é essencial para a evolução e sobrevivência das espécies altriciais, que nascem com capacidades imaturas de locomoção, alimentação e defesa, aumentando assim a probabilidade de sobrevivência de bebês, inclusive os humanos (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003).

Em 1959, os cientistas Harlow e Zimmermann realizaram um famoso experimento com filhotes de macacos órfãos, os quais eram expostos a duas mães artificiais, isto é, objetos que imitavam fêmeas de verdade. Uma era feita de arame e possuía uma mamadeira com leite

acoplada em seu corpo, simulando um seio. A outra era feita de madeira coberta por um tecido felpudo e macio, porém não oferecia leite.

Os pesquisadores observaram que os bebês optavam por ficar no colo aconchegante da mãe de tecido, do que obter o alimento oferecido pela mãe dura e fria. Além disso, diante de um estímulo que indicava perigo (um urso de brinquedo), eles buscavam segurança e agarravam a mãe de tecido. Os bebês que foram criados apenas com as mães de arame não a agarravam nem mesmo nos momentos de medo. Este experimento mostrou que os filhotes tendem a buscar proximidade não apenas para conforto, mas também por segurança e aconchego.

Baseando-se neste estudo e em suas então recentes descobertas, Bowlby especificou as funções que os indivíduos devem desempenhar para tornarem-se figuras de apego:

- 1- Ser o "alvo" de busca e manutenção da **proximidade** em situações de necessidade, gerando angústia diante da separação destas figuras;
- 2- Proporcionar um **refúgio de segurança** físico e emocional, bem como o alívio da ansiedade e fonte de conforto e apoio;
- 3- Proporcionar também uma **base segura**, a partir da qual o bebê pode explorar e aprender sobre o mundo ao redor dele e desenvolver suas próprias habilidades.

Segundo Bowlby (1988), uma interação de boa qualidade do bebê com as figuras de apego promove a formação de um sentido de segurança em relação ao mundo, aos outros e a ela mesma. Dessa forma, ela sente que é capaz e pode explorar o ambiente com confiança e se relacionar de maneira efetiva com as pessoas.

A partir destas interações com as figuras de apego, o bebê estabelece formas de representações, os quais Bowlby chama de *modelos internos de apego*. A partir dos primeiros modelos estabelecidos, a criança forma concepções sobre o mundo como um lugar seguro e confiável.

Ao longo da vida, estes modelos afetam a percepção e compreensão de eventos sociais e as expectativas sobre as relações (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Bowlby (1988) argumentou sobre a estabilidade dos modelos internos de apego: eles tendem a permanecer os mesmos durante toda a vida, porém experiências marcantes podem alterá-los positiva ou negativamente.

Alguns autores estudaram esta estabilidade e apontam índices entre 70 e 80% dos padrões de apego (Baldwin & Fehr, 1995, Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000). Hazan & Shaver (1994) afirmam que, na vida adulta, os componentes de apego (proximidade, refúgio

de segurança e base segura) são progressivamente transferidos das figuras iniciais para outras pessoas, na forma de relacionamentos íntimos ou amigáveis que forneçam apoio, proteção e afeto constantes.

Além disso, aos poucos diminui a necessidade da proximidade real das figuras de apego em todos os momentos (Mikulincer & Shaver, 2007). O sentimento de segurança pode ser alcançado através de representações abstratas ou lembranças destas figuras.

2.1. Os padrões de apego infantil

Mary Ainsworth foi uma grande colaboradora de Bowlby, testando empiricamente suas hipóteses. Estudou a qualidade das relações entre mães e bebês e, como resultado, criou um procedimento conhecido como “Situação Estranha” (Ainsworth, 1978). O experimento foi realizado com bebês de 12 a 18 meses em uma sala de jogos e consistia na observação de uma situação estruturada da seguinte forma:

- 1- O bebê poderia explorar o ambiente na companhia da mãe. Após alguns minutos, a mãe era substituída por um adulto estranho.
- 2- A mãe voltava, oferecendo carinho e atenção, enquanto o estranho deixava a sala.
- 3- A mãe saía da sala novamente e o estranho entrava, oferecendo conforto.
- 4- A mãe retornava e interagia com o bebê.

A maioria dos bebês demonstrou uma flexibilidade entre a capacidade de explorar livremente e de manter a relação com a mãe, sendo então classificadas como seguras. Uma minoria significativa parecia ter manifestado maior interesse na exploração dos brinquedos em detrimento da presença da mãe, sendo classificados como evitadores. O restante abandonou os brinquedos para manter interagir exclusivamente com a mãe, classificados como ambivalentes ou resistentes. Este experimento levou à detecção de três padrões distintos de apego infantil: seguro, ansioso-ambivalente e ansioso-evitativo (Ainsworth, 1978), explicitados a seguir.

Crianças com apego **seguro** demonstram: flexibilidade para explorar o mundo e o ambiente ao seu redor; sentimento do mundo como um lugar seguro, mesmo distante das figuras cuidadoras; segurança e confiança em si mesmo como pessoa competente e capaz; facilidade de interação e cooperação com outros.

As crianças com apego **ansioso-ambivalente** parecem não se sentir tão à vontade para explorar o ambiente, apresentando comportamentos ora de aproximação, ora de evitação em relação às figuras de apego. Também não se sentem seguras de si mesma e apresentam baixa auto-estima. Sentimentos de raiva e carência são alternadamente expressados.

Já as crianças com apego **ansioso-evitativo** não buscam contato, evitando a proximidade com pessoas. Demonstram desconfiança em relação às pessoas e ao mundo, não se sentindo acolhidas e cuidadas. Estas crianças apresentam comportamentos de fuga/esquiva e pouco exploram o mundo ao seu redor. Parecem independentes e solitárias.

A partir das descobertas e contribuições de Ainsworth, uma de suas estudantes, Mary Main, detectou um quarto tipo de apego infantil: o **desorganizado** (Main & Solomon, 1986). Crianças que apresentam este tipo de apego são contraditórias, impulsivas e não seguem um único padrão de comportamento. São inconsistentes, medrosas e possuem história de abandono ou descuido.

Main também se interessou pelas repercussões dos padrões de apego na vida adulta. Ajudou na elaboração de um dos primeiros instrumentos para avaliar o apego em adultos, o *Adult Attachment Interview – AAI* (George, Kaplan & Main, 1985). Trata-se de um inventário de frases que explora as diferentes relações interpessoais do adulto, e a maneira como este se sente em relação às pessoas próximas. Enquanto a situação estranha mede a qualidade do apego infantil com uma figura cuidadora específica, o AAI identifica o padrão geral, independente de figuras.

Main, Kaplan & Cassidy (1985) realizaram um estudo longitudinal composto por duas fases:

- 1- Aplicação do procedimento da *Situação Estranha* em bebês com 12 meses de vida com o pai e a mãe, separadamente, coletando dados acerca do tipo de apego apresentado pelo bebê.
- 2- Após 5 anos, isto é, quando as crianças tinham 6 anos de idade, foi realizada a segunda parte do estudo. Foi exibido a todos juntos (criança, pai e mãe) uma breve cena contando uma história de separação. Em seguida, foi aplicada a Situação Estranha com todos juntos e o AAI com os pais.

Observou-se a alta correlação entre o tipo de apego apresentado pelas crianças no primeiro e sexto anos de vida, além de uma repetição do padrão de apego apresentado pelos pais. As autoras verificaram então que os padrões de apego apresentam duas características:

- 1- Estabilidade: tendência do indivíduo a manter o mesmo padrão de apego adquirido nas primeiras experiências de vida;
- 2- Intergeracionalidade: o mesmo padrão tende a ser passado de pai para filho, isto é, se reproduz nas diferentes gerações.

Pesquisas mais recentes sobre o apego infantil apontam para a importância das funções do apego enquanto regulador do afeto e suas repercussões por toda a vida, tanto nas relações interpessoais, como na segurança e confiança em si mesmo. A literatura internacional, em especial, fornece um grande acervo de dados que confirmam o papel do apego no desenvolvimento humano desde o nascimento.

Diversos estudos indicam que o apego influencia nos processos de adaptação em casa e na escola (Cassidy, 1988; Cicchetti & Barnett, 1991; Easterbrooks & Abeles, 2000; Granot & Mayselles, 2001; Kerns Tomich, Aspelmeier & Contreras, 2000; Moss et al, 2006; Verschueren & Marcoen, 1999; Verschueren, Marcoen & Schoelfs, 1996). Nestes estudos, os quais utilizam de medidas de representação e comportamento de apego, o apego seguro foi associado com um alto grau de resiliência e competência social, uma boa imagem de si mesmo e dos outros, um bom status dentro do grupo e baixos níveis de sintomas internalizantes e externalizantes.

Groh et al (2012), em um estudo de meta-análise composto por 42 amostras independentes com um número grande de sujeitos (N=4.614), com o objetivo de examinar a associação entre apego e sintomas internalizantes durante a infância, apontam que crianças com apego evitativo e desorganizado apresentam taxas significativas de tais sintomas. Porém, foram observadas ainda maiores taxas de sintomas externalizantes associadas ao apego inseguro e desorganizado.

Ziv, Oppenheim e Sagi-Schwartz (2004) realizaram um estudo longitudinal examinando possíveis associações entre apego e comportamento social. Os resultados revelaram que as crianças com apego seguro demonstraram mais competência social do que os inseguros. A maior característica que os destiguiu foi o nível de expectativas em relação a terceiros: as crianças seguras esperavam que os outros estivessem emocionalmente disponíveis a elas.

Pesquisadoras holandesas (Dries et al, 2012) realizaram um estudo longitudinal comparando os padrões de apego de 42 bebês chinesas adotadas desde o nascimento com 50 bebês que passaram um período em lares temporários (do termo inglês *foster care*) antes da adoção. Utilizaram a *Situação Estranha* e os resultados mostraram que as bebês dos lares temporários apresentaram apego menos seguro, ao passo que as outras não diferiram do padrão normativo. No entanto, ambos os grupos mostraram apegos mais desorganizados quando comparados com os dados normativos. As mães pareciam igualmente sensíveis aos bebês. Seis meses após a adoção, as crianças que não passaram por lares temporários apresentaram maior aumento na capacidade de resposta ao longo do tempo.

Um estudo realizado por Velderman et al (2006) buscou quebrar o potencial ciclo intergeracional do apego inseguro. Para isso, realizaram intervenções com 81 mães de bebês com 7 a 10 meses de vida, separadas em grupo experimental e controle. Foram feitas visitas domiciliares com atividades utilizando vídeos e cadernos, além de discussões sobre experiências na relação da mãe com o bebê. Após as intervenções, as mães estavam mais sensíveis do que as do grupo controle, e foram mais eficazes com bebês com mais capacidade de resposta, sustentando a hipótese evolutiva de que crianças com alta capacidade de resposta são mais suscetíveis a mudanças do que as com menor capacidade.

Psicólogos americanos (Hoffman et al, 2006) elaboraram um protocolo de intervenção denominado *Círculo de Segurança*, que aborda educação parental e psicoterapia familiar. Este protocolo foi aplicado em famílias com bebês e crianças pré-escolares e os resultados apontaram mudanças nos padrões de apego significativas, de desorganizado para seguro, sugerindo que uma intervenção realizada na primeira infância seja capaz de alterar um padrão de apego disfuncional.

Biringen et al (2012) buscaram avaliar o apego de bebês e profissionais de centros de assistência infantil dos Estados Unidos. Foram realizadas intervenções com estes cuidadores e a mensuração do apego foi feita utilizando as *Escalas de Disponibilidade Emocional - EA* (Biringen, Robinson, & Emde, 1998), as quais avaliam a relação entre o bebê (ou a criança) e seu cuidador, focando em aspectos como sensibilidade, envolvimento e capacidade de resposta. Os resultados após as intervenções foram comparados com um grupo controle e mostraram um aumento no desempenho de todos os níveis avaliados, enquanto os sujeitos que não participaram das intervenções, apresentaram um relativo decréscimo nas mesmas avaliações.

Estudos com populações de alto risco ou em situação de vulnerabilidade também têm sido publicados, demonstrando que o apego influencia e é influenciado por condições desfavoráveis ao longo do desenvolvimento humano.

Abela et al (2010) examinaram a relação entre o apego inseguro e depressão em uma amostra de 140 crianças, cujos pais tinham histórico de episódios de depressão grave. As crianças responderam a instrumentos avaliando o apego inseguro direcionado aos pais, a procura excessiva de segurança e sinais atuais de depressão. Também foram coletados dados acerca do histórico de sintomas depressivos através de entrevista com os pais. As crianças que apresentaram maiores níveis tanto de apego inseguro quanto de procura excessiva por segurança foram as que apresentaram maiores níveis de sintomas de depressão. O apego inseguro também foi associado a histórico de episódios ou sintomas depressivos, mesmo após o controle dos sintomas atuais.

Com o propósito de verificar se a obesidade na adolescência está associada à qualidade da relação mãe-bebê, Anderson et al (2012) observaram a interação de 977 bebês nas idades de 15, 24 e 36 meses, pontuando o apego inseguro e a baixa sensibilidade maternal. Os mesmos foram avaliados quanto à obesidade ao completarem 15 anos. Os autores concluíram que a má qualidade na relação mãe-bebê estava de fato associada à prevalência de obesidade na adolescência.

Bögels e Brechman-Toussaint (2006) discutem, através de revisão da literatura mundial, as evidências da relação entre fatores familiares e ansiedade. Um dos fatores considerados como propulsores da ansiedade é a qualidade do apego no ambiente familiar.

Buscando estudos que enfocam a relação entre o apego e a experiência de vitimização em crianças, foram encontrados artigos bastante relevantes.

No Chile, um estudo realizado por Fresno e Spencer (2011) mostrou que crianças vítimas de violência física apresentaram maior desorganização no apego. Para avaliar as representações de apego, as crianças tinham a tarefa de completar histórias de apego. Os resultados indicam que o mau trato físico tem um efeito negativo na qualidade das representações de apego.

Baer e Martinez (2006) realizaram um estudo de meta análise sobre a relação entre violência e apego inseguro. Foram encontrados artigos expondo diversos tipos de maus tratos, cujas vítimas tinham menos que 4 anos de idade. Todos os estudos utilizaram grupo controle para comparação e a Situação Estranha como medida de apego. Os resultados mostraram que as

crianças vitimizadas eram significativamente mais prováveis de apresentarem apego inseguro. Os autores afirmam que, aparentemente, o tipo de violência afeta a magnitude de seu efeito sobre o apego. Ressaltam ainda a importância da investigação sobre esses diferentes impactos.

Com o intuito de explicar a variedade na extensão dos efeitos psicológicos do ASI, Shapiro e Levendosky (2000) examinaram o estilo de apego de 80 adolescentes do sexo feminino. Os resultados sugerem que o estilo de apego influencia no funcionamento psicológico e interpessoal, mediando os efeitos diretos do ASI, isto é, que a boa qualidade do apego da criança pode ajudá-la a superar o trauma com maior facilidade, contribuindo para um alto grau de resiliência.

No Brasil, pesquisas que buscam compreender o apego infantil em populações de alto risco ou em situações de vulnerabilidade também se destacam.

Em estudo de observação das relações de apego entre crianças institucionalizadas, Alexandre e Vieira (2004) concluíram que, na falta de uma figura de apego adulta, estas crianças em situação de abrigo formavam relações de apego entre elas, especialmente no cuidado dos mais velhos para com os mais novos, e que a rede de apoio social apresentou-se como um fator importante na resiliência das crianças.

Dalbem e Dell’Aglío (2008) reiteram estas conclusões. Avaliaram adolescentes institucionalizadas, com idades entre 12 a 14 anos, através de entrevistas semi-estruturadas elaboradas a partir de instrumentos de apego. Os resultados apontaram a presença de resiliência para novas relações afetivas. As autoras acreditam que, apesar das experiências adversas vividas anteriormente, a proteção e acolhimento oferecidos nos abrigos ajudaram as meninas no processo de superação, estabelecendo auto-estima e novas relações.

D’Affonseca e Williams (2011) realizaram uma revisão da literatura nacional e internacional de 2007 a 2010 sobre violência doméstica e habilidades maternas. Foram analisados 28 artigos, sendo todos internacionais. Foi encontrado que grande maioria dos filhos é exposta à violência conjugal e que esta exposição tem impactos negativos na relação mãe e filho.

Com o objetivo de investigar o apego de crianças vítimas de ASI intrafamiliar e suas percepções sobre a família, Pelisoli, Teodoro e Dell’Aglío (2007) realizaram estudos de caso com meninas vitimizadas. Os resultados apontaram para uma baixa coesão familiar, alta hierarquia com alto poder dos abusadores, baixa autocongruência e identificação com o agressor em ambas as meninas, assim como a escolha da mãe como modelo a ser seguido. A afetividade

foi descrita em relação a cada membro da família e variou de baixa a média. Já o conflito variou de baixo a alto. A entrevista revelou indicadores de tendência ao isolamento, baixa auto-estima, atitudes agressivas, sentimentos de culpa, medo e vergonha.

Schneider e Ramires (2011) pesquisaram a especificidade dos padrões de apego em relação à mãe e ao pai, demonstrando que a qualidade de cada relação parental é única. Assim como D’Affonseca e Williams (2011), as autoras chamam a atenção para o predomínio da literatura internacional e a necessidade de trabalhos sobre o apego infantil no Brasil.

2.2. Instrumentos de avaliação do apego infantil

Em relação aos instrumentos que se propõem a avaliar o apego infantil, alguns são bastante conhecidos e utilizados ao redor do mundo. Román (2011) realizou um levantamento internacional dos instrumentos mais utilizados e os principais achados são descritos a seguir.

O *Attachment Behaviour Q-set* (Waters, 1995; Waters & Deane, 1985) e o *Parent Attachment Diary* (Stovall & Dozier, 2000) são mais conhecidos por avaliar os comportamentos de apego na primeira infância. A avaliação dos modelos internos de apego tem sido realizada por diversos autores através de *histórias incompletas*. O procedimento consiste de encenações de situações familiares utilizando-se bonecos humanos, nas quais o protagonista deve solucionar um dilema. O entrevistador começa contando uma história e pede que a criança a termine. O número de histórias, seus conteúdos e a forma de análise são diversas (Bretherton & Oppenheim, 2003; Bretherton, Ridgeway & Cassidy, 1990; Bettmann & Lundahl, 2007; Green, Stanley, Smith & Goldwyn, 2000).

Também com o mesmo objetivo, o *Separation Anxiety Test – SAT* (Hansburg, 1972) é um teste projetivo semiestruturado no qual o entrevistador apresenta lâminas com ilustrações de situações de separação das figuras de apego, para as quais a criança deve contar como o protagonista se sente e qual será o desfecho da situação. Este teste foi desenvolvido para o trabalho com adolescentes, porém foi adaptado para o uso com crianças (Klagsbrun & Bowlby, 1976; Main et al., 1985; Slough & Greenberg, 1990).

Para avaliar o apego na adolescência, um dos instrumentos mais utilizados é o *Inventory of Parent and Peer Attachment – IPPA* (Armsden & Greenberg, 1987), inventário de frases

composto por 60 itens que avaliam a confiança, percepção e sentimentos de segurança relacionados às figuras de apego.

A *situação estranha* (Ainsworth et al., 1978) é ainda hoje bastante utilizada para avaliar a continuidade e estabilidade dos sistemas de apego, assim como a qualidade da interação mãe-bebê (Huth, Levendosky, Bogotá & Von Eye, 2004; Fearon & Belsky, 2004; McElwain, & Booth-LaForce, 2006; Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000).

O inventário *Pessoas em minha vida* (PIML) foi elaborado por Cook, Greenberg, & Kusche (1995), para avaliar a percepção das crianças sobre suas relações afetivas com os pais, professores e colegas. O PIML original é derivado do IPPA e é composto por 80 frases de auto-relato (ex: *Meus pais se preocupam comigo*), que caracterizam as relações de confiança, segurança e proximidade com as pessoas próximas à criança, sendo divididas em cinco blocos: pais, colegas, professores, escola e bairro. Para cada frase, a criança deve responder de acordo com o que mais se aproxima de sua realidade, uma dentre as quatro opções fornecidas: *nunca*, *algumas vezes*, *muitas vezes* ou *sempre*. As pontuações variam entre 1 e 4, incluindo algumas frases invertidas, para as quais a pontuação também se inverte (ex: *Eu sinto medo na minha casa*).

Murray e Greenberg (2001) utilizaram o PIML em pesquisa sobre o apego na escola. Ao todo, 289 crianças responderam ao inventário e os resultados mostraram que aqueles com dificuldades escolares apresentaram pior qualidade na relação com professores e percebiam mais perigo no ambiente escolar.

Pesquisadores da Universidade Nacional da Colômbia (Camargo, Mejia & Herrera, 2007) realizaram um trabalho de tradução, adaptação e validação do PIML, com o objetivo de fornecer um instrumento válido para o contexto da América do Sul. Para isso, contaram com uma amostra de 2274 crianças com idades entre 8 e 14 anos, estudantes de escolas públicas e privadas da cidade de Bogotá, com diferentes padrões sócio-econômicos. O PIML foi aplicado em grupos dentro das salas de aula, supervisionados por psicólogos previamente instruídos. A análise de confiabilidade realizada no estudo piloto indicou que 4 frases fossem excluídas, portanto a versão utilizada no estudo de validação continha 76 itens.

Os resultados apontaram índices de consistência interna satisfatórios (entre .52 e .84) e apoiam os pressupostos de estabilidade e continuidade do apego. Posteriormente ao estudo de validação, as autoras sugeriram que outras 5 frases fossem excluídas, por apresentarem baixos

índices de confiabilidade. Além disso, os itens foram separados em quatro blocos: pais, amigos, escola e bairro. Foi esta a forma empregada no presente estudo.

II – JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Estudos sobre a temática do apego, que visam mensurar e compreender seu real impacto no desenvolvimento do ser humano, têm importantes implicações práticas, pois oferecem estratégias para facilitar a auto-regulação emocional, para a promoção de atitudes e comportamentos pró-sociais e reduzir o preconceito, hostilidade e agressão.

Dada a importância da infância no desenvolvimento humano, é importante investigar o papel do apego no desenvolvimento social e emocional nessa idade. Faz-se necessária a compreensão sobre o tema do apego, como um dos determinantes do desenvolvimento do indivíduo, bem como as consequências de um modelo disfuncional de apego, especialmente em grupos de risco, como no caso de crianças vítimas de abuso sexual.

No Brasil, observa-se a falta de estudos sobre o apego infantil, bem como uma lacuna de instrumentos que visam a avaliação ou mensuração da qualidade do apego. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi realizar um estudo piloto com o inventário *Pessoas em minha vida - PIML* (Cook, Greenberg, & Kusche, 1995), a fim de verificar seu potencial de utilização com a população brasileira.

Além disso, buscou-se compreender a percepção de crianças vítimas de ASI acerca de suas relações afetivas e seus vínculos com as figuras de apego e com as pessoas próximas a ela, quando comparadas a crianças sem suspeita de vitimização.

Pretendeu-se também, verificar se a experiência de ASI interfere nesta percepção e na qualidade dos vínculos, no sentido de segurança e confiança no mundo que as cercam.

III - MÉTODO

Trata-se o presente estudo de um piloto realizado com o inventário *Pessoas em minha vida - PIML* (Cook, Greenberg, & Kusche, 1995), o qual foi elaborado por psicólogas americanas e adaptado na Colômbia (Camargo, Mejia & Herrera, 2007). A partir desta versão, o inventário foi traduzido para o português e aplicado em um total de 60 crianças, sendo divididas em 2 grupos (clínico e comparativo).

Este estudo utilizou-se de método quantitativo comparativo, com foco nos instrumentos com avaliação estatística. Contou com amostra de conveniência e tem caráter correlacional.

3.1. Participantes

O estudo contou com 30 crianças com idades entre 09 e 12 anos, de ambos os sexos, vítimas de ASI assistidas por uma instituição especializada no tratamento a crianças e adolescentes vitimizados, cujo nome será mantido em sigilo para preservação da identidade dos participantes.

Para efeitos de comparação, foi formado um grupo comparativo composto por 30 crianças da mesma idade e ambos os sexos, estudantes de uma escola pública do Estado de São Paulo, sem suspeita de serem vítimas de qualquer tipo de violência, baseando-se para tanto no relato dos pais, responsáveis, professores da escola e da própria criança. A distribuição dos participantes em função sexo e dos grupos pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos participantes em função do sexo e do grupo

Sexo	Comparativo		Clínico		Total	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	14	46,7	21	70,0	35	58,3
Masculino	16	53,3	9	30,0	25	41,7
Total	30	100	30	100	60	100

Pode-se verificar que os participantes do grupo comparativo encontram-se balanceados em função do sexo (46,7% feminino e 53,3% masculino). Já no grupo clínico há uma predominância de participantes do sexo feminino (70,0%, contra 30% para os homens). A Tabela 2 mostra que as frequências dos grupos em função das idades dos participantes foram semelhantes.

Tabela 2. Distribuição dos participantes em função da idade e do grupo

Idade (anos)	Comparativo		Clínico		Total	
	N	%	N	%	N	%
9	6	20,0	8	26,7	14	23,3
10	9	30,0	8	26,7	17	28,3
11	9	30,0	7	23,3	16	26,7
12	6	20,0	7	23,3	13	21,7
Total	30	100	30	100	60	100

A média da idade do grupo comparativo foi de 10,50 anos (DP=1,04), enquanto a do grupo clínico foi de 10,43 anos (DP=1,13). Os grupos não diferiram em função da média das idades ($t=0,237$, $p=0,814$).

3.2. Instrumentos

3.2.1. Protocolo inicial

A fim de coletar dados dos participantes, um protocolo simples (anexo 1) foi utilizado, contendo dados pessoais das crianças, tais como nome, escolaridade, idade, número de irmãos, nome e profissão dos pais. No caso do grupo clínico, também foram coletados dados referentes ao agressor e à frequência com que o abuso foi cometido.

3.2.2. Inventário de Frases IFVD

O *Inventário de Frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes – IFVD* (Tardivo & Pinto Junior, 2010) foi escolhido por se tratar de um

instrumento auxiliar na identificação de experiências de violência. Além de ser utilizado para cumprir o critério de exclusão referente à qualquer suspeita de vitimização nos sujeitos do grupo comparativo, também fornece informações a respeito dos efeitos do ASI presentes nos sujeitos do grupo clínico.

O IFVD (anexo 2) foi originalmente elaborado na Argentina (Agosta, Barilari & Colombo, 2001) e, a partir dele, foi realizado o processo de tradução e validação do mesmo no Brasil em 2010 por Tardivo e Pinto Junior, com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP- processo nº 06/56308-0). As frases se referem aos transtornos que decorrem da experiência de vitimização, categorizados em cinco níveis: cognitivos, emocionais, sociais, comportamentais e físicos. O IFVD empregado nesse estudo é composto por 57 frases de simples compreensão que exige da criança que ela responda sim ou não (se as mesmas têm a ver com sua vida).

As frases não tratam da experiência da vitimização de forma direta, mas são relacionadas a temas do cotidiano, de sentimentos como tristeza, alegria, medo, etc, e foram proferidas por crianças e adolescentes atendidos em instituições voltadas para vítimas de violência doméstica. Todas as frases foram ditas por crianças vítimas de violência, na Argentina. Por isso, podemos dizer que são de simples compreensão. As frases foram traduzidas e adaptadas ao contexto brasileiro por Tardivo e Pinto Junior (2010).

No estudo de validação do IFVD no contexto brasileiro (Tardivo e Pinto Junior, 2010), foi utilizada uma amostra composta por 1010 participantes, sendo 623 do sexo feminino (61,7%) e 387 do masculino (38,3%), com idades entre 06 e 16 anos ($M=10,69$ e $DP=2,78$), separados em dois grupos: um grupo composto por 502 vítimas de violência doméstica (física e/ou sexual), e outro grupo composto por 508 crianças sem suspeita de terem sofrido violência (confirmados pela escola e pais), para verificar se esse instrumento é capaz de discriminar as crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica (sexual e física) daquelas que não são vítimas desse tipo de violência e identificar os sintomas associados a esta experiência.

Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas, tanto para o total de pontos do inventário, quanto para os totais de que se referem cada um dos cinco níveis de transtornos avaliados pelo IFVD (Tardivo & Pinto Junior, 2010). O instrumento mostrou-se eficaz como auxiliar no diagnóstico de violência doméstica, quando aplicado por profissionais treinados em casos de suspeita.

3.2.3. Inventário *Pessoas Em Minha Vida*

A versão colombiana do PIML (Camargo, Mejia & Herrera, 2007) descrita anteriormente foi traduzida para o português, devido à proximidade da língua e à realidade da América do Sul. Para isso, contou-se com o trabalho de duas experts nos dois idiomas, as Dr^{as}. Leila Cury Tardivo e Catalina Perez Lopez. Seguindo a sugestão das autoras, foram retiradas do instrumento 9 frases ao todo.

Dessa forma, a versão utilizada no presente estudo (anexo 3) é composta por 71 frases de auto-relato, relativas aos pais / cuidadores (questão 1 a 20), colegas (questão 21 a 42), professores e escola (questão 43 a 64) e bairro (questão 65 a 71).

3.3. Procedimentos

3.3.1. Contato com instituições e escolas

Foram realizados contatos com as instituições, sendo: escola pública e instituição especializada na assistência psicológica e/ou social a vítimas de abuso ASI, ambas localizadas no Estado de São Paulo.

A pesquisadora explicou aos responsáveis pelas instituições (diretores ou orientadores) o objetivo da pesquisa, detalhando os procedimentos e aplicação do protocolo inicial e dos inventários, os critérios de inclusão e exclusão dos participantes e, em seguida, pediu a autorização para a coleta de dados na instituição, através de uma carta de autorização (apêndice 1). Após assinatura do termo, foi pedido aos mesmos responsáveis que fizessem o contato inicial com os pais ou responsáveis pelas crianças, convidando-os para uma entrevista individual com a pesquisadora.

3.3.2. Entrevistas com os pais ou responsáveis

3.3.2.1. Grupo clínico

O contato inicial com os pais ou responsáveis pela criança foi intermediado pela instituição, especializada na assistência a vítimas de ASI. Foram então agendadas entrevistas individuais, no dia e horário mais conveniente para os entrevistados. A pesquisadora acompanhava o responsável até a sala disponibilizada pela instituição e explicava o objetivo da pesquisa, que é a compreensão das relações da criança com seus pais, amigos, professores e bairro, além de sentimentos relacionados ao cotidiano dela e a sentimentos como tristeza, alegria, medo, etc. Para isto, seriam aplicados dois inventários com perguntas simples, em que a criança deveria responder apenas *sim* ou *não* e *sempre* ou *nunca*. As perguntas seriam feitas de forma que a criança pudesse compreender, sendo explicadas e detalhadas.

Foi enfatizado que a criança poderia se recusar a participar, sem nenhum prejuízo ou comprometimento nos atendimentos que recebia na instituição, e que esta poderia também interromper a entrevista a qualquer momento, fazendo perguntas ou falando sobre o que desejasse. O sigilo de todas as informações pessoais da criança, do responsável e da instituição foi garantido pela pesquisadora. Após a explicação detalhada dos objetivos e procedimentos, o entrevistado era convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2), salientando que os inventários não se referiam ao tema do abuso diretamente. Contudo, se a criança manifestasse esse ou quaisquer outros temas sobre sua vida, ela será ouvida e acolhida. Em seguida, iniciava-se a coleta dos dados pessoais da criança, seguindo o protocolo anteriormente mencionado nos instrumentos desta pesquisa.

O responsável também era informado que o tempo previsto para aplicação era de 30 minutos para cada criança.

O entrevistado não poderia ser, em hipótese alguma, o agressor da criança. Como todos os participantes do grupo já eram assistidos pela instituição especializada, não houve necessidade de encaminhamentos.

3.3.2.2. Grupo comparativo

Foram agendadas entrevistas individuais, no dia e horário mais conveniente para o entrevistado. A pesquisadora os acompanhava até a sala disponibilizada pela escola e explicava o objetivo da pesquisa, a qual busca a compreensão das relações da criança com seus pais, amigos, professores e bairro, além de sentimentos relacionados ao cotidiano dela e a sentimentos como

tristeza, alegria, medo, etc. Foram tomados os mesmos cuidados éticos e a explicação detalhada dos procedimentos. Após a assinatura do TCLE, eram coletados os dados pessoais da criança, seguindo o protocolo anteriormente mencionado nos instrumentos desta pesquisa.

A confirmação da ausência de violência nos sujeito deste grupo foi feita através do responsável e professores da escola, os quais indicaram apenas crianças sem nenhum histórico de violência, bem como na entrevista realizada com os pais. Além disso, os dados obtidos no Inventário de Frases IFVD também foram considerados, uma vez que o instrumento se propõe a auxiliar na identificação de experiências de violência doméstica e os transtornos decorrentes desta. Se houvesse qualquer suspeita, os dados do sujeito seriam então excluídos da pesquisa e a criança seria encaminhada para atendimento em uma instituição de fácil acesso para ela.

3.3.3. Entrevista com a criança e aplicação dos instrumentos

3.3.3.1. Grupo clínico

Após concedida a autorização por parte do responsável, a pesquisadora acompanhava a criança até a sala, a qual era disponibilizada pela instituição. A pesquisadora explicava de forma simples, com vocabulário apropriado para a faixa etária, o objetivo da pesquisa, que é a compreensão das relações dela com seus pais, amigos, professores, escola e bairro, além de seus sentimentos em relação ao seu dia-a-dia e a sentimentos como tristeza, alegria, medo, etc.

Para isto, a pesquisadora dava as instruções detalhadas de como a criança deveria responder a algumas questões e alertava que ela poderia dizer se queria ou não participar, sem nenhum prejuízo ou constrangimento na escola, e poderia também interromper a entrevista a qualquer momento, fazendo perguntas ou falando sobre outros assuntos que desejasse. O sigilo de todas as informações pessoais dela, de seu responsável e da escola era garantido pela pesquisadora. Era dito que a aplicação duraria cerca de 30 minutos e, caso a criança concordasse em participar da pesquisa, a pesquisadora então dava as seguintes instruções: “A partir de agora, irei ler para você algumas frases sobre o seu relacionamento com as pessoas ao seu redor, como pais, amigos da escola, do bairro e seus professores. Eu peço que você me responda se concorda com cada uma delas ou não. Não há respostas certas ou erradas, porque as pessoas têm diferentes maneiras de ver as coisas. Você pode me interromper a qualquer momento e fazer perguntas, se

desejar. Se não compreender a pergunta, eu repetirei, com outras palavras, sem problema algum. Por favor, responda com a maior sinceridade, o que escrever aqui não será conhecido por ninguém”.

Após o término da entrevista, a pesquisadora agradecia gentilmente a participação e a acompanhava de volta ao encontro do responsável. Não houve nenhuma interrupção por parte das crianças durante as aplicações e nenhuma delas manifestou assuntos relativos ao abuso ou a qualquer outro que não fosse referente às frases dos inventários.

3.3.3.2. Grupo comparativo

Após autorização do responsável pela criança e assinatura do TCLE, a criança era convidada a acompanhar sozinha a pesquisadora até a sala disponibilizada pela escola. Explicava de forma bem simples quais seriam os procedimentos (os mesmos para o grupo de vítimas) e, em seguida, dava as seguintes instruções: “A partir de agora, irei ler para você algumas frases sobre o seu relacionamento com as pessoas ao seu redor, como pais, amigos da escola, do bairro e seus professores. Eu peço que você me responda se concorda com cada uma delas ou não. Não há respostas certas ou erradas, porque as pessoas têm diferentes maneiras de ver as coisas. Você pode me interromper a qualquer momento e fazer perguntas, se desejar. Por favor, responda com a maior sinceridade, o que escrever aqui não será conhecido por ninguém”.

Após o término da entrevista, a pesquisadora agradecia gentilmente a participação e acompanhava a criança de volta ao encontro do responsável. Apenas uma criança relatou experiências de violência doméstica, na forma de agressões físicas por parte do pai, sendo então encaminhada para assistência psicológica e social adequada, as quais tomaram as devidas providências em relação ao pai e aos atendimentos psicológicos que se fizeram necessários.

3.3.4. Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo e aprovada pelo Processo nº 1068/2011/CEP-EEUSP – SISNEP CAAE: 0015.0.134.196-11 (apêndice 3).

O estudo foi realizado com todos os cuidados éticos, no que se refere ao sigilo, manejo das entrevistas e ocasional necessidade de assistência psicológica. O título da pesquisa não foi mencionado nos TCLE, pois não havia necessidade e poderia induzir alguma resposta. Além disso, sendo o objetivo principal do estudo a compreensão das relações afetivas da criança, decidimos deixar explícito aos participantes que estudaremos a qualidade destas relações. O mesmo TCLE foi utilizado para ambos os grupos, uma vez que as informações aos responsáveis eram as mesmas.

3.4.Tratamento dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio de médias das pontuações do IFVD e do PIML, além de correlações entre os dois instrumentos. Foi utilizado o teste Anova de um fator (One Way – Anova) e análise de variância.

Para a análise dos resultados do PIML, foram feitas diversas tentativas, uma vez que o próprio instrumento não fornecia nenhuma sugestão. Foram feitas diversas tentativas de contato com os autores, porém não houve nenhum retorno. Sendo assim, primeiramente tentou-se categorizar as frases do PIML de acordo com os três componentes do apego: proximidade, base segura e refúgio de segurança. Através da classificação das frases realizada por 4 juízes estudiosos da Teoria do Apego, não foi possível chegar a uma categorização consistente.

Como uma segunda tentativa, foi proposto avaliar as frases e as pontuações, separando-as de acordo com os quatro padrões de apego infantil: seguro, ambivalente, evitativo e desorganizado. Entretanto, o instrumento parece não ter sido elaborado de forma a verificar tais padrões de apego. Por outro lado, ele indica a situação atual da criança no que refere a suas relações pessoais e afetivas. O que se mostrou mais coerente foi a análise através de médias, pois através delas é possível verificar os vínculos relacionados a cada “bloco” do inventário (pais, amigos, escola e bairro).

IV - RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão descritos de acordo com cada instrumento aplicado, isto é, o protocolo inicial, o IFVD e o PIML.

O protocolo inicial apontou informações tanto a respeito da criança, como idade, constituição familiar, quem eram os responsáveis e escolaridade, como a respeito dos episódios de abuso, como frequência e proximidade com o agressor.

O IFVD indicou os efeitos do abuso para a criança na forma de sintomas psicológicos categorizados em cinco níveis de transtorno(emocional, comportamental, cognitivo, social e físico), enquanto o PIML apontou estes efeitos nos vínculos afetivos com as pessoas próximas à ela.

5.1. Dados obtidos através do protocolo inicial

A tabela 3 aponta o grau de parentesco ou proximidade dos agressores das crianças abusadas sexualmente. Nota-se que a maioria dos abusos foi cometida por vizinhos (26,6%), pais e padrastos (ambos com 16,7%).

**Tabela 3. Distribuição do tipo de agressor
para o grupo clínico**

Agressor	N	%
Conhecido	2	6,6
Avô Materno	1	3,3
Irmão	1	3,3
Padrasto	5	16,7
Pai	5	16,7
Primo	4	13,3
Tio	4	13,3
Vizinho	8	26,6
Total	30	100,0

A tabela 4 mostra que grande parte dos abusos ocorreu no ambiente familiar, isto é, cometidos pelo pai, avô, irmão, padrasto, primo ou tio.

Tabela 4. Distribuição dos subgrupos intrafamiliar e extrafamiliar

Subgrupos	N	%
Extrafamiliar	10	33,3
Intrafamiliar	20	66,7
Total	30	100,0

Na tabela 5 estão dispostas a frequência em que os abusos ocorreram. Observa-se que, em sua grande maioria, os abusos foram cometidos diversas vezes com a mesma criança.

Tabela 5. Distribuição da frequência do episódio de ASI para o grupo clínico

Recorrência	N	%
Uma vez	4	13,3
Duas vezes	3	10,0
Três ou mais vezes	23	76,7
Total	30	100,0

5.2. Resultados dos instrumentos

A comparação das médias dos dois grupos foi realizada por meio do teste Anova de um fator (One Way – Anova). Os resultados são apresentados a seguir.

Tabela 6. Média, Desvios Padrão, Valores de F para o total de pontos e para cada transtorno do IFVD

Transtornos IFVD	Comparativo		Clínico		Anova	
	Média	DP	Média	DP	F	Sig.
Comportamental	4,77	2,67	5,13	2,57	0,293	0,590
Cognitivo	2,33	1,51	3,53	2,06	6,589*	0,013
Emocional	5,00	3,89	8,57	3,61	13,540**	0,001
Físico	0,33	0,61	0,60	0,56	3,114	0,083
Social	1,97	1,03	2,90	1,49	7,922**	0,007
Total	14,40	7,87	20,73	8,63	8,823**	0,004

** Significante a 0,01

*Significante a 0,05

Foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre as médias dos dois grupos para os transtornos cognitivo, emocional e social, e também para o total de pontos do Inventário. Em todos os casos a média do grupo clínico foi maior que no grupo comparativo.

Tabela 7. Média, Desvios Padrão, Valores de F para o total de pontos do PIML

PIML	Comparativo		Clínico		Anova	
	Média	DP	Média	DP	F	Sig.
Pais	70,00	5,73	59,03	7,49	40,540**	0,001
Amigos	65,83	10,96	59,67	9,61	5,368*	0,024
Escola	76,57	9,98	58,60	9,99	48,549**	0,001
Bairro	22,10	4,06	16,70	2,83	35,681**	0,001
Total	234,50	21,76	194	20,91	54,018**	0,001

** Significante a 0,01

*Significante a 0,05

Em relação ao PIML, todas as diferenças foram estatisticamente significantes. As médias do grupo comparativo foram maiores em todos os casos estudados.

As tabelas 8 e 9 apresentam as médias e os desvios padrão para o grupo total, respectivamente para o IFVD e para o PIML.

**Tabela 8. Médias e Desvios Padrão do IFVD
para a amostra total**

Transtornos	Total	
	Média	DP
Comportamental	4,95	2,61
Cognitivo	2,93	1,89
Emocional	6,78	4,13
Físico	0,47	0,59
Social	2,43	1,36
Total	17,57	8,79

**Tabela 9. Médias e Desvios Padrão do PIML
para a amostra total**

PIML	Total	
	Média	DP
Pais	64,52	8,62
Amigos	62,75	10,68
Escola	67,58	13,42
Bairro	19,40	4,41
Total	214,25	29,41

Também foram comparadas as pontuações de sujeitos vítimas de ASI intrafamiliar e extrafamiliar nos dois instrumentos. A tabela 10 apresenta as comparações relativas ao PIML, enquanto a tabela 11 se refere ao IFVD. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre as médias dos transtornos do PIML quando comparados os subgrupos intrafamiliar e extrafamiliar.

Tabela 10. Média, Desvios Padrão e Valores de F para o total de pontos e por cada transtorno do PIML entre os subgrupos intrafamiliar e extrafamiliar

PIML	Intrafamiliar		Extrafamiliar		Anova	
	N=20		N=10		F	Sig.
	Média	DP	Média	DP		
Pais	58,65	8,06	59,80	6,53	0,152	0,699
Amigos	57,95	10,40	63,10	7,03	1,980	0,170
Escola	59,55	8,60	56,70	12,63	0,533	0,471
Bairro	16,35	3,15	17,40	2,01	0,915	0,347
Total	192,50	22,74	197,00	17,37	0,301	0,587

Tabela 11. Média, Desvios Padrão e Valores de F para o total de pontos e por cada transtorno do IFVD entre os subgrupos intrafamiliar e extrafamiliar

Transtornos	Intrafamiliar		Extrafamiliar		Anova	
	N=20		N=10		F	Sig.
IFVD	Média	DP	Média	DP		
Comportamental	4,85	2,23	5,70	3,20	0,723	0,403
Cognitivo	3,50	2,01	3,60	2,27	0,015	0,903
Emocional	8,40	3,42	8,90	4,12	0,124	0,727
Físico	0,60	0,50	0,60	0,70	0,000	1,000
Social	2,75	1,55	3,20	1,39	0,597	0,446
Total	20,10	7,87	22,00	10,30	0,316	0,579

As tabelas 12 e 13 mostram os resultados do PIML e do IFVD nos casos de abuso agudo e crônico. Foi observada uma diferença significativa entre as médias somente no tocante à escola, sendo maior a média do subgrupo crônico ($F=4,683$, $p=0,039$). No entanto, esta diferença deve ser considerada com cautela, uma vez que o tamanho do grupo de casos de abuso agudo é muito pequeno ($N=7$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre as médias dos transtornos do IFVD quando comparados os casos de abusos agudos e crônicos.

Tabela 12. Média, Desvios Padrão e Valores de F para o total de pontos e por cada transtorno do PIML entre os casos de abuso agudo e crônico

PIML	Agudo N=7		Crônico N=23		Anova	
	Média	DP	Média	DP	F	Sig.
Pais	54,29	9,79	60,48	6,20	4,049	0,054
Amigos	60,57	10,96	59,39	9,40	0,078	0,782
Escola	51,86	9,40	60,65	9,41	4,683*	0,039
Bairro	15,86	3,13	16,96	2,75	0,804	0,377
Total	182,57	22,97	197,48	19,44	2,907	0,099

* Significante a 0,05

Tabela 13. Média, Desvios Padrão e Valores de F para o total de pontos e por cada transtorno do IFVD entre os casos de abuso agudo e crônico

Transtornos IFVD	Agudo N=7		Crônico N=23		Anova	
	Média	DP	Média	DP	F	Sig.
Comportamental	5,57	2,44	5,00	2,64	0,259	0,615
Cognitivo	3,29	1,25	3,61	2,27	0,128	0,724
Emocional	9,29	2,28	8,35	3,93	0,355	0,556
Físico	0,57	0,78	0,61	0,49	0,023	0,881
Social	2,86	1,77	2,91	1,44	0,007	0,933
Total	21,57	6,37	20,48	9,31	0,083	0,775

5.3. Correlações entre o PIML e o IFVD

Foram correlacionados os totais de pontos do IFVD e do PIML. A correlação foi moderada e negativa entre os totais ($r = -0,436$, $p < 0,001$) (Sisto, 2007). O valor negativo da correlação indica que conforme aumentam os valores do total de pontos do PIML, diminuem os

do IFVD (as pessoas que tiram pontuações mais elevadas no PIML tendem a ter pontuações mais baixas no IFVD).

Uma vez que há uma desproporção entre o número de participantes do sexo masculino no grupo clínico, foi realizada uma análise de variância (Univariate Analysis of Variance) para verificar a influência da variável sexo nas diferenças entre as pontuações médias dos dois grupos. Os resultados mostraram que o sexo dos participantes não interferiu de forma significativa no total de pontos do PIML ($F(1,56)=2,464$, $p=0,122$), nem quando se considera a interação entre as variáveis sexo e grupo ($F(1,56)=0,531$, $p=0,469$). A diferença aparece somente quando se considera a variável “grupo” isoladamente (conforme tabela 7).

Em relação ao IFVD, as diferenças significantes foram observadas na interação entre o sexo e grupo dos participantes ($F(1,56)=5,139$, $p=0,027$), mas não quando se considera o somente a variável sexo ($F(1,56)=0,393$, $p=0,533$). Os resultados em função dos grupos também mostram diferenças significantes (conforme tabela 6).

V- DISCUSSÃO

Os dados obtidos no presente estudo mostraram-se consistentes e relevantes, sendo passíveis de discussão tanto acerca da temática do apego, como das consequências do ASI para aqueles que o sofrem, com destaque para a qualidade dos vínculos afetivos.

A caracterização dos participantes vítimas de ASI corrobora a literatura nacional e internacional (Baptista et al., 2008; Gilbert et al, 2009; Martins & Jorge, 2010; Pereda et al, 2009). A maioria é do sexo feminino (70%) e a frequência de episódios de abuso foi maior que duas vezes em grande parte dos casos (76%), configurando uma situação de abuso crônico.

Em relação aos agressores, todos são do sexo masculino e quase 30% são vizinhos das vítimas, ou seja, são próximos a elas, porém não possuem relação de parentesco. Entretanto, quando somamos os casos de ASI cometidos por membros da família, chegamos a dois terços da amostra total, o que caracteriza a predominância do abuso intrafamiliar. Este tipo de abuso se mostra mais frequente em praticamente todos os estudos citados anteriormente (Habigzang et al, 2005; Maikovich-Fong & Jaffee, 2010; Stoltenborgh et al, 2011).

Os resultados das aplicações dos instrumentos nos grupos clínico e comparativo foram bastante significativos. As médias de todos os níveis de transtornos avaliados pelo IFVD foram maiores entre as vítimas quando comparadas às não-vítimas, especialmente nos níveis emocional, cognitivo e social. O mesmo ocorreu com todas as médias do PIML, porém apontando resultados inversamente proporcionais, isto é, as pontuações do grupo comparativo foram maiores quando se avaliou as relações com os pais, amigos, escola e bairro.

É interessante observar que as médias totais do IFVD (clínico=20,73 e comparativo=14,40) são muito semelhantes às apontadas por Tardivo e Pinto Junior (2010) no estudo de validação do instrumento (clínico=21,32 e comparativo=14,53). Mesmo com um grupo bem menor, obteve-se praticamente o mesmo total de pontos. Esta concordância mostra sua eficácia na discriminação de crianças vítimas de violência daquelas que não apresentam queixa ou suspeita de vitimização, corroborando a evidência de validade do IFVD.

A partir destes resultados, foi possível verificar que as crianças vítimas de ASI apresentam sintomas referentes a diversos transtornos psicológicos com maior frequência e intensidade do que crianças que não passaram por esta experiência, como tem sido apontado por diversos autores anteriormente citados (Azevedo & Guerra, 2005; Habigzang et al, 2008;

Olafson, 2011). Além disso, estas crianças apresentam prejuízos nas relações afetivas com as pessoas próximas a elas, uma vez que os sentimentos de segurança e confiança nos outros foram abalados, devido a esta experiência marcante, como já afirmava Bowlby (1988).

Quando comparados os resultados das vítimas de abuso intrafamiliar e extrafamiliar, as médias do subgrupo extrafamiliar foram um pouco maiores no IFVD e menores no PIML. Mesmo não sendo estatisticamente significativas, estas diferenças podem indicar que são mais evidentes e intensas as consequências do ASI no contexto familiar, o que confirma dados da literatura. Estatisticamente, ambos os instrumentos não discriminam os dois grupos em função do tipo de agressor. Porém os resultados podem ter sido influenciados pelo tamanho dos grupos (pequenos e com quantidades de participantes muito diferentes). Seria necessário aumentar o tamanho dos grupos para ver como se comportariam as médias.

Também foram comparados os resultados entre as vítimas de abuso crônico e agudo, mas o número de participantes do subgrupo agudo não permitiu uma análise estatisticamente relevante. Nota-se que grande parte das crianças são vítimas de abuso crônico (N=23) e intrafamiliar (N=20), corroborando mais uma vez os estudos nacionais e internacionais (Maikovich-Fong & Jaffee, 2010; Stoltenborgh et al., 2011).

Isso mostra que a exposição a este tipo de violência é recorrente e ocorre no ambiente onde a criança deveria encontrar segurança e proteção (Azevedo & Guerra, 2005; Gilbert et al, 2009; Pinto Junior, 2005). E é por essa razão que se torna importante avaliar os efeitos desta exposição nos vínculos e relações afetivas da criança, não somente com suas figuras de apego, mas com pessoas próximas a ela e ambientes onde costuma frequentar (Main, Kaplan & Cassidy, 1985).

Nesse sentido, o PIML se mostrou sensível na identificação da qualidade destas relações. Também confirmou empiricamente o que é observado na prática clínica, isto é, que a experiência de ASI interfere na qualidade destes vínculos e na percepção que a criança constrói acerca da confiança, segurança e afeto que pode encontrar nas figuras de apego (pais ou responsáveis) ou nas pessoas que fazem parte de sua vida.

Os dados deste estudo não permitiram avaliar os padrões de apego como fizeram Fresno e Spencer (2011), porém há a convergência no que se refere ao efeito negativo da experiência de ASI sobre a qualidade do apego. Da mesma forma, não se pode afirmar que as crianças vitimizadas apresentam apego predominantemente inseguro, como apontou o estudo de meta-

análise realizado por Baer e Martinez (2006) com artigos que abordaram a relação entre a vitimização e o apego.

De qualquer modo, todos os estudos mencionados anteriormente apontam para os efeitos do ASI no desenvolvimento destas crianças. Os autores salientam a importância de maiores investigações a respeito dos diferentes impactos que tal experiência tem a curto e longo prazo. O presente estudo também evidencia a magnitude desses efeitos, ou seja, os prejuízos apresentados pelas crianças nos aspectos cognitivos, comportamentais, sociais e, principalmente, emocionais, como observado na ampla pesquisa de Tardivo e Pinto Junior (2010).

Neste estudo piloto realizado com PIML, algumas considerações podem ser levantadas. A primeira delas se refere à sua estrutura. Sabe-se que está baseado na Teoria do Apego (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1988), porém não foram encontradas informações sobre sua construção, isto é, de que forma as 57 frases que o compõem foram elaboradas e organizadas. Também não foi informada a forma de trabalhar com as pontuações obtidas e analisar os dados. As pontuações foram, assim, utilizadas para avaliar a qualidade dos vínculos. Concluiu-se então que o PIML como é apresentado não avalia padrões de apego, mas sim a qualidade das relações afetivas presentes na vida da criança.

A segunda consideração a ser feita se refere à utilização do PIML. No bloco de frases sobre os pais (ou responsáveis), não há distinção entre o pai e a mãe, o que por diversas vezes coloca a criança em dúvida. Ao respondê-las, ela deveria pensar em como se sente em relação ao pai ou à mãe? É necessário levar em conta que pode haver diferenças significativas nestas relações, especialmente quando lidamos com vítimas de ASI. Durante a aplicação do PIML no estudo piloto, as pesquisadoras sugeriam ao participante que respondesse pensando naquele a quem era mais próximo, seja o pai, a mãe, avó ou qualquer outro responsável. É importante então a elaboração frases separadas para o pai e para a mãe, explicitando então as possíveis diferenças no vínculo com cada um.

Destaca-se que o fenômeno do ASI se mantém ao redor do mundo e não é diferente no Brasil. Devido aos inúmeros efeitos oriundos deste tipo de violência, é preciso um grande esforço no sentido de preveni-la e, por isso, torna-se fundamental o desenvolvimento de medidas de prevenção eficazes e abrangentes, de modo a contemplar toda a população.

VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, o presente estudo atingiu todos os objetivos propostos. Foi realizado o estudo piloto com o PIML e verificou-se seu potencial de utilização. Trata-se de um inventário de frases que auxilia na compreensão da percepção das crianças acerca de suas relações afetivas e seus vínculos com as figuras de apego e com as pessoas próximas a ela. Foi capaz de discriminar a qualidade destes vínculos em vítimas de ASI quando comparadas a crianças sem suspeita de vitimização.

Constatou-se também, através do uso do IFVD, que esta experiência interfere não apenas na percepção da relação dirigida às figuras de apego, mas também na qualidade de suas emoções, crenças e comportamentos. As crianças vitimizadas tiveram médias maiores no IFVD e menores no PIML quando comparadas com as crianças sem queixa, apontando uma correlação negativa entre os dois instrumentos.

Em relação ao PIML, foram sugeridas algumas alterações em seu formato e julgou-se que seria necessário aprimorá-lo para que seu emprego possa ser mais eficiente no estudo do apego e na prática clínica atual.

REFERÊNCIAS

- Abela, J. R. Z., Hankin, B., Haigh, E. A. P., Adams, P., Vinokuroff, T. & Trayhern, L. (2005) Interpersonal Vulnerability to Depression in High-Risk Children: The Role of Insecure Attachment and Reassurance Seeking. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34: 182-192.
- Ainsworth, M. D. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Ainsworth, M. D; Blehar, M. C; Waters, E. & Wall, S. (1978) *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexandre, D. T. & Vieira, M. L. (2004) Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicologia em estudo*, 9: 207-217.
- Amazarray, M. R. & Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: reflexão e crítica*, 11(3), 546-555.
- Anderson, S. E., Gooze, R. A., Lemeshow, S. & Whitaker, R. C. (2012) Quality of Early Maternal–Child Relationship and Risk of Adolescent Obesity. *Pediatrics*, 129: 132-140.
- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência – ABRAPIA (2002) *Abuso Sexual, Mitos e Realidade*. Recuperado em 14 de abril de 2010, de <http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-116.pdf>
- Azevedo, M. A. & guerra, V. N. A. (1989) *Crianças Vitimizadas: A síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu.
- Azevedo, M. A. & Guerra, V. N. A. (2005) *Infância e violência doméstica: fronteiras do Conhecimento*, 4.ed. São Paulo: Cortez.
- Baer, J. & Martinez, C. D. (2006) Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(3): 187-197.

- Baldwin, M.W. & Fehr, B. (1995) On the instability of attachment style ratings. *Personal Relationships*, 2: 247-261.
- Berliner, L. (2011). CSA: Definitions, prevalence, and consequences. In Myers, J. E. B. (Ed.), *The APSAC handbook on child maltreatment*. Los Angeles, CA: Sage.
- Bettmann, J. E. & Lundahl, B.W. (2007). Tell me a story: A review of narrative assessments for preschoolers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24(5): 455-475.
- Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (1998) *The Emotional Availability Scales* (3rd ed.). Fort Collins: Department of Human Development and Family Studies, Colorado State University.
- Biringen, Z., Altenhofen, S., Aberle, J., Baker, M., Brosal, A., Bennett, S., Coker, E., Lee, C., Meyer, B., Moorlag, A. & Swaim, R. (2012) Emotional availability, attachment, and intervention in center-based child care for infants and toddlers. *Development and Psychopathology*, 24: 23-34.
- Bögels, S. M. & Brechman-Toussaint, M. L. (2006) Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7): 834-856.
- Bowlby J. (1973) *Attachment and Loss. Volume 2: Separation: Anxiety and Anger*. Nova York: Penguin Books.
- Bowlby J. (1980) *Attachment and Loss. Volume 3: Loss*. Nova York: Basic Books.
- Bowlby J. (1982) *Attachment and Loss. Volume 1: Attachment. 2^a ed.* Nova York: Basic Books.
- Bowlby J. (1988) *A secure base: clinical applications of attachment theory*. Londres: Routledge.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. Em M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 273-308). Chicago: University of Chicago Press.

Briere, J. & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1205-1222.

Camargo, S., Mejía, G. L, Herrera, A. N. (2007) Adaptación del cuestionário "Personas em mi Vida" em niños y niñas bogotanos entre 9 y 12 años de edad. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2): 83-93.

Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Society of Biological Psychiatry*, 53, 827-833.

Cook, E., Greenberg, M. & Kusche, C. (1995) People in my life: attachment relationships in middle childhood. *Pôster apresentado no Congresso da Society for Research in Child Development (SRCD)*. Indianápolis, IN.

D'Affonseca, S. M. & Williams, L.C.A. (2011) Habilidades maternas de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão da literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2).

Dalbem, J. X. & Dell'Aglío, D. (2008) Apego em adolescentes institucionalizadas: processos de resiliência na formação de novos vínculos afetivos. *PSICO*, 39: 33-40.

Deblinger, E. & Runyon, M. K. (2005) Understanding and Treating Feelings of Shame in Children Who Have Experienced Maltreatment. *Child Maltreatment*, 10: 364-376.

Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes (2011). Recuperado em 14 de abril de 2010, de http://portal.mj.gov.br/sedh/spdca/T/RELATORIO%202011%20_agosto_.pdf

Dries, L. V. D; Juffer, F., Ijzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. & Akink, L. R. A. (2012) Infant's responsiveness, attachment, and indiscriminate friendliness after international adoption from institutions or Foster care in China: Application of Emotional Availability Scales to adoptive families. *Development and Psychopathology*, 24: 49-64.

- Fargo, J. D. (2009) Pathways to adult sexual revictimization: direct and indirect behavioral risk factors across the lifespan. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(11): 1771-1791.
- Fearon, R. & Belsky, J. (2004) Attachment and attention: protection in relation to gender and cumulative social-contextual adversity. *Child Development*, 75: 1677-1693.
- Fergusson, D. M., Horwood L. J. & Lynskey M. T. (1997) Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse and Neglect*, 21, 789-803.
- Fresno, A. & Spencer, R. (2011) Efecto del Maltrato Físico en la Calidad de las Representaciones de Apego Infantil en Chile: Resultados Preliminares. *Terapia Psicológica*, 29: 191-196.
- George, C., Kaplan, M., & Main, M. (1985) Adult attachment interview. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Gilbert, R., Widom, C. R., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. & Janson, S. (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373: 68-81.
- Granot, D. & Mayseless, O. (2001) Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 25(6): 530-541.
- Green, J., Stanley, C., Smith, V. & Goldwyn, R. (2000). A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task. *Attachment & Human Development*, 2(1), 48-70.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. & Fearon, R. (2012) The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study. *Child Development*: 1-20.
- 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.

Habigzang, L. F., Corte, F. D., Hatzenberger, R., Stroehrer, F. & Koller, S. H. (2008) Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (2).

Hansburg, H. (1972). Adolescent separation anxiety: Vol. 1. A method for the study of adolescent separation problems. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Harlow, H. F. & Zimmermann, R. R. (1959) Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 130: 421-432.

Hazan, C. & Shaver, P.R. (1994) Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5: 1-22.

Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: *The circle of security intervention*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(6): 1017-1026.

Humphreys, C., Lowe, P. & Williams, S. (2008) Sleep disruption and domestic violence: exploring the interconnections between mothers and children. *Child & Family Social Work*, 14: 6-14.

Huth, A., Levendosky, A., Bogotá, G. & Von Eye, A. (2004) The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. *Child Development*, 75: 480-496.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1990). *Compêndio de psiquiatria*. (2^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Kenney, J. W., Reinholtz, C. & Angelini, P. J. (1998). Sexual abuse, sex before 16, and high-risk behaviors of young females with sexually transmitted diseases. *Journal of Obstetric, Gynecological & Neonatal Nursing*, 27(1), 54-63.

Klagsbrun, M. & Bowlby, J. (1976). Responses to separation from parents: A clinical test for young children. *British Journal of Projective Psychology*, 21: 7-21.

Maikovich-Fong, A. K. & Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: Findings from a national sample of youth. *Child Abuse & Neglect*, 34(6): 429-437.

Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985) Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, serial n ° 209), 66-104.

Main, M. & Solomon, J. (1986) Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior. In Brazelton T, Youngman M. *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex. (pag. 95-124).

McElwain, N. & Booth-LaForce, C. (2006) Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant-mother attachment security. *Journal of Family Psychology*, 20: 247-255.

Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2007) Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values and intergroup tolerance. *Psychological Inquiry*, 18(3): 139-156.

Mikulincer, M., Shaver, P.R., & Pereg, D. (2003) Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2): 77-102.

Moss, E., Smoller, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzaello, T. & Berthiaume, C. (2006) Attachment and behaviour problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development and Psychopathology*, 18: 425-444.

Murray, C. & Greenberg, MT. (2001) Children's relationship with teachers and bonds with school: an investigation of patterns and correlates in middle childhood. *Journal of School Psychology*, 38: 423-445.

Olafson, E. (2011) CSA: Demography, Impact, and Interventions. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 8-21.

Olafson, E. (2004) CSA. In B. J. Cling (Ed), *Sexual violence against women and children: A psychology and law perspective*. New York, NY: Guilford.

- Pelisoli, C., Teodoro, M. L. M. & Dell’Aglío, D. D. (2007) A percepção de família em vítimas de abuso sexual intrafamiliar: estudo de caso. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 29.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. & Gómez-Benito, M. (2009) The prevalence of child sexual abuse in community and student: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4): 328-338.
- Pereira, P. C., Santos, A. B. & Williams, L. C. A. (2009) Desempenho Escolar da Criança Vitimizada encaminhada ao Fórum Judicial. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25: 19-28.
- Pinto Junior, A.A. (2005). *Violência Sexual Doméstica Contra Meninos: Um estudo fenomenológico*. São Paulo: Vetor.
- Pinto Junior, A.A. (2001) O trabalho com crianças vítimas de violência sexual doméstica: promovendo a resiliência. *Temas sobre Desenvolvimento*, 56(10): 40-46.
- Román, M. (2011) Metodologías para la evaluación del apego infantil: de la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. *Acción Psicológica*, 8: 27-38.
- Runyon, M. K. & Kenny, M. C. (2002). Relationship of attributional style, depression and posttrauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7(3), 254-264.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049.
- Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de São Paulo (2007). Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes. Recuperado em 27 de agosto de 2010, de <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/crianca/Adolescente.pdf>
- Schneider, M.S. & Ramires, V.R. (2011) As especificidades do padrão de apego de meninos: estudo de casos múltiplos. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(2).

- Shapiro, D. L. & Levendosky, A. (2000) Adolescent survivors of childhood sexual abuse: the mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child abuse & neglect*, 29: 1175–1191.
- Shin, U. H., Edwards, E., Heeren, T., & Amodeo, M. (2009) Relationship between multiple forms of maltreatment by a parent or guardian and adolescent alcohol use. *The American Journal of Addiction*, 18, 226–234.
- Slough, N. M. & Greenberg, M. T. (1990). Five-yearold's representations of separation from parents: Responses from the perspective of self and other. Em I. Bretherton & M. W. Watson (Eds.) *New directions for child development: Children's perspectives on the family* (pp. 67-84). San Francisco: Jossey-Bass.
- Stovall, K. C. & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. *Development and Psychopathology*, 12: 133-156.
- Tardivo, L.S.L.P.C. & Pinto Junior, A.A. (2010) *Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes IFVD*. São Paulo: Vetor.
- Velderman, M.K; Bakermans-Kranenburg, M.J; Juffer, F & Ijzendoorn, M. (2006) Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology*, 20(2): 266-274.
- Waters, E. (1995). The Attachment Q-Set. En E. Waters, B. E. Vaughn, G. Posada & K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behaviour and working models*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 60(2-3, Serial N° 244): 247-254.
- Waters, E. & Deane, K. E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methology and the organization of behaviours in infancy and childhood. En I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50(1-2, Número de serie 209): 41-65.

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J. & Albersheim L. (2000) Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty year longitudinal study. *Child Development*, 71: 684-689.

Weierich, M. R. & Nock, M. K. (2008) Posttraumatic Stress Symptoms Mediate the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76: 39-44.

Ziv, Y, Oppenheim, D. & Sagi-Schwartz, A. (2004) Social information processing in middle childhood: relations to infant-mother attachment. *Attachment and Human Development*, 6(3): 327-348.

ANEXO 1

PROTOCOLO - DADOS PESSOAIS

Protocolo nº:		Data:
Nome:		Sexo:
Data de nasc.:	Idade:	Escolaridade:
Dados dos pais (idade, escolaridade, profissão):		Número de irmãos (idades):
Observações:		
Vítima de violência (se sim, qual?):		Frequência:
Agressor(es):		

ANEXO 2

INVENTÁRIO DE FRASES - IFVD

FRASES	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
1 Na escola vou tão bem quanto antes			
2 A televisão me aborrece			
3 Tenho muito medo da noite			
4 Meus amigos sabem tudo a meu respeito			
5 Tenho dificuldade de ficar quieto			
6 Sou aquele/a que faz as tarefas da casa			
7 Muitas vezes tenho vontade de pegar algo que não é meu			
8 Quando fico zangado não consigo pensar			
9 Me colocam de castigo quando bato nos meus colegas			
10 Estou triste porque tudo dá errado comigo			
11 Fico muito zangado quando me dizem “não”			
12 Acredito que o meu pai (*) não vai me machucar*			
13 As lembranças de coisas feias que me aconteceram, me incomodam o tempo todo.			
14 Gosto de lavar os pratos			
15 Os outros me deixam nervosa/o			
16 Sinto meu corpo usado			
17 Gosto de ter muita lição de casa (tarefa)			
18 Faço tudo mal feito			
19 O meu xixi escapa			
20 Às vezes penso que minha mãe vai me abandonar			
21 Penso que o sexo é algo mal			
22 Parece que eu estou dormindo/a quando me acontecem coisas feias			
23 Muitas vezes me sinto mal fisicamente			
24 Conto minha história como se tivesse acontecido com outra pessoa			
25 Me chamam para brigar			
26 Quase sempre quero ficar quieto/a			
27 Quase sempre estou mal com os outros			
28 Tenho medo do que sinto			
29 Me distraio facilmente			

30 Quero ter filhos quando crescer			
31 Gosto de ir ao dentista			
32 Tenho medo que me machuquem			
33 Me diverte sair com os amigos			
34 Os barulhos me assustam			
35 Sempre vou pescar			
36 Gosto de ficar sozinho/a com meu pai *			
37 Todos me traem			
38 Eu estou louco/a			
39 Sempre acordo cedo			
40 Gosto de estudar			
41. Gosto de ficar sozinho/a com minha mãe **			
42 Quando tenho problemas em casa , eu fujo			
43 Quando estou furioso (com raiva) não quero que me toquem			
44 Gosto de desenhar			
45 Muitas vezes me sinto sozinho/a			
46 Muitas vezes, eu sinto vontade de chorar			
47 É muito difícil para eu escutar os outros			
48 Quando me acontecem coisas más penso que a culpa é minha			
49 Quase sempre difícil pra mim, falar de minhas coisas			
50 Quase sempre tenho pesadelos			
51 Gosto de arrumar o quarto			
52 Tenho medo de contar o que acontece comigo			
53 Quando estou nervoso, descontro em crianças menores que eu			
54 Me acho diferente dos meus amigos/as			
55 Ser menino (a) é muito bom			
56 Me acho sujo/a por dentro			
57 Tenho a culpa de tudo			
(*) padrasto, tutor, etc.			
(**) madrasta, madrinha, etc			

ANEXO 3

INVENTÁRIO PESSOAS EM MINHA VIDA - PIML

	Nunca	Algumas Vezes	Muitas vezes	Sempre
	1	2	3	4
1. Meus pais respeitam os meus sentimentos ¹				
2. Meus pais ouvem o que tenho a dizer				
3. Meus pais me aceitam como sou				
4. Meus pais me entendem				
5. Meus pais se preocupam comigo				
6. Confio em meus pais				
7. Posso contar com a ajuda dos meus pais quando tenho um problema				
8. Meus pais percebem quando estou chateado com alguma coisa				
9. Eu falo com os meus pais quando tenho um problema				
10. Se os meus pais sabem que alguma coisa está me incomodando, me perguntam a respeito				
11. Partilho (divido) meus pensamentos e sentimentos com os meus pais				
12. Quando estou fora de casa, meus pais sabem onde e com quem eu estou				
13. Minha casa é um bom lugar para se viver				
14. Meus pais prestam atenção em mim				
15. Eu me chateio facilmente com os meus pais				
16. Eu me sinto zangado com os meus pais				
17. É difícil para eu falar com meus pais				
18. Eu sinto medo na minha casa				
19. Eu me dou bem com meus pais				
20. Meus pais se sentem orgulhosos das coisas que eu faço				
21. Meus amigos respeitam meus sentimentos.				
22. Meus amigos escutam o que tenho para falar				
23. Meus amigos me aceitam como eu sou				

24. Meus amigos me entendem				
25. Meus amigos se preocupam comigo				
26. Eu confio em meus amigos				
27. Posso contar com a ajuda de meus amigos se eu tiver um problema				
28. Meus amigos percebem quando estou chateado com alguma coisa				
29. Eu falo com meus amigos quando tenho um problema				
30. Se meus amigos sabem que alguma coisa está me incomodando, me perguntam a respeito				
31. Partilho (divido) meus pensamentos e sentimentos com os meus amigos				
32. Eu gosto de estar com meus amigos				
33. Meus amigos prestam atenção em mim				
34. Eu me chateio facilmente com meus amigos				
35. Eu me sinto zangado com os meus amigos				
36. Eu me sinto assustado com meus amigos				
37. É difícil para eu falar com meus amigos				
38. Eu me dou bem com meus amigos				
39. Meus amigos estão orgulhosos das coisas que eu faço				
40. Acho que meus amigos são uma má influência para mim				
41. Ir bem na escola é importante para os meus amigos				
42. Meus pais gostam dos meus amigos e os aprovam				
43. De manhã acordo com vontade (espero com vontade a hora) ir à escola				
44. Eu me sinto seguro na minha escola				
45. Minha escola é um local agradável para estar				
46. Eu gosto de meus professores deste ano				
47. Eu gosto das aulas deste ano				
48. Meus professores respeitam meus sentimentos				
49. Meus professores me entendem				
50. Eu confio nos meus professores				
51. Meus professores prestam atenção em mim				
52. Eu me chateio facilmente com meus professores				
53. Eu me sinto zangado com meus professores				
54. Eu me dou bem com meus professores				
55. É difícil para eu falar com meus professores				
56. Meus professores estão orgulhosos das coisas que eu faço				
57. Gosto de participar em atividades escolares				
58. Estou seguro da maneira que eu faço meus				

trabalhos na escola				
59. Ir bem na escola é importante para mim				
60. Há um professor na minha escola com quem eu posso contar se eu tenho algum problema				
61. As crianças da minha escola tem uma boa chance de crescer e ser bem sucedido				
62. Eu sinto medo na escola				
63. Existem muitas drogas e gangues (turma da pesada) na minha escola				
64. Minha escola é um lugar perigoso para estar				
65. O meu bairro é um bom lugar para se viver				
66. Muitas pessoas do meu bairro são amigos e colaboradores				
67. As crianças do meu bairro tem uma boa chance de crescer e ser bem sucedido				
68. Eu me sinto assustado no meu bairro				
69. Muitas crianças no meu bairro se metem encrencas				
70. Existem muitas drogas e gangues (turma da pesada) no meu bairro				
71. O meu bairro é um lugar perigoso para viver				

APÊNDICE 1

CARTA DE AUTORIZAÇÃO – DIRETOR OU COORDENADOR DA INSTITUIÇÃO

1 – Dados sobre a pesquisa

Pesquisadora Responsável: Viviane Manfre Garcia de Souza CRP 06/95282.

1 - O objetivo deste estudo é a validação de um inventário de perguntas simples que possa auxiliar a conhecer como as crianças se relacionam com as pessoas próximas a ela.

2 - A criança ou seu responsável podem optar por não participar da pesquisa sem prejuízo aos atendimentos que recebem na instituição ou escola. Caso aceitem, sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento. Não constitui nenhum risco, sendo, na verdade, uma contribuição efetiva para o estudo.

3 - Os procedimentos consistem em aplicação individual de dois inventários de respostas simples de *sim* ou *não* e *sempre* ou *nunca* a perguntas de simples compreensão, sobre o cotidiano da criança, sobre sentimentos como tristeza, alegria, medo, etc.

4 - O tempo previsto para a entrevista é de, no máximo, 30 minutos.

5 - A pesquisa tem finalidades acadêmicas e científicas e poderá ser publicada, garantindo o anonimato da instituição e participantes.

6 - Todos os procedimentos éticos são tomados pela pesquisadora responsável, como a concordância dos responsáveis legais pela criança nessa participação, e com a concordância da criança em participar.

7 - O participante ou responsável poderão retirar o consentimento quando quiserem, sem quaisquer consequências ou prejuízo aos atendimentos que recebe na instituição.

8 - O senhor poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável sempre que julgar necessário pelo telefone (11) 6737-5560 ou email: vmanfre@usp.br. O contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP é edipesq@usp.br.

9 - Esta carta é feita em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com a pesquisadora responsável.

2 – AUTORIZAÇÃO

Após os esclarecimentos dos objetivos e dos procedimentos da presente pesquisa, tendo garantida a não identificação da criança ou da Instituição, manifesto meu consentimento e apoio à participação das crianças atendidas nesta instituição.

Nome:

Carimbo:

Viviane Manfre Garcia de Souza
CRP 06/95282

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PAIS OU RESPONSÁVEIS

1 – Dados sobre a pesquisa

Pesquisadora Responsável: Viviane Manfre Garcia de Souza CRP 06/95282.

1 - O objetivo deste estudo é a validação de um inventário de perguntas simples que possa auxiliar a conhecer como as crianças se relacionam com as pessoas próximas a ela.

2 – A criança ou seu responsável podem optar por não participar da pesquisa sem prejuízo aos atendimentos que recebem na instituição ou escola. Caso aceitem, sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento. Não constitui nenhum risco, sendo, na verdade, uma contribuição efetiva para o estudo.

3 - Os procedimentos consistem em aplicação individual de dois inventários de respostas simples de *sim* ou *não* e *sempre* ou *nunca* a perguntas de simples compreensão, sobre o cotidiano da criança, sobre sentimentos como tristeza, alegria, medo, etc.

4 – O tempo previsto para a entrevista é de, no máximo, 30 minutos.

5 - A pesquisa tem finalidades acadêmicas e científicas e poderá ser publicada, garantindo o anonimato de todos os participantes e instituição.

6 - Todos os procedimentos éticos são tomados pela pesquisadora responsável, como a concordância dos responsáveis legais pela criança nessa participação, e com a concordância da criança em participar.

7 - O participante ou responsável poderão retirar o consentimento quando quiserem, sem quaisquer consequências ou prejuízo aos atendimentos que recebe na instituição.

8 - O senhor poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável sempre que julgar necessário através do telefone (11) 6737-5560 ou email vmanfre@usp.br. O contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP é edipesq@usp.br.

9 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com a pesquisadora responsável.

2 – AUTORIZAÇÃO

Após os esclarecimentos dos objetivos e dos procedimentos da presente pesquisa, tendo garantida a não identificação dos envolvidos, eu _____, grau de parentesco da criança _____, manifesto meu consentimento e apoio à participação.

Responsável

Criança

Viviane Manfre Garcia de Souza
CRP 06/95282

APÊNDICE 3

CARTA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061-7548/8858 – Fax: (11) 3061-7548
São Paulo – SP – Brasil
E-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 05 de dezembro de 2011.

Ilm.^a Sr.^a
Viviane Manfre Garcia de Souza

Ref.: Processo nº 1068/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0015.0.134.196-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Adaptação do questionário pessoas em minha vida em crianças brasileiras: estudo preliminar de validação em crianças vítimas de abuso sexual**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo