**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

NATALI MAIA MARQUES

**Fatores clínicos e de risco associados ao desempenho cognitivo em crianças
vítimas de abuso sexual**

**São Paulo
2015**

NATALI MAIA MARQUES

Fatores clínicos e de risco associados ao desempenho cognitivo em crianças vítimas
de abuso sexual

(Versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo,
como parte dos requisitos para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Neurociências e
Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Antonio de Pádua
Serafim

São Paulo

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Marques, Natali Maia.

Fatores clínicos e de risco associados ao desempenho cognitivo em crianças vítimas de abuso sexual / Natali Maia Marques; orientador Antonio de Pádua Serafim. -- São Paulo, 2015.

92 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Neurociências e Comportamento) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Abuso sexual 2. Crianças 3. Desempenho cognitivo 4. Aspectos clínicos 5. Fatores de risco 6. Neuropsicologia forense I. Título.

HV6626.5

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Natali Maia Marques

Título: Fatores clínicos e de risco associados ao desempenho cognitivo em crianças vítimas de abuso sexual

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Aos meus pais, com todo meu amor e gratidão imensos e eternos.

Ao meu irmão, Luis Augusto, que dentre tantas coisas me faz acreditar na vida com mais simplicidade, por isso te digo:

“Se todos fossem iguais a você.

Que maravilha viver...Existiria a verdade.

Verdade que ninguém vê.

Se todos fossem no mundo iguais a você”

(Tom Jobim e Vinícius De Moraes).

AGRADECIMENTOS

Foram muitos que me ajudaram nessa etapa árdua e tão enriquecedora de meus estudos e evolução profissional, e pessoal, por isso agradeço com muita alegria e carinho a cada um.

Ao Prof. Dr. Antônio de Pádua Serafim, meu orientador, por quem tenho muita admiração e considero um grande exemplo, é de coração que agradeço pelas inúmeras oportunidades, confiança, e pelo constante e fundamental auxílio na elaboração desta dissertação. Espero que possamos realizar muitos outros projetos juntos.

A todas as crianças que participaram deste estudo, aquelas que atendo e avalio no ambulatório, que vivem o real sofrimento, devo a vocês meu amadurecimento pessoal e profissional. Por dividirem comigo aspectos tão dolorosos de suas vidas, por confiarem e acreditarem em outro ser humano. Registro aqui minha admiração pela coragem e muitas vezes resiliência.

A toda equipe do Programa de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica, especialmente a Fabiana Saffi e Daniel Barros. Fabi foi minha primeira supervisora, é uma grande e querida profissional, e Dani admiro muito sua inteligência e trabalho.

À secretária Andrea, que me auxilia constantemente em meus trabalhos no NUFOR, sua ajuda é fundamental no meu dia a dia, muito obrigada!

À Psicóloga Mery Candido, por entender minhas ausências nas reuniões do Grupo PIPAS, com quem aprendo e divido experiências profissionais, é uma pessoa admirável, com quem pretendo sempre compartilhar e continuar minha jornada profissional, muito sucesso para você!

À Equipe do AMTIGOS-NUFOR, onde não pude estar nestes últimos meses da por conta da conclusão da dissertação, em especial ao Coordenador Dr. Alexandre Saadeh, obrigada pela compreensão.

À Pós-Graduação do Programa de Neurociências e Comportamento do Instituto de Psicologia - IPUSP, na pessoa do Coordenador Dr. Marcelo pela excelência no ensino.

Às psicólogas do Curso de perícia do NUFOR, por ter auxiliado na aplicação do protocolo cognitivo, em especial: Arlete, Daniela Barros, e Ana. Vocês ajudaram imensamente na conclusão deste trabalho, meu muito obrigado.

Às queridíssimas Maya Foigel, Maria Fernanda e Rosana, grandes psicólogas, admiro cada uma, obrigada pelas longas conversas, e apoio!

As minhas amigas, Marianne, Beatriz, Marcella e Bárbara pela presença diária. Tenho um carinho enorme por cada uma, nossa amizade é genuína, com vocês tudo fica mais fácil, mesmo os momentos tão difíceis, superamos juntas. E também, tantas alegrias e bons momentos que compartilhamos, o meu muito obrigada com todo meu amor!

Agradecimento em especial, a Marianne e sua mãe, Margarida, também psicólogas. Vocês “são” a minha segunda casa, obrigada por sempre me acolherem!

Minhas amigas de colégio, Munique e Hadieh, as considero como irmãs, e por mais que não nos vemos com frequência estarão sempre em meu coração!

Minhas amigas Cecília, Deborah, Renata, Paula e Marília, que fazem parte de um momento importante de minha vida, a Faculdade, onde compartilhamos a aprendizagem e inúmeros sonhos, espero que cada uma realize, assim como estou conseguindo realizar os meus.

Ao trabalho de fundamental importância e de excelência que Priscilla Vargas e Maria Helena Vargas tiveram como minha dissertação.

Nós devemos às nossas crianças - os cidadãos mais vulneráveis em qualquer sociedade - uma vida livre de violência e medo. A fim de assegurar isto, devemos manter-nos incansáveis em nossos esforços não apenas para alcançar a paz, a justiça e a prosperidade para os países, mas também para as comunidades e membros da mesma família. Devemos dirigir nossa atenção para as raízes da violência. Somente assim, transformaremos o legado do século passado de um fardo opressor em um aviso de alerta.

Nelson Mandela

RESUMO

Marques, N. M. (2015). *Fatores clínicos e de risco associados ao desempenho cognitivo em crianças vítimas de abuso sexual*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A violência contra a criança constitui-se como um problema de saúde pública ao implicar simultaneamente fatores individuais, familiares e sociais. Estudos enfatizam prejuízos cognitivos na população de crianças vítimas de abuso sexual, principalmente quanto aos aspectos atencionais, memória e funções executivas. Esta pesquisa teve por objetivo estudar os fatores clínicos e de risco associados ao desempenho cognitivo de crianças vítimas de abuso sexual. A amostra do estudo foi composta por 50 crianças com idade entre sete e 12 anos, distribuídas em dois grupos, o de pesquisa (n = 25), crianças com histórico de abuso sexual (atendidas no Programa de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o de controle (n = 25) composto por crianças, sem histórico de violência sexual, oriundas de Escolas Públicas de ensino infantil e fundamental da Rede Estadual de São Paulo. O método do trabalho foi composto por: questionário de avaliação do abuso sexual, com o objetivo de verificar os dados sociodemográficos, consequências clínicas relacionadas com sintomatologia do Transtorno de estresse pós-traumático e indicadores de risco. Para avaliação das funções cognitivas foram utilizados os seguintes instrumentos: Vocabulário, Dígitos, Cubos, Semelhanças [subtestes da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-III)], Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST), *Selective Reminding Test* (SRT), *Trail Making*, Teste de Fluência Verbal - Semântica (FAS) e Figura Complexa de Rey. Da avaliação do abuso sexual, identificamos a prevalência do abuso intrafamiliar, e a criança ainda ter um contato com o abusador, e por isso, destacamos a necessidade de melhora na eficácia de medidas de proteção dessas vítimas. Encontramos os seguintes aspectos clínicos: dificuldade para dormir, dificuldade de concentração, alterações comportamentais raiva/irritabilidade e alteração emocional medo. E constatamos uma influência clínica, a alteração emocional medo, que quando presente, o tempo de execução da prova *Trail Making*, principalmente na parte que avaliou a atenção alterada visual, aumentou de modo

significativo, demonstrando a associação entre os aspectos clínicos e desempenho cognitivo, mais especificamente na *esfera atencional*. Destacamos, ainda, resultados significativamente inferiores do grupo de pesquisa, nas provas *Trail Making*, no aspecto perdas de set (*flutuação atencional*) no teste Wisconsin. Assim, os achados sugerem a possibilidade de um déficit atencional primário na referente população, que influencia no desempenho das demais funções cognitivas. Concluimos que o estudo contribuiu para a possibilidade do estabelecimento de um protocolo de avaliação de crianças vítimas de abuso sexual.

Palavras-chave: Abuso sexual. Crianças. Desempenho cognitivo. Aspectos clínicos. Fatores de risco. Neuropsicologia forense.

ABSTRACT

Marques, N. M. (2015). *Clinical and risk factors associated with cognitive performance on children victims of sexual abuse*. Master Thesis, Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

Violence against children is constituted as a public health problem while simultaneously involve individual, family and social factors. Studies emphasize cognitive impairments in the population of children victims of sexual abuse, especially regarding the attention aspects, memory and executive functions. This research aimed to study the clinical and risk factors associated with cognitive performance of children victims of sexual abuse. The study sample consisted of 50 children aged between seven and 12 years, divided into two groups, the research (n = 25), children with a history of sexual abuse (seen at the Forensic Psychiatry Program and Legal Psychology (NUFOR) Institute of Psychiatry, Hospital Clinical, Faculty of Medicine, University of São Paulo and the control (n = 25) consisted of children with no history of sexual violence, coming from Public Schools kindergarten and elementary of the State of São Paulo. The method consisted of: assessment questionnaire of sexual abuse, in order to verify the sociodemographic, clinical consequences related to symptoms of posttraumatic stress disorder and risk indicators for assessing cognitive function were used the following instruments: Vocabulary, Digit, cubes, Similarities [subtests of the Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III)], Test Wisconsin Card Sorting (WCST), Selective Reminding Test (SRT), Trail Making, Fluency Test Verbal Semantic (FAS) and the Rey Complex Figure. The evaluation of sexual abuse, identified the prevalence of intra-family abuse, and the child still have contact with the abuser, and therefore highlight the need for improvement in the effectiveness of protective measures these victims. We found the following clinical features: difficulty sleeping, difficulty concentrating, behavioral changes anger / irritability and emotional fear change. And we find a clinic influence, changing emotional fear, that when present, the execution time of the Trail Making test, mostly in evaluating the visual amended attention, increased significantly, demonstrating the association between clinical and cognitive performance, more specifically in attentional ball. We point, also, significantly lower results of the research group, the Trail Making tests in respect of losses set (attentional fluctuations) in the Wisconsin

test. Thus, the findings suggest the possibility of a primary deficit in attentional regarding population, which influences the performance of the other cognitive functions. We conclude that the study contributed to the possibility of establishing an evaluation protocol of child victims of sexual abuse.

Keywords: Sexual abuse. Children. Cognitive performance. Clinical aspects. Risk factors. Forensic neuropsychology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Possíveis alterações como consequência do abuso sexual infantil	24
Quadro 2.	Fatores de risco para exposição a eventos traumáticos e o desenvolvimento de quadros de estresse.....	25
Quadro 3.	Pesquisas com ASI e respectivos prejuízos, principalmente os cognitivos	30
Quadro 4.	Tipos de atenção.....	32
Quadro 5.	Tipos de memória.....	33
Quadro 6.	Processos da linguagem	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Dados da faixa etária, escolaridade e coeficiente intelectual das populações estudadas	51
Tabela 2.	Número de episódios	52
Tabela 3.	Para quem a criança revelou o abuso sexual	52
Tabela 4.	Quem é o abusador.....	52
Tabela 5.	Medida de proteção.....	53
Tabela 6.	Se a criança mantém algum contato com o abusador	53
Tabela 7.	Alterações comportamentais: raiva/irritabilidade	54
Tabela 8.	Alterações fisiológicas: dificuldade para dormir	54
Tabela 9.	Alterações emocionais: medo	54
Tabela 10.	Alterações cognitivas: dificuldades de concentração	55
Tabela 11.	Resolução conflituosa dos problemas entre o casal parental	55
Tabela 12.	Pais separados	56
Tabela 13.	Uso de bebida alcoólica ou outro tipo de droga	56
Tabela 14.	Resultado da avaliação cognitiva por grupo.....	57
Tabela 15.	Desempenho cognitivo da amostra quanto a perdas de set no teste Wisconsin	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASI	Abuso Sexual Infantil
CLTR	Recuperação Consistente de Longo Prazo
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> - 5ª edição
FAS	Teste de Fluência Verbal - Semântica
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IPq	Instituto de Psiquiatria
LTR	Recuperação de Longo Prazo
LTS	Estocagem de Longo Prazo
NUFOR	Programa de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica
OMS	Organização Mundial da Saúde
QI	Quociente de inteligência
RLTR	Recuperação Inconsistente de Longo Prazo
SRT	<i>Selective Reminding Test</i>
STR	Recuperação de Curto Prazo
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno de Estresse Agudo
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
WCST	Teste Wisconsin de Classificação de Cartas
WISC-III	Escala Wechsler de Inteligência para Crianças - 3ª edição

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	17
2	INTRODUÇÃO	18
2.1	Abuso sexual infantil (ASI): definições, epidemiologia e dados sociodemográficos.....	18
2.2	Abuso sexual na infância: fatores de risco.....	22
2.3	Abuso sexual na infância: consequências	23
2.4	Desenvolvimento infantil e funções cognitivas.....	30
2.4.1	Atenção	32
2.4.2	Funções executivas.....	32
2.4.3	Memória.....	33
2.4.4	Linguagem.....	34
2.4.5	Praxia e visuoconstrução.....	35
2.5	Justificativa	35
3	OBJETIVOS E HIPÓTESE.....	38
3.1	Objetivo geral.....	38
3.2	Objetivos específicos.....	38
3.3	Hipótese.....	38
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
4.1	Amostra	39
4.2	Crítérios de inclusão	39
4.3	Crítérios de exclusão	40
4.4	Procedimentos.....	40
4.5	Instrumentos	41
4.5.1	Avaliação do abuso sexual	41
4.5.2	Avaliação cognitiva.....	41
4.5.2.1	Dígitos (subteste da WISC-III).....	41
4.5.2.2	<i>Trail Making Test</i>	42
4.5.2.3	Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST).....	42
4.5.2.4	Semelhanças (subteste da WISC-III)	44
4.5.2.5	Cubos (subteste da WISC-III).....	45
4.5.2.6	Figura Complexa de Rey	46
4.5.2.7	Figura Complexa de Rey (evocação tardia)	47
4.5.2.8	Teste de Fluência Verbal - Semântica (FAS)	47
4.5.2.9	Vocabulário (subteste da WISC-III)	47
4.5.2.10	<i>Selective Reminding Test</i>	48
4.6	Análise estatística	49

5	RESULTADOS	51
5.1	Caracterização da amostra.....	51
5.2	Resultado das provas cognitivas	56
5.3	Análise dos modelos referentes ao desempenho do grupo de pesquisa na Prova <i>Trail Making</i> e os aspectos clínicos do questionário de avaliação do abuso sexual.....	59
5.3.1	Análise do modelo de Trail Making parte A	59
5.3.2	Análise do modelo de Trail Making parte B	60
5	DISCUSSÃO	61
6	CONCLUSÕES	73
	REFERÊNCIAS.....	75
	ANEXOS	81

1 APRESENTAÇÃO

A realização do estudo com a referente temática se deu pelo interesse em colaborar com o Programa de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ambulatório de referência, no qual atuo como psicóloga há sete anos, que tem como objetivos prestar assistências psiquiátrica e psicológica às vítimas e aos familiares de violência, realizando perícias, também psiquiátricas e psicológicas nos vários âmbitos do sistema judiciário (Varas Criminal, Cível, Trabalhista, Família, Infância e Juventude). Também realiza um trabalho assistencial através do Projeto PIPAS de Intervenção para redução de danos no abuso sexual, desenvolvido desde 2004, voltado para assistência a crianças, adolescentes vítimas de abuso sexual, suas famílias e para agressores. O programa pontua que na falha da prevenção primária, ou seja, de impedimento da ocorrência do abuso sexual, visa oferecer às vítimas e às suas famílias atendimento ambulatorial especializado, por meio de metodologia que atenda às necessidades de queixas pertinentes à esfera da Psicologia Forense.

Além disso, o aumento notório da ocorrência da violência nos diversos seguimentos das sociedades tem ocupado um número considerável de profissionais e pesquisadores da área da saúde, face ao seu potencial dano a população (Saffi, Marques, & Serafim, 2015).

No Brasil, apesar da continuidade de pesquisas que investigam as consequências do abuso sexual para o desenvolvimento da criança há, ainda, a necessidade de mais estudos sobre a avaliação, tanto dos aspectos emocionais quanto cognitivos, além das possibilidades terapêuticas e preventivas. Também são limitadas as possibilidades de encaminhamento para atendimento público e até mesmo de profissionais capacitados para trabalhar com esta população, que possam identificar os possíveis prejuízos em diversos âmbitos, como social, emocional, cognitivo, ou seja, no desenvolvimento da criança abusada sexualmente (Marques, Foigel, & Achá, 2013).

2 INTRODUÇÃO

2.1 Abuso sexual infantil (ASI): definições, epidemiologia e dados sociodemográficos.

A agressão sexual embora seja perpetrada desde a antiguidade no contexto da humanidade, ainda se apresenta como um fenômeno complexo e multifatorial que atinge todas as classes socioeconômicas, bem como pelas repercussões na vida da vítima (Arboleda-Florez, & Wade, 2001; Sharma, 2003; Roche & Fortin, 2005, Serafim, Saffi, Achá & Barros, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o abuso sexual como um dos maiores problemas de saúde pública, caracterizado como um fenômeno de maus-tratos na infância e na adolescência, definindo essa violência da seguinte maneira: “A exploração sexual de uma criança implica que esta seja vítima de uma pessoa sensivelmente mais idosa do que ela com a finalidade de satisfação sexual desta” (OMS, 2006).

O abuso sexual infantil pode acontecer tanto dentro de casa (violência intrafamiliar), neste caso os pais, padrastos, avôs e tios da criança configuram-se como os principais perpetradores, como também fora do ambiente familiar (violência extrafamiliar). Contudo, nota-se que mesmo nestes casos, embora não existam laços familiares entre a criança e o abusador, a relação entre as partes é, em geral, caracterizada por um vínculo afetivo e/ou emocional bastante estreito no qual o abusado representa figura de confiança para estas crianças (Trindade, 2004).

Segundo Tomkiewicz (1997) o abuso sexual se caracteriza pelo uso do corpo de um indivíduo, sem o consentimento deste, que tenha como finalidade a satisfação do desejo sexual do transgressor. O autor ressalta ainda que a motivação para o abuso sexual em adultos é mais frequentemente a degradação e humilhação da vítima do que a gratificação dos desejos sexuais do agressor. Em relação à criança e ou ao adolescente a ação do agressor vai desde as carícias dissimuladas à consumação do estupro (Serafim, Saffi, Rigonatti, Casoy, & Barros, 2009) se configurando assim em um termo amplo, a violência sexual.

Para Gabel (1997) todo abuso sexual pressupõe, pelo menos, um ou mais dos seguintes itens: 1) o transgressor exerce um poder sobre a vítima, o que significa que o primeiro é mais 'forte' do que o segundo; 2) a vítima tem muita confiança no transgressor (implicando relação de dependência) e 3) existe o uso delinquente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que toda pessoa tem em relação ao seu próprio corpo.

De acordo com a OMS (2006), a violência sexual contra a criança e o adolescente pode ocorrer das seguintes formas:

- a) ligações telefônicas obscenas do abusador para a criança;
- b) ofensa ao pudor da criança (como por exemplo, a exposição dos genitais à criança);
- c) imagens pornográficas apresentadas à criança;
- d) relações ou tentativas de relações sexuais;
- e) incesto;
- f) exibição dos genitais do abusador para a vítima;
- g) indução de prostituição de menores.

Importante destacar que a violência sexual infanto-juvenil é crime com tipificação prevista no Código Penal Brasileiro, Título VI – “Dos crimes contra a Dignidade Sexual” – Capítulo I – “Dos Crimes contra a Liberdade Sexual” (Brasil, 2009). Mas um dos fatores que dificultam a constatação do crime é a dificuldade em comprová-lo diante da realização de um exame físico, pois muitas vezes o abuso sexual pode não deixar marcas no corpo da criança, por isso a realização da perícia psicológica pode auxiliar no esclarecimento do fato abusivo, avaliando os sinais psíquicos indicativos em relação à experiência vivenciada. E assim fornecendo maiores subsídios para o diagnóstico e condutas corretas, auxiliando, assim, a investigação do meio Judiciário (Pfeiffer & Salvagni, 2005)

Dentre as diversas definições de abusos em crianças e adolescentes, destacam-se os apontamentos do Departamento de Saúde (2003) do Reino Unido:

Abuso físico

Envolve bater, sacudir, envenenar, queimar ou escaldar, afogar, sufocar ou, de outra forma, causar danos físicos a uma criança. Danos físicos também podem ser causados quando o pai, mãe ou responsável “finge” sintomas de má saúde para a criança ou deliberadamente os causa. Essa situação é comumente descrita usando-se termos como “doença fictícia por procuração” ou “Síndrome de Munchhausen por procuração”.

Abuso emocional

Abrange os maus-tratos emocionais contínuos de uma criança com a intenção de causar efeitos adversos e severos ao seu desenvolvimento emocional. Isso pode transmitir à criança a ideia de que ela é inútil, não amada, inadequada, ou valorizada apenas na medida em que satisfaz as necessidades de outra pessoa. Pode envolver o ato de fazer com que a criança se sinta frequentemente assustada ou pode implicar sua exploração ou sua corrupção. Embora o abuso emocional esteja presente em todos os tipos de maus-tratos, ele também pode ocorrer isoladamente.

Negligência

Constitui no fracasso constante em satisfazer as necessidades físicas e/ou psicológicas de uma criança, o qual pode resultar em deterioração séria da saúde ou do desenvolvimento da criança. Pode envolver a falha de um pai, mãe ou responsável em fornecer comida, abrigo ou roupas adequadas ou proteger uma criança de danos físicos ou de perigos. Envolve o fracasso em garantir acesso a cuidados médicos ou tratamento apropriado. Pode também incluir negligência ou indiferença em relação às necessidades básicas da criança.

Abuso sexual

Envolve forçar ou incitar uma criança ou jovem a tomar parte em atividades sexuais, estejam ou não cientes do que está acontecendo. As atividades podem envolver contato físico, incluindo atos penetrantes (por exemplo, sodomia) e atos não penetrantes. Pode incluir atividades sem contato, tais como levar a criança a produzir material pornográfico ou assistir a atividades sexuais ou encorajá-la a comportar-se de maneiras sexualmente inapropriadas.

É necessário dizer que embora os quatro tipos de abuso sejam considerados categorias distintas, é possível argumentar que eles podem se sobrepor e que uma criança pode sofrer qualquer um desses abusos, alguns deles, ou todos eles. Também se pode argumentar que, na base do abuso físico, da negligência e do abuso sexual há certo grau de abuso emocional, em especial no abuso sexual, que combina tanto a exploração sexual e emocional quanto a violação da criança.

Dentro do espectro da violência contra crianças e adolescentes o abuso sexual compreende o fenômeno de maior ocorrência, existindo também os abusos psicológico e físico (Whiffen, & Mascintosh, 2005). Nestes casos o abuso sexual se configura por uma série de situações como o “voyeurismo”, a manipulação da genitália, a pornografia, o exibicionismo, o assédio sexual, o estupro, o incesto e a prostituição infantil, dividindo-se em dois tipos básicos: abuso sexual sem contato físico e abuso sexual com contato físico.

A literatura aponta que os efeitos do impacto do abuso na criança podem ser estimados pelos seguintes fatores: a idade do indivíduo na época do abuso, a duração e a frequência do abuso sexual, o(s) tipo(s) de ato(s) sexual (is), o uso de força ou a violência física, o grau relacionamento da criança com o abusador, a idade e o sexo do abusador e os efeitos da revelação (Sanderson, 2008).

Quanto aos dados epidemiológicos e sociodemográficos a literatura tem demonstrado ainda que a ocorrência da violência sexual não é exclusividade dessa ou daquela sociedade. Lampe (2002) demonstrou que na Europa a ocorrência do abuso sexual infantil gira em torno de 6% a 36% em meninas e de 1% a 15% em meninos. Já Briere e Elliott (2003) apontam que há uma elevada incidência de abuso sexual na população norte-americana.

2.2 Abuso sexual na infância: fatores de risco

O tema abuso sexual infantil se configura como um problema de saúde pública, tendo em vista a elevada incidência epidemiológica e os sérios prejuízos para o desenvolvimento das vítimas. De acordo com o Ministério da Saúde, o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Brasil - Viva) possibilita conhecer a frequência e a gravidade das agressões e identificar casos de violência doméstica, sexual e outras formas (psicológica e negligência/abandono), em 2011, foram registrados 14.625 casos de violência doméstica, sexual, física e outras agressões contra menores de 10 anos - 35% do total, enquanto a negligência e o abandono responderam por 36% dos registros.

Os dados também revelam que a violência sexual ocupa o segundo lugar na faixa etária de 10 a 14 anos, com 10,5% das notificações, ficando atrás apenas da violência física (13,3%). Na faixa de 15 a 19 anos, esse tipo de agressão ocupa o terceiro lugar, com 5,2%, atrás da violência física (28,3%) e da psicológica (7,6%). Os números apontam também que 22% do total de casos (3.253) envolveram menores de um ano e 77% foram registrados na faixa etária de um a nove anos. A maior parte das agressões ocorre na residência da criança (64,5%) (Brasil, 2011).

Ainda de acordo com a literatura brasileira as meninas são as maiores vítimas (63,4%). A faixa etária de maior risco para as meninas é entre sete e 10 anos de idade (48,5%), enquanto para os meninos é de três a seis anos (54,6%). Os pais são os maiores perpetradores do abuso sexual (38%), seguidos do padrasto (29%). Meninos e meninas expressaram elevada frequência para depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). As meninas expressam comportamento mais erotizado, enquanto os meninos ficam mais isolados (Serafim et al., 2011).

Outros dados da realidade brasileira demonstram que 2,3% de uma amostra de 1193 adolescentes da cidade de Porto Alegre sofreram abuso sexual (Polanczyk, Zavaschi, Benetti, Zenker, & Gammerman, 2003). Na cidade de Ribeirão Preto entre outros achados Bazon (2008) identificou que em 7.765 notificações de

violência no Conselho Tutelar 5,7% relatavam violência sexual. Em São Paulo, estudando 351 crianças e adolescentes em situação de rua, Oliveira (2013) observou que 58,4% da amostra relatou ter sofrido abuso físico e sexual.

Foi realizado o mapeamento de fatores de risco para abuso sexual intrafamiliar identificados nos processos jurídicos do Ministério Público do Rio Grande do Sul – Brasil por violência sexual, no período entre 1992 e 1998. Os resultados apontaram que o desemprego, famílias reconstituídas, o abuso de álcool e drogas, dificuldades econômicas e presença de outras formas de violência constituíram os principais fatores de risco associados ao abuso sexual. Tais resultados favorecem a necessidade de maiores ações preventivas e terapêuticas para situações de violência sexual contra crianças e adolescentes (Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005).

Dados mundiais sugerem que 7,36% das meninas e 3,29% dos meninos sofreram abuso sexual. A sua real prevalência é desconhecida, visto que muitas crianças não revelam o abuso, somente conseguindo falar sobre ele na idade adulta (Pfeiffer & Salvagni, 2005).

2.3 Abuso sexual na infância: consequências

Crianças e adolescentes em situação de violência sexual podem apresentar mudanças súbitas e extremas tais como: distúrbios alimentares e afetivos, pesadelos, medo, perda de interesse pelos estudos e brincadeiras, dificuldades de se ajustar, isolamento social, déficit de linguagem e aprendizagem, distúrbios de conduta, baixa autoestima, fugas de casa, uso de álcool e drogas, ideias suicidas e homicidas. A dificuldade em fixar memórias relativas ao abuso pode estar presente em crianças menores de 10 anos de idade (Aded & Dalcin, 2006).

Assim como são notáveis as mudanças comportamentais tais como: comportamento pegajoso, crises de raiva, agressão, automutilação, distúrbio do sono, também são comuns, medos excessivos, fobias, depressão e problemas sociais (Borges, 2007).

Segundo Ossandón (2002) as experiências do abuso sexual afetam três específicos sistemas (Quadro 1):

Emocional	Sentimentos de tristeza e desamparo, mudanças bruscas de estado de ânimo, irritabilidade, rebeldia, temores diversos, vergonha e culpa, ansiedade.
Cognitivo	Baixa no rendimento escolar, dificuldade de atenção e concentração, desmotivação nas tarefas escolares, desmotivação geral.
Comportamental	Condutas agressivas, rejeição a figuras adultas, marginalização, hostilidade diante do agressor, temor ao agressor, gravidez precoce, enfermidades de transmissão sexual.

Quadro 1. Possíveis alterações como consequência do abuso sexual infantil

O abuso sexual pode ser visto como um evento traumático ao indivíduo. Dessa forma, um dos transtornos mentais mais associados e estudados nesta população é o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Assim, o diagnóstico deste transtorno pode ser entendido como a violência. Esta pode ser concebida como o grande fator estressor (Oliveira & Marques, 2015).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5ª edição (DSM-V, 2013) os critérios diagnósticos para se estabelecer o Transtorno de Estresse Pós-Traumático são:

- **A:** Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave *ou violência sexual*.
- **B:** Sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência.
- **C:** Evitação persistente dos estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento.
- **D:** Alterações negativas em cognição e no humor associadas ao evento traumático ou começando e piorando depois da ocorrência de tal evento.

- **E:** Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento,
- **F:** A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.
- **G:** A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional, ou em áreas importantes da vida do indivíduo.
- **H:** A perturbação não deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (como, por exemplo: medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Aqui cabe destacar a diferença entre o estresse agudo e o pós-traumático é o tempo de evolução. No Transtorno de Estresse Agudo (TEA) a duração que varia entre dois dias a quatro semanas. As reações agudas e frequentes ocorrem no mês seguinte à exposição. Tende a se manifestar logo após o evento (uma hora) com estado de atordoamento, tristeza, ansiedade, raiva, e desespero.

O diagnóstico do TEPT é fundamentalmente clínico. Mas prejuízos no funcionamento cognitivo foram incluídos nos relatos iniciais das reações pós-traumáticas (Young, 2000) e compõem, atualmente, o núcleo central do que é caracterizado no DSM-V como TEPT. Assim, tem sido sugerido que a avaliação neuropsicológica possa contribuir para elucidar os prejuízos cognitivos associados ao TEPT (Horner & Hamner, 2002).

Podemos verificar diferenças entre um quadro de estresse agudo e um de estresse Pós-traumático, sendo encontrado com maior frequência no gênero feminino e histórico de abuso sexual infantil, melhor detalhado no Quadro 2.

Estresse agudo	Jovens, gênero masculino, integrantes de grupos minoritários.
Estresse Pós-traumático	Gênero feminino, condição social desfavorável, baixo nível educacional e intelectual, histórico familiar de transtornos psiquiátricos e histórico de abuso sexual infantil.

Quadro 2. Fatores de risco para exposição a eventos traumáticos e o desenvolvimento de quadros de estresse [Fonte: Brewin, Andrews e Valentine (2000)]

O impacto do extremo estresse pode provocar uma hiperativação das amígdalas cerebrais, levando-as a um estado de excitabilidade elétrica, bem como, provocar danos ao deteriorar o hipocampo que está em pleno desenvolvimento, em consequência a exposição excessiva aos hormônios do estresse (Teicher, 2002). O resultado deste processo pode levar ao aumento da morte neural com consequente redução de volume e impacto na anatomia e funcionalidade cognitiva. Enfatiza-se também o papel das amígdalas para a criação do conteúdo emocional da memória, como sentimentos e condicionamentos relativos a medo e respostas agressivas (Oliveira & Bueno, 1993; Squire, 2004).

Woon, Sood e Hedges (2010) enfatizam que este fenômeno é relevante, visto que, o hipocampo tem importante papel no processo da formação e recuperação de lembranças verbais e emocionais que são críticas para a memória declarativa, bem como para determinar quais informações recebidas são armazenadas na memória de longo prazo. Acreditam que nesta situação o hipocampo produz um mapa cognitivo que permite a categorização da experiência e a conexão dessas com outras informações autobiográficas. Cabe ressaltar que o produto final deste processo pode se traduzir em disfunções tanto atencionais quanto de retenção de informação, no caso da memória.

Ainda, considerando a presença do TEPT Bremner (2003) comparou as imagens por ressonância magnética de 17 adultos com histórico de abusos físicos ou sexuais na infância (grupo experimental), pareados a 17 pessoas saudáveis (grupo controle). Os resultados revelaram que o hipocampo esquerdo dos sujeitos do grupo experimental se apresentou em média 12% menor que os do grupo controle. O mesmo fenômeno não foi observado no hipocampo direito.

Em relação aos preditores do desenvolvimento do TEPT, em crianças vítimas de abuso sexual, a literatura aponta os seguintes aspectos: (De'Bellis, 2001; Shore, 2002): tipo de abuso (com e sem penetração), duração do abuso, idade de início do abuso, vínculo com o abusador, presença de ameaça e coação e o contexto da revelação, bem como a exposição a múltiplos eventos estressores, o baixo nível de quociente de inteligência (QI) e das respostas iniciais da criança precisam ser consideradas, pois poderão se constituir em fatores de risco para o TEPT. Contudo é importante destacar que, a existência de vínculo afetivo

configurado como seguro com familiar/cuidador, e não abusador, além de uma rede de apoio social, com medidas de proteção e intervenções imediatas após a revelação do abuso atuam como fatores fundamentais de proteção (Shore, 2002).

Caracterizamos, assim, o abuso sexual na infância como um importante componente etiológico de vários distúrbios psiquiátricos. Cengel-Kültür, Cuhadaroğlu-Cetin e Gökler (2007) investigaram dados demográficos e clínicos de crianças abusadas e negligenciadas, e evidenciaram que 22,2% desta população tinham diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Briscoe-Smith e Hinshaw (2006) também encontraram altas taxas de abuso em meninas com TDAH (14,3%) em comparação com amostras de controle (4,5%).

Neste escopo o abuso sexual é constantemente relatado na literatura em função das consequências cognitivas relativas à memória e aprendizagem também a curto e longo prazo. (Alexander, Quas, Goodman, Ghattis, Edelstein, Redlich, Gordon, & Jones, 2005; Borges, 2007). Dessa forma, o abuso sexual na infância tem sido relacionado a severas consequências para o desenvolvimento, incluindo prejuízos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais em decorrência da sintomatologia do TEPT (Briere & Elliott, 2003).

Os estudos também apontam que as vítimas de abuso sexual apresentam maior predisposição a distúrbios cognitivos e psiquiátricos, tais como déficit de aprendizagem, de linguagem, depressão e ansiedade (Saffi, Camargo, & Oliveira, 2006; Serafim et al., 2011).

Diante disto, podemos observar no Quadro 3 os estudos realizados em relação ao ASI, abordando suas repercussões na infância, juventude e idade adulta, principalmente com os principais prejuízos cognitivos encontrados.

Autor/ano	Nº de sujeitos	Instrumentos	Resultados
Bremner e Nayaran (1998)	21 adultos vítimas de abuso sexual na infância e 20 controles saudáveis.	WMS, WAIS-R e SRT.	Evidenciaram prejuízos no teste de recordação imediata e tardia em comparação com os controles. Referem que as vítimas não apresentaram diferenças na memória visual, no nível intelectual e na recordação seletiva de palavras. Mas encontraram déficits na memória verbal de curto e longo prazo.
Beers e De'Bellis (2002)	14 crianças com relato de maus-tratos e que desenvolveram TEPT (grupo pesquisa). 15 crianças, saudáveis (grupo controle).	Subtestes da WISC III (Vocabulário, Códigos, Cubos, Semelhanças e Dígitos); WCST; <i>Trail Making Test</i> , Figura Complexa de Rey; California Verbal Learning Test; Strop Color and Word Test; FAS; Grooved Pegboard Test.	Desempenho inferior nos seguintes aspectos cognitivos: atenção, raciocínio abstrato e funções executivas.
Borges (2007)	12 meninas, abusadas sexualmente com sintomas de TEPT (grupo caso). 16 meninas, saudáveis (grupo controle).	K-SADS-PL; Questionário sobre Saúde e Dados demográficos; Teste D2 - Atenção Concentrada; Subteste Dígitos da (WISC-III); <i>Trail Making Test</i> .	Os resultados indicaram um maior número de erros e maior amplitude de oscilação da atenção visual concentrada, além da presença de diagnóstico de TEPT em 66,6% das meninas, confirmando associações entre o TEPT e abuso sexual na infância.
Oliveira, Scivoletto e Cunha (2010)	Estudo de revisão sistemática da literatura.	Revisão de estudos publicados na literatura, nos últimos 20 anos. Na base de dados Medline/PubMed com os termos relacionados à neuropsicologia, neuroimagem e vivência de abandono, violência doméstica, abuso físico, <i>abuso sexual</i> e negligência.	Evidências de que grupos com experiência de estresse emocional precoce (EEP) apresentam prejuízos em funções neurocognitivas como atenção, inteligência, linguagem, funções executivas e tomada de decisões, assim como alterações no hipocampo, corpo caloso, córtex pré-frontal e córtex cingulado anterior. Concluem que a ocorrência de transtornos psiquiátricos e de alterações comportamentais também é relevante nesses indivíduos.

Continua

Continuação

Autor/ano	Nº de sujeitos	Instrumentos	Resultados
Irigaray, Pacheco, Grassi-Oliveira, Fonseca, Leite e Kristensen (2013)	Estudo de revisão sistemática da literatura.	Método de revisão da literatura entre 1995 e 2011, com estudos que investigaram crianças, adolescentes e adultos que sofreram algum tipo de maus-tratos.	De maneira geral concluem que crianças, adolescentes e adultos que sofreram abuso possuem um perfil cognitivo inferior em tarefas que avaliaram memória verbal episódica, memória de trabalho, atenção e componentes das funções executivas. Por isso, também concluem que maus-tratos na infância constitui como fatores de risco para o desenvolvimento, em curto e longo prazo.
De'Bellis, Wooley e Hopper (2013)	38 adultos que sofreram maus-tratos. 60 adultos que sofreram maus-tratos e apresentam TEPT. 104 jovens saudáveis (grupo controle).	<i>KSADS-PL; Entrevista semi-estruturada; Subtestes da WISC-IV (Vocabulário, Cubos, Raciocínio Matricial); Figura Complexa de Rey; CPT-II; Peabody Picture Vocabulary Test-III; TOMA Paired Recall Subtest; Stroop Color; Woodcock Johnson Test of Cognitive Abilities-III Numbers Reversed Subtest.</i>	De modo geral os grupos com jovens que sofreram maus-tratos apresentaram piores resultados em todos os domínios cognitivos. No grupo que sofreu maus-tratos e apresentaram TEPT o desempenho visuoespacial foi significativamente pior do que os jovens maltratados sem sintomas de TEPT. A duração do diagnóstico de TEPT esteve negativamente correlacionada com o desempenho visuoespacial, e dissociação também foi negativamente correlacionado com o domínio atenção. O abuso sexual apresentou correlação negativa com funções de linguagem e memória após comparação com o grupo controle e outros tipos de maus-tratos. Os dados identificam que há os efeitos adversos de maus-tratos em funções neuropsicológicas na juventude e, por isso sugerem que todos os serviços de proteção à devem avaliar a integridade de suas habilidades de funcionamento neuropsicológico, independente da presença ou ausência de sintomas de saúde mental.

Continua

Continuação

Autor/ano	Nº de sujeitos	Instrumentos	Resultados
Barrera, Calderón e Bell (2013)	13 crianças que sofreram abuso sexual com sintomas de TEPT. 26 crianças que sofreram abuso sexual, sem sintomas de TEPT. 37 crianças saudáveis (grupo controle).	<i>Stroop Test</i> , <i>WCST</i> , <i>Posttraumatic Stress Symptoms Checklist</i> , <i>Trail Making Test</i> , <i>CVLT</i> , <i>Figura Complexa de Rey</i> e <i>MINI</i> .	Os autores concluem que o abuso sexual na infância foi associada com redução da capacidade para inibir as respostas automáticas medidos pelo teste Stroop, independentemente do quadro de Transtorno de estresse pós-traumático. Assim, estes resultados indicam possíveis dificuldades de inibição de atenção em crianças vítimas de abuso sexual, o que pode ajudar a explicar a psicopatologia associada com a experiência.

Onde: *WCST* = *Wisconsin Carding Test*; *WISC-III* = Escala Wechsler de Inteligência para Crianças Terceira Edição; *WISC-IV* = Escala Wechsler de Inteligência para Crianças Quarta Edição *FAS* = Teste de Fluência Verbal - Semântica; *KSADS-PL* = *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* - Present and Lifetime Version; *RAVLT* = *Rey Auditory Verbal Learning Test*; *CPT-II* = *Conners Continuous Performance Test-II*; *STR* = *Selective Reminding Test*; *WMS* = *Wechsler Memory Scale*; *WAIS-III-R* = Escala de Inteligência Wechsler para adultos terceira edição, revisada; *MINI* = *Mini International Neuropsychiatric Interview*. *CVLT* = *California Verbal Learning Test*.

Quadro 3. Pesquisas com ASI e respectivos prejuízos, principalmente os cognitivos

Assim, é possível perceber que os estudos têm sido enfáticos em associar de forma substancial, uma significativa relação entre as consequências de vivências traumáticas na infância e o desenvolvimento de prejuízos na esfera cognitiva e outras repercussões, como o TEPT, prejudiciais ao longo da vida da vítima.

Dada à relevância dos impactos das várias formas de violências, e mais especificamente do abuso sexual, no desenvolvimento infantil, no próximo tópico será abordada a relação desenvolvimento infantil e cognição.

2.4 Desenvolvimento infantil e funções cognitivas

Vigotski (2009) afirma que, nos estágios iniciais do desenvolvimento, as funções cognitivas iniciam-se nos centros inferiores, nas estruturas inferiores do cérebro, e, com o passar do tempo, essas funções passam a ser realizadas pelos centros superiores. Assim, o bebê vem equipado com funções elementares as quais herda filogeneticamente e caracterizam por terem funcionamento independente. Dominam a existência do infante nos primeiros anos de vida, sendo fundamentais para o desenvolvimento de estruturas sensoriais e motoras.

As funções elementares são aquelas herdadas por meio da espécie e apresentam características reflexas, biológicas, sendo fundamentais para a sobrevivência da espécie. Elas dão base para o posterior desenvolvimento das funções mentais superiores. São estas as quais o autor refere-se quando fala sobre os “centros superiores” equivalente as funções cognitivas superiores e/ou funções executivas. Assim, os centros inferiores passam a terem um funcionamento subordinado e dependente dos centros superiores.

Também desenvolveu a ideia fundamental de que o mais importante para o desenvolvimento psicológico da criança não é o desenvolvimento de funções cognitivas (memória, atenção, pensamento), de modo isolado, mas sim o desenvolvimento de suas relações interfuncionais.

Segundo Goldberg (2006), o cérebro possui pelo menos três grandes fases de desenvolvimento: o cérebro em desenvolvimento, o cérebro maduro e o cérebro que envelhece. Onde a primeira fase é marcada pelo desenvolvimento das primeiras habilidades cognitivas e práticas e tem início durante a gestação e vai até a terceira década da vida. Este processo começa com a neurogênese (nascimento dos neurônios). Em seguida, esses neurônios migram para lugares apropriados de acordo com a organização do cérebro. Ocorre com maior velocidade durante os estágios iniciais de vida, mas a neurogênese pode acontecer durante toda a vida.

O termo função cognitiva significa a integração das capacidades de percepção, ação, de linguagem, de memória e de pensamento (Sternberg, 2010).

A psicologia cognitiva é o estudo de como as pessoas percebem, aprendem, lembram-se e pensam sobre as informações. Tem por raízes a filosofia (busca entender a natureza geral de muitos aspectos do mundo, a partir da introspecção, exame de ideias e experiências internas) e a fisiologia, busca um estudo científico das funções vitais dos organismos vivos, basicamente por meio de métodos empíricos (Sternberg, 2010). Este último contribui para que a psicologia seja vista como passível de pesquisas científicas por meio de diversos métodos, como experimentos controlados em laboratórios, estudos de caso, observações naturalísticas, instrumentos que envolvem escalas, questionários, e que podem avaliar as seguintes funções cognitivas, estudadas na presente pesquisa.

2.4.1 Atenção

A avaliação da atenção é referida como obrigatória em qualquer protocolo neuropsicológico, em muitos é uma das primeiras tarefas a ser realizada. Pode ser caracterizada como um processo complexo, que está relacionada com outros aspectos cognitivos, habilidades perceptivas (visuais, táteis, etc.), memória, estados emocionais e níveis de consciência (Coutinho, Abreu, & Mattos, 2010). A atenção pode ser compreendida por meio de quatro tipos, conforme Quadro 4.

Atenção Sustentada	Capacidade de manter o foco de atenção numa dada tarefa, por um tempo mais prolongado com o mesmo padrão de consistência.
Atenção Seletiva	Relacionada com a capacidade de selecionar parte dos estímulos disponíveis, enquanto mantém os demais “suspensos”, ou fora do foco. Esse tipo de atenção nos garante a possibilidade de não precisarmos processar tudo que nos é apresentado, buscando focar nossa atenção para o estímulo de maior relevância. Com isso, na atenção seletiva o indivíduo foca num estímulo específico enquanto busca-se afastar do campo atencional possíveis estímulos distratores (internos ou externos).
Atenção Alternada	Quando o sujeito alterna a atenção entre um estímulo e outro, ou entre um tipo de atividade e outra.
Atenção Dividida	Capacidade de focar em dois estímulos distintos simultaneamente

Quadro 4. Tipos de atenção

2.4.2 Funções executivas

De acordo com Lezak (1995) são consideradas uma série de habilidades cognitivas com princípios e organização necessária para lidar com situações flutuantes e ambíguas do relacionamento social e para uma conduta apropriada, responsável e efetiva. Podemos concluir, assim, que estas funções são fundamentais na modulação do comportamento, principalmente aqueles relacionados com questões sociais e de condutas éticas.

São definidas como funções cognitivas superiores que auxiliam no alcance de objetivos futuros, ou seja, direcionam o comportamento para realização de metas. Assim, referem-se às habilidades cognitivas que envolvem planejamento, iniciação, seguimento e monitoramento de comportamentos complexos dirigidos a uma meta. De maneira geral, envolve uma ampla variedade de funções cognitivas que implicam: atenção, concentração, seletividade de estímulos, abstração, planejamento, flexibilidade mental, controle mental, autocontrole e memória operacional. Dessa forma, há diversos testes e baterias neuropsicológicas para se avaliar tais funções (Malloy-Diniz, Jardim De Paula, Loschiavo-Alvares, Fuentes & Leite, 2010).

2.4.3 Memória

A memória envolve processos a codificação, armazenamento e resgate de informações tanto verbais quanto visuais e também pode ser caracterizada como um processo complexo, que demanda outras funções, principalmente a atenção. Possibilita ao indivíduo remeter-se às experiências impressivas, auxiliando na comparação com experiências atuais e projetando-se nas prospecções e perspectivas (Abreu, & Mattos, 2010). A memória também pode ser dividida em deferentes tipos, como pode ser visto no Quadro 5.

Memória explícita ou Declarativa	Envolve eventos, ou fatos de experiências prévias armazenados e recordados de maneira consciente. Dessa forma, abrange a memória episódica (eventos pessoais) e a memória semântica.
Memória implícita ou não declarativa	Relacionada com a habilidade de realizar um ato ou comportamento que originalmente necessitou de um esforço consciente, mas com o tempo não requer o resgate consciente ou intencional da experiência, tornou-se um comportamento “automático” (por exemplo: dirigir um carro).
Memória Operacional	Referente a memória de informação, guardada de modo temporário, podendo outras operações mentais ocorrerem no decorrer do mesmo – exemplo: guardar um número de telefone.

Quadro 5. Tipos de memória [Fonte: Adaptado de Abreu e Mattos, 2010]

A literatura (Miranda, Borges &, Rocca, 2010) descreve que entre os seis e os 12 meses, forma-se a memória explícita, favorecendo o aparecimento de memórias semântica e episódicas, em estruturas corticais e relacionadas com a região do hipocampo. Já a circuitaria do córtex pré-frontal se desenvolve de modo mais lento, mas na segunda metade do primeiro ano de vida a memória operacional já é desenvolvida. Entre os oito e os 10 anos, as crianças possuem um processamento de informações de maneira mais rápida e eficiente, ocorrendo um aumento da capacidade de memória operacional, contribuindo para um melhor tempo de reação, atenção seletiva, recordação e resolução de problemas. Ressalta-se a importância da estimulação do ambiente e das vivências enquanto efeitos duradouros sobre a capacidade do sistema nervoso central aprender e armazenar as informações.

2.4.4 Linguagem

A linguagem abrange os aspectos fonológicos e sintáticos, e aos aspectos semânticos e pragmáticos. Também diz respeito ao conteúdo lexical (dicionário) e dos discursos (verbal). O uso da linguagem é organizado segundo regras sociais (pragmáticas), e pode ser entendido pelo que segue no Quadro 6 (Abreu e Mattos, 2010).

Processamento lexical	É a recepção do estímulo visual (<i>input</i>) e a identificação dele como contendo palavras da nossa língua. Quando essas palavras são reconhecidas, pelo leitor, como pertencentes à sua língua ou possíveis nela, vários tipos de informação são ativados: informações fonológicas, fonéticas, sintáticas e semânticas.
Processamento sintático	Reconhecidas algumas palavras do texto, elas serão reunidas para a construção da estrutura sintática das frases, ou seja, será feito o processamento sintático.
Processamento semântico	Depois de organizada a estrutura sintática da sentença e dos seus constituintes, é feito o processamento semântico, isto é, é construído o significado da sentença ou de partes dela.

Quadro 6. Processos da linguagem

2.4.5 Praxia e visuoconstrução

Estão relacionados com a condição de realizar atos voluntários no plano prático, ou seja, pode executar ações voltadas a um objetivo no plano concreto, por meio da atividade motora. Para tal desempenho são necessários os seguintes aspectos: percepção visual, raciocínio espacial, e comportamento motor.

A habilidade visuoconstrutiva - também entendida como praxia construtiva “refere-se à habilidade de juntar ou manejar partes ou estímulos físicos organizadamente, de maneira que formem uma entidade única ou objeto” (Zuccolo, Rzezak, & Góis, 2010, p. 116). Envolve a discriminação visual, diferenciação figura e fundo, capacidade de análise e síntese visual, julgamento de direção e distância, orientação espacial, percepção de profundidade e de distância dentre outros aspectos.

2.5 Justificativa

A perícia psicológica realizada no Ambulatório do NUFOR segue as seguintes etapas: estudos dos documentos, contrato, entrevista psicológica, entrevista de anamnese objetiva, avaliação cognitiva e elaboração do laudo psicológico. Assim, o presente estudo objetiva trazer as relações entre os fatores da avaliação do abuso sexual com o desempenho cognitivo. Demonstrando a importância do protocolo de avaliação pericial que utilizamos para auxiliar na investigação do histórico de violência para contribuição de encaminhamentos, tratamentos e trabalhos de prevenções.

Pensando na avaliação neuropsicológica, esta se insere no contexto forense também no processo de perícia psicológica. Perícia pode ser caracterizada como um exame, realizado por profissionais especialistas dentro de um âmbito jurídico que tem por objetivo esclarecer ao magistrado informações técnicas e científicas acerca de um determinado fato. Em relação à saúde mental, o propósito da perícia é investigar o funcionamento mental do periciando a fim de compreender os aspectos psicológicos, comportamentais e cognitivos relacionados ao caso. E dado a sua complexidade, no contexto forense a avaliação neuropsicológica se

apresenta como um imprescindível recurso para a perícia (Serafim & Saffi, 2012). Sendo assim, conforme exposto na introdução, no contexto jurídico busca-se estabelecer um nexo causal entre a saúde mental do indivíduo e o histórico de violência sexual, por isso o profissional deverá estruturar uma metodologia que incluirá anamnese, entrevista e seleção de instrumentos neuropsicológicos adequados aos propósitos do procedimento em questão, o que caracteriza a necessidade de uma estratégia ou protocolo de avaliação pericial (Saffi et al., 2015).

Dessa forma, acreditamos que a realização deste estudo, além de fornecer dados sobre fatores clínicos e de risco associados ao desempenho cognitivo em crianças vítimas de abuso sexual, também possa auxiliar nas perícias psicológicas da referente população, uma vez que trabalhamos tanto com protocolo de avaliação dos aspectos emocionais, por meio de instrumentos projetivos e escalas clínicas quanto cognitivos, pelo protocolo estamos propondo no estudo. Uma vez que a literatura evidencia prejuízos tanto dos aspectos psicológicos e cognitivos, dentre outros como consequências prejudiciais do abuso sexual infantil.

Destacamos ainda que o nosso estudo se enquadra nos parâmetros de políticas públicas na atenção a violência. No ano de 2003 a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, passou a contar com uma área específica para tratar da prática da violência sexual cometida contra crianças e adolescentes. Por meio do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (PNEVSCA) cujas metas são:

- Desenvolver estudos quantitativos e qualitativos para análise da situação de violência sexual infanto-juvenil nas áreas abrangidas pelo programa;
- Desenvolver campanhas de sensibilização e mobilização da sociedade, em especial a mídia e os segmentos que comprovadamente representam fatores de risco à população infanto-juvenil;
- Garantir o atendimento adequado para crianças, adolescentes e familiares em situação de violência sexual, e;

- Desenvolver os instrumentos de comunicação social como estratégia de visibilidade e controle social das situações que representem risco ou ocorrência de violações dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes, em especial no tocante a integridade física e psíquica.

Além disso, vale ressaltar, conforme apontado no estudo de Assis, Oliveira e Ximenes (2009) o quanto ainda é significativo à falta de conhecimento dos profissionais que lidam com crianças sobre os problemas de saúde mental. Também são muito precárias as possibilidades de encaminhamento para atendimento público. Neste sentido, a sensibilização e a capacitação profissional para identificar problemas cognitivos e comportamentais e lidar com essas dificuldades, fornecendo apoio às crianças e familiares ainda se faz necessária enquanto estratégia de política pública.

3 OBJETIVOS E HIPÓTESE

3.1 Objetivo geral

Avaliar desempenho cognitivo de crianças vítimas de abuso sexual, com ênfase na função atencional e funções executivas, associados aos aspectos clínicos e fatores de risco.

3.2 Objetivos específicos

Avaliar o desempenho das seguintes funções cognitivas: atenção, memória, funções executivas, praxia e visuoconstrução, linguagem e coeficiente intelectual de crianças vítimas de abuso sexual em comparação com um grupo controle (crianças sem histórico de abuso sexual).

Averiguar aspectos clínicos e fatores de risco para ocorrência abuso sexual infantil.

Colaborar com a viabilidade da utilização do protocolo com o questionário da avaliação do abuso sexual e avaliação dos aspectos cognitivos utilizado no ambulatório do NUFOR como recurso para modelo referencial em populações de crianças vítimas de abuso sexual.

3.3 Hipótese

Crianças com histórico de abuso sexual, quando comparadas com um grupo controle de crianças da mesma faixa etária sem histórico de abuso sexual, apresentarão desempenho inferior em suas funções cognitivas, principalmente em relação à atenção, funções executivas, conforme evidenciado na revisão de literatura.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Amostra

A amostra do estudo foi composta por 50 crianças com idade entre sete e 12 anos, distribuídas em dois grupos, o de pesquisa e controle.

Grupo pesquisa

Composto por 25 crianças com histórico de abuso sexual atendidas no Programa de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Grupo controle

Composto por 25 crianças de Escolas Públicas oriundas de escolas de ensino infantil e fundamental da Rede Estadual de São Paulo.

4.2 Critérios de inclusão

Casos atendidos no NUFOR que preencheram os critérios de abuso sexual (atentado violento ao pudor e estupro) contra a criança, idade entre sete e 12 anos, com notificação em boletim de ocorrência policial.

4.3 Critérios de exclusão

- Casos de histórico de abuso sexual (atentado violento ao pudor e estupro) atendidos no NUFOR com idade inferior aos sete e superior aos 12 anos.
- Casos no NUFOR que preencham os critérios de abuso sexual (atentado violento ao pudor e estupro) contra a criança, porém sem notificação em boletim de ocorrência policial.
- Casos que apresentem diagnóstico de transtorno psicótico e retardo mental. O ambulatório também constitui, conforme exposto anteriormente, de profissionais da prática de perícias psiquiátricas, por isso tais e outros diagnósticos de transtornos mentais podem ser avaliados e investigados.

4.4 Procedimentos

Para ambos os grupos foram apresentados aos respectivos responsáveis pelas crianças os objetivos da pesquisa, solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo um modelo para o grupo de pesquisa (Anexo A), e outro modelo para o grupo controle (Anexo B). Também foram explicados e esclarecidos para cada criança os objetivos e etapas da pesquisa, através do Termo de Assentimento (Anexo C).

Em seguida, foi aplicado o questionário de avaliação do abuso sexual, para o estudo dos dados sociodemográficos e conteúdos relacionados com o histórico do abuso sexual, no grupo de pesquisa (Anexo D).

Também para ambos os grupos a aplicação do protocolo de avaliação dos aspectos cognitivos foi realizada de forma individual. Para este procedimento houve a participação de psicólogos treinados para aplicação do protocolo cognitivo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq) protocolo número: 0047/11 (Anexo E).

4.5 Instrumentos

4.5.1 Avaliação do abuso sexual

Foi realizada por meio do questionário de avaliação do abuso sexual, adaptado do estudo de Borges, 2007, com objetivo de verificar os dados sociodemográficos, consequências clínicas relacionadas com sintomatologia do transtorno de estresse pós-traumático e indicadores de risco. Aplicado no grupo pesquisa (Anexo D).

4.5.2 Avaliação cognitiva

Uma vez que propomos a colaboração no estabelecimento de um protocolo cognitivo de avaliação de crianças vítimas de abuso sexual, o mesmo abordou as funções cognitivas de modo global usando como critério instrumentos já utilizados em pesquisas citadas na introdução do estudo. O protocolo cognitivo foi composto das seguintes provas:

4.5.2.1 Dígitos (subteste da WISC-III)

Ordem direta

Avalia a amplitude atencional para estímulos audioverbais simples. O pesquisador solicita que o examinando repita uma lista de números, na mesma ordem que foi lida. É composta por oito itens com duas tentativas cada, a tarefa é interrompida após dois erros consecutivos no mesmo item.

Ordem inversa

Avalia a memória de trabalho para estímulos audioverbais simples bem como a capacidade de sustentar a atenção e controle mental. O pesquisador solicita que o examinando repita uma lista de números, em ordem inversa ao que foi lido. É composto por sete itens com duas tentativas cada, a tarefa é interrompida após dois erros consecutivos no mesmo item.

A correção é realizada da seguinte maneira: a cada acerto é atribuído zero, um, ou dois pontos, de acordo com o nível de respostas. Depois é feita a somatória dos pontos (escore bruto). Este escore bruto é transformado em um escore ponderado, de acordo com a tabela normativa pré-estabelecida no manual de correção do teste. Por fim, cada ponto ponderado possui um determinado percentil que determinará a faixa de desempenho em que a criança se encontra, são elas: muito inferior, inferior, médio inferior, média, média superior, superior e muito superior, também de acordo com uma tabela pré-estabelecida.

4.5.2.2 *Trail Making Test*

É composto por duas partes (A e B). Na parte A, o sujeito deve traçar linhas conectando consecutivamente círculos numerados. Na parte B, o sujeito deve traçar linhas conectando alternadamente círculos com números e círculos com letras em uma sequência ordenada. O teste envolve (na Parte A) rastreo visual complexo e velocidade motora e, na Parte B, processos executivos (Lezak, Hoiweson & Loring, 2004). Entre os processos executivos, a capacidade de controle inibitório e a alternância da atenção parecem ser aqueles mais envolvidos na realização da Parte B.

A correção é realizada da seguinte maneira: há uma tabela que determina se o sujeito está acima, dentro ou abaixo da média no tempo de execução da tarefa (em ambas as partes).

4.5.2.3 *Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST)*

O WCST é um instrumento que avalia o raciocínio abstrato não verbal, a capacidade do sujeito de gerar estratégias de solução de problemas, em resposta a condições mutáveis, podendo ser considerado, assim, como uma medida de flexibilidade do pensamento - aspecto que faz parte das funções executivas (Heaton, Chelune, Talley, Kay, & Cutiss, 2005).

O teste é composto por quatro cartas-estímulo, dois baralhos iguais de 64 cartas-resposta e o protocolo de registro. As cartas apresentam figuras que possuem três tipos de configuração: Cor, Forma e Número. As cores podem ser vermelho, azul, amarelo ou verde; as formas podem ser cruzes, círculos, triângulos ou estrelas; e o número de figuras pode ser um, dois, três ou quatro. Já o protocolo de registro possui três páginas, sendo que na primeira são preenchidos os dados do sujeito, na segunda estão 128 itens que compõem as respostas e na terceira estão as áreas para cálculo dos escores.

A administração da tarefa é realizada da seguinte maneira: As quatro cartas-estímulo devem ser dispostas na frente do examinando, então é instruído que o examinador não pode dizer muito em relação ao que deve ser feito, apenas que o sujeito deve retirar uma carta do baralho de resposta e associá-la a uma das quatro cartas-estímulo, posicionando-a embaixo. Será informado apenas se a associação foi correta ou errada, antes do examinando pegar a próxima carta.

O aplicador terá em mente que a configuração inicial é Cor, portanto dirá que a resposta foi correta toda vez que o cliente associar a carta retirada com as cartas-estímulo pela cor. Após 10 respostas consecutivas corretas, o examinador passará a dizer como correta as associações de Forma, e assim por diante, até o término das 128 cartas ou da sequência Cor, Forma, Número, Cor, Forma, Número (CFNCFN).

Ocasionalmente, o sujeito pode associar uma carta que não se encaixe em nenhuma das três configurações, sendo então classificada como Outra. Há também situações em que mais de uma associação pode ser possível, por exemplo, Cor e Número. Ambos os tipos são assinalados no protocolo.

A atribuição do escore é realizada da seguinte forma: As respostas são então avaliadas baseadas em três dimensões, a saber: Correta ou Incorreta, que indica se a associação que o sujeito realizou está certa; Ambígua ou Não Ambígua, que diz que uma associação não é ambígua quando apenas uma característica da carta-resposta combina com a carta-estímulo; e perseverativa ou não perseverativa, que diz que o princípio perseverante ocorre quando o sujeito, ao receber a informação de que o critério de associação já não está mais correto, não inibe sua tendência de persistir no padrão antigo.

4.5.2.4 Semelhanças (subteste da WISC-III)

O subteste semelhanças está basicamente embasado na determinação dos aspectos qualitativos das relações que o sujeito recolheu de seu ambiente. O sujeito capta fatos e ideias de seu meio e deveria ser capaz de ver as relações básicas e essenciais que existem entre eles. A prova exige utilização das operações de memória remota, da capacidade de compreensão, da capacidade de pensamento associativo e dos interesses e leituras do sujeito, assim como da capacidade para selecionar e verbalizar as relações apropriadas entre dois objetos ou conceitos aparentemente diferentes (Wechsler, 2002).

Assim, os resultados dessa prova refletem, ainda, a capacidade de para efetuar diferentes graus de abstração, conseguindo detectar a criança extremamente concreta que não pode compreender os conceitos requeridos ou se limita aos conceitos superficiais.

Solicita-se ao examinando: “Vou dizer sempre duas palavras juntas, e quero que fale o que elas têm em comum. Por exemplo: O que tem em comum o vermelho e o azul? Ambos são cores”.

A correção é realizada da seguinte maneira: a cada acerto é atribuído zero, um, ou dois pontos, de acordo com o nível de respostas. Depois é feita a somatória dos pontos (escore bruto). Este escore bruto é transformado em um escore ponderado, de acordo com a tabela normativa pré-estabelecida no manual de correção do teste. Por fim, cada ponto ponderado possui um determinado percentil que determinará a faixa de desempenho em que a criança se encontra, são elas: muito inferior, inferior, médio inferior, média, média superior, superior e muito superior, também de acordo com uma tabela pré-estabelecida.

4.5.2.5 Cubos (subteste da WISC-III)

Esta prova permite explorar, entre outros aspectos, a percepção, a análise e a síntese e a reprodução de desenhos abstratos. Ainda intervêm aspectos lógicos e de raciocínio aplicados às relações espaciais assim como formação de conceitos não verbais. Também explora a coordenação viso motora (Wechsler, 2002).

Esse subteste consiste em reproduzir 14 modelos apresentados como padrões com cubos geométricos, de um plano bidimensional (figuras desenhadas no livro de estímulos) para um plano tridimensional (objetos em formato de cubo, bicolor – vermelho e branco). Apresenta tempo-limite de execução para cada item. Fala-se ao examinando: Veja estes cubos. Eles são iguais. “Em alguns lados eles são vermelhos, em outros são brancos e em outros são metade vermelhos e metade brancos”.

Em seguida coloca-se o livro estímulos ao lado do sujeito, abre-se no modelo e fala-se: “Eles podem ser unidos para fazer um desenho como este que você está vendo no cartão. Observe”. É necessário construir o modelo lentamente e depois misturar os cubos, passando-os para o examinando e dizendo: “Agora faça um igual ao do cartão. Tente”. A aplicação é suspensa após dois erros consecutivos.

A correção é realizada da seguinte maneira: a pontuação é determinada de acordo com o tempo de execução da tarefa, depois é feita a somatória dos pontos (escore bruto). Este escore bruto é transformado em um escore ponderado, de acordo com a tabela normativa pré-estabelecida no manual de correção do teste. Por fim, cada ponto ponderado possui um determinado percentil que determinará a faixa de desempenho em que a criança se encontra, são elas: muito inferior, inferior, médio inferior, média, média superior, superior e muito superior, também de acordo com uma tabela pré-estabelecida.

4.5.2.6 Figura Complexa de Rey

O Teste de Figura Complexa de Rey foi descrito como sendo um teste neuropsicológico bastante usado na prática clínica para investigar a memória visual, a habilidade visuoespacial e algumas funções de planejamento e execução de ações. Também avalia a organização, o planejamento e as habilidades de resolução de problemas. A adaptação para a população brasileira, da Figura Complexa de Rey, foi realizada por Oliveira (1999).

Consiste em uma figura geométrica complexa composta por um retângulo grande, bissetores horizontais e verticais, duas diagonais, e detalhes geométricos adicionais interna e externamente ao retângulo grande.

O desenho é apresentado horizontalmente e o examinando deve copiá-lo em uma folha em branco. Alguns autores preferem a utilização de lápis de cores diferentes para a cópia da figura, indicando a troca de cor de lápis de acordo com a sequência dos elementos copiados. O objetivo desta troca de lápis é observar a sucessão dos elementos copiados e avaliar a capacidade de desenvolvimento de estratégia e o planejamento (aspectos relacionados a funções executivas) do examinando.

A correção leva em consideração a questão da adoção ou não de um planejamento e utilização de estratégias para cópia da figura. Além disso, a figura é composta por elementos, por isso é considerado a precisão de cada unidade e posição dentro de todo o desenho: para cada elemento pontua-se da seguinte maneira: item localizado adequadamente: dois pontos; item localizado imprecisamente: um ponto; distorção, mas localizado adequadamente: um ponto; distorção e localizado imprecisamente: meio ponto, e omissão ou não reconhecimento do elemento: 0 ponto. A seguir faz-se a somatória, e procura-se em uma tabela normatizada o percentil correspondente ao escore encontrado.

4.5.2.7 Figura Complexa de Rey (evocação tardia)

Conforme descrito anteriormente, este teste avalia a cópia de uma figura geométrica complexa. Mas também envolve outras duas etapas, pois, após o término da cópia, solicita-se ao examinando que reproduza o que se lembra da figura. Transcorridos 30 minutos solicita-se ao examinando que reproduza a figura novamente. Dessa forma é possível avaliar a memória tardia para um estímulo de cunho visual. A correção é realizada seguindo o mesmo critério da cópia. Além do exame visuoestrutivo e de memória visual é um instrumento que permite avaliar variados processos cognitivos como a praxia construtiva, planejamento, estratégias de soluções de problemas, percepção, motricidade e memória visual (Fuentes, D'Alcante, & Savage, 2010).

4.5.2.8 Teste de Fluência Verbal - Semântica (FAS)

O teste FAS envolve com medidas de nomeação, memória semântica e sequenciamento, relacionado com as funções executivas. Também envolve a fluência de palavras em duas categorias: fonêmica e semântica. Na categoria semântica, é aplicada em crianças, e os sujeitos são instruídos a gerar o maior número de palavras para as seguintes classes: animais, comida e roupas (também de 60 segundos cada). O desempenho do sujeito será determinado por uma média já pré-estabelecida para cada idade, de acordo com a somatória de palavras ditas em cada lista.

4.5.2.9 Vocabulário (subteste da WISC-III)

Este subteste é essencialmente uma medida de inteligência geral. Avalia o desenvolvimento da linguagem, a formação conceitual verbal, e o conhecimento semântico (Wechsler, 2002).

Fala-se ao examinando: “Eu vou dizer algumas palavras escute com atenção e diga o que significa cada palavra”. Interrompe-se o teste após seis erros consecutivos e faz-se um inquérito quando necessário para esclarecer as respostas.

A correção é realizada da seguinte maneira: a cada acerto é atribuído zero, um ou dois pontos, dependendo do nível da resposta. Posteriormente é feita a somatória dos pontos (escore bruto). Este escore bruto é transformado em um escore ponderado, de acordo com a tabela normativa pré-estabelecida no manual de correção do teste.

Por fim, cada ponto ponderado possui um determinado percentil que determinará a faixa de desempenho em que a criança se encontra, são elas: muito inferior, inferior, médio inferior, média, média superior, superior e muito superior, também de acordo com uma tabela pré-estabelecida.

Além disso, somando os escores ponderados do Vocabulário com os escores ponderados do subteste Cubos é possível determinar o QI estimado do sujeito.

4.5.2.10 *Selective Reminding Test*

Abrange uma lista de 12 palavras repetida por 12 vezes, porém apenas as palavras que não são evocadas em cada tentativa são repetidas ao examinando. Dessa forma, o teste apresenta uma maior complexidade, pois exige mais atenção. De modo geral, avalia processo de aprendizagem verbal e memória - retenção, armazenamento, recordação de informações audioverbais. Assim, apesar deste teste não estar entre os mais utilizados estudos que estudam aspectos cognitivos optamos pela sua utilização devido a essa maior complexidade, para que possamos ter uma melhor compreensão da influencia dos aspectos atencionais nas demais funções cognitivas.

A instrução para tarefa é a seguinte: “Vou ler uma lista de palavras. Tente se lembrar do maior número de palavras que você conseguir. Já que a lista é muito grande provavelmente você não vai se lembrar de todas as palavras. Faça o melhor que conseguir e não se preocupe com a ordem das palavras”.

Também é realizada a evocação tardia, ou seja, transcorridos vinte minutos do término da tarefa a criança deve dizer quais as palavras da lista que recorda. A instrução nesta etapa é: “Lembra-se da longa lista de palavras que li diversas vezes? Você tinha que me dizer as palavras que se lembrava cada vez que eu lia a lista. Diga-me agora o maior número de palavras que você consegue lembrar.

A correção é realizada da seguinte maneira: faz-se a somatória das palavras evocadas em todas as tentativas. Este resultado bruto é transformado em ponderado que possui um determinado percentil correspondente a uma faixa de desempenho em que a criança se encontra, são elas: muito inferior, inferior, médio inferior, média, média superior, superior e muito superior, também de acordo com uma tabela pré-estabelecida.

4.6 Análise estatística

Foram realizadas análises descritiva e inferencial dos dados. Utilizou-se o programa SPSS 14.0, para analisar os dados, para cada variável foi calculado os valores mínimos e máximos, medianos, média, erro-padrão e gráficos das distribuições.

Foi utilizado o Teste de Kolmogorov - Smirnov para verificar se podemos supor normalidade para a distribuição das variáveis (idade, anos de estudo e coeficiente intelectual). Uma vez aceita a suposição de normalidade foi utilizado o teste *t* de *Student* para verificar a igualdade de médias entre os grupos de interesse. Para a variável sexo utilizou-se Teste Qui-quadrado para verificar associação entre os grupos.

Utilizando-se os testes acima, verificou-se que a amostra possui uma distribuição homogênea em relação aos grupos quanto ao gênero, idade, anos de estudo e coeficiente intelectual estimado.

Na comparação entre os grupos para os testes Vocabulário, Dígitos, Figura Complexa de Rey, FAS, Cubos, SRT, *Trail Making* e Semelhanças, respostas perseverativas e números de erros (ambos do teste Wisconsin) foi utilizado o teste *t* de *Student*, pois essas variáveis foram consideradas paramétricas pelo teste de Normalidade. Para as demais variáveis, consideradas não paramétricas: erros perseverativos, erros não perseverativos, categorias completas, tentativas e perdas de set (teste Wisconsin) utilizou-se o teste Mann-Whitney para verificar se a distribuição dos escores era igual entre os grupos.

No questionário semiestruturado de avaliação do abuso sexual, utilizou-se como método de análise a estatística descritiva. Foi feito um procedimento descritivo e cálculo das frequências. É apresentada a descritivas das variáveis consideradas mais importantes para a discussão. Utilizou-se também teste Qui-quadrado para verificar relevância estatística das variáveis analisadas em termos de frequência.

Também foi feito um modelo linear generalizado para a variável dependente *Trail Making* parte A. E um modelo de regressão linear para a variável dependente *Trail Making* parte B. Para ambos os modelos foram utilizadas inicialmente as mesmas variáveis independentes: idade, número de episódios, contato com o abusador, alterações comportamentais: raiva/irritabilidade, alterações emocionais: medo, alterações cognitivas: dificuldade de concentração, pais separados e resoluções dos problemas entre o casal parental.

As variáveis mais importantes para cada modelo foram: alteração emocional: medo e alteração cognitiva: dificuldade de concentração para a variável dependente *Trail Making* parte A e alteração emocional: medo para a variável dependente *Trail Making* parte B.

Todas as variáveis foram testadas ao nível de significância $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

Os participantes do grupo de pesquisa tinham idade média em anos 9,88 (DP 1,87), anos de estudo 4,80 (DP 1,80) e coeficiente intelectual estimado na faixa média. Configurou-se enquanto gênero por 72% (N = 18) meninas e 28% (N = 7) meninos.

O grupo controle tinha idade média em anos 9,60 (DP 1,84), anos de estudo 4,72 (DP 1,83). Configurou-se por 60% (N = 15) do gênero feminino e 40% (N = 10) masculino. As variáveis indicam que a amostra apresentou uma homogeneidade, ou seja, não houve diferenças estatisticamente relevante.

Em relação ao QI, o mesmo foi calculado por meio dos subtestes Vocabulário (avaliação conhecimento semântico) e Cubos (avaliação raciocínio para capacidade de análise e síntese espacial), e foi possível verificar que esteve na faixa média, uma vez que as amostras apresentaram desempenho dentro do esperado em ambas as provas (Tabela 1).

Tabela 1. Dados da faixa etária, escolaridade e coeficiente intelectual das populações estudadas

	Grupo	N	Média	SD	*p
Idade	Pesquisa	25	9,88	1,87	0,598
	Controle	25	9,60	1,84	
Anos de estudo	Pesquisa	25	4,80	1,80	0,877
	Controle	25	4,72	1,83	
QI estimado	Pesquisa	25	97	4,76	0,959
	Controle	25	100	6,12	

*Test *t* de Student

Em relação à entrevista de avaliação do abuso sexual, no grupo de pesquisa. A Tabela 2 mostra que 92% da população de criança com histórico de abuso sexual relatam ter passado por múltiplos episódios de abuso sexual. Quanto a como se configuraram as situações de abuso, podemos afirmar que a maior parte relatou que o agressor realizava carícias nos órgãos genitais das crianças e/ou vice-versa. Tiveram apenas três casos onde ocorreu penetração.

Tabela 2. Número de episódios

Resposta	Frequência	%
Único	2	8%
Múltiplos	23	92%
Total	25	100%

Também foi possível identificar a pessoa que com mais frequência a criança revelou o abuso sexual sofrido, foi a mãe, 60% das respostas. Apenas duas crianças que revelaram na escola e as demais para ambos os pais ou outras pessoas da família (32%). O tempo de espera para realização da perícia psicológica e consequentemente da pesquisa foi em cerca de um ano após a denúncia do(s) abuso(s). Há diferenças significantes entre as variáveis ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3. Para quem a criança revelou o abuso sexual

Resposta	Frequência	%
Mães	16	60%*
Pais	2	8%
Escola	2	8%
Outros	5	24%
Total	25	100%

*Qui-quadrado ($p < 0,05$)

Já quanto à identificação do abusador, na Tabela 4, podemos ver que 60% são membros da família, sendo que 24% foi o pai, e ocorreram dois casos onde a mãe aparece como abusadora. Além disso, a figura do padrasto possui uma frequência de 20%, que também pode ser caracterizada como alguém próximo da criança.

Tabela 4. Quem é o abusador

Resposta	Frequência	%
Pai	6	24%
Mãe	2	8%
Tio	5	20%
Avô	2	8%
Padrasto	5	20%
Desconhecido	5	20%
Total	25	100%

Foi possível avaliar medidas de proteção após a denúncia da ocorrência do(s) abuso(s), e 72% disseram que a criança permanece em casa sem o convívio com o abusador ou foi institucionalizada. Sendo que em 20% da amostra, o abusador ainda permanece na casa com a vítima. Há diferenças significantes entre as variáveis analisadas ($p < 0,02$) (Tabela 5).

Tabela 5. Medida de proteção

Resposta	Frequência	%
Abusador permanece na casa	5	20%
Criança mantida em casa sem o abusador	18	72%*
Abrigada	2	8%
Total	25	100%

*Qui-quadrado ($p < 0,02$)

Mas também avaliamos se a criança ainda possuía algum contato com o agressor, e a tabela 8 mostra que 60% da amostra ainda mantêm contato, importante destacar que em alguns casos as crianças e mães relatavam visitas quinzenais do pai, que foi o abusador. E um caso a mãe referiu que não havia se separado do companheiro, padrasto da criança. Há diferenças significantes entre as variáveis ($p < 0,02$) (Tabela 6).

Tabela 6. Se a criança mantém algum contato com o abusador

Resposta	Frequência	%
Sim	15	60%*
Não	10	40%
Total	25	100%

*Qui-quadrado ($p < 0,02$)

Quanto às *consequências do abuso sexual relacionadas com sintomas do quadro de estresse pós-traumático* na avaliação de alterações comportamentais, foi evidenciado, de acordo com a Tabela 7, que 64% da amostra apresentou alteração comportamental de raiva/irritabilidade.

Tabela 7. Alterações comportamentais: raiva/irritabilidade

Resposta	Frequência	%
Sim	16	64%
Não	9	36%
Total	25	100%

Já em relação à presença de alterações fisiológicas, podemos verificar, na Tabela 8, que 60% da amostra indicou dificuldade para dormir, importante dizer que em 10 sujeitos relaram pesadelos, que ocorriam antes da denúncia do abuso e de modo recorrente após a denúncia.

Tabela 8. Alterações fisiológicas: dificuldade para dormir

Resposta	Frequência	%
Sim	15	60%
Não	10	40%
Total	25	100%

Já em relação aos aspectos emocionais, um pouco mais da metade da amostra (52%) apresentou respostas que sentiram medo, principalmente logo após a denúncia. As crianças relataram que “sofriam ameaças” caso revelassem o(s) abuso(s), ou seja, respostas relacionadas com ameaças do abusador contra a vida da mãe (quando o abusado era o pai, tio e padrasto). E que por isso “sentiam medo que pudesse ocorrer novamente”, ou seja, de que essas ameaças fossem concretizadas. Vale ressaltar que um caso, de uma menina, a abusadora foi a mãe e a mesma ora “realizava barganhas, dizia que daria presentes, e ora ameaçava a criança de punições físicas caso contasse para o pai” (Tabela 9).

Tabela 9. Alterações emocionais: medo

Resposta	Frequência	%
Sim	13	52%
Não	12	48%
Total	25	100%

Também identificamos que 60% da amostra revelou dificuldades de concentração. Importante colocar que foram relatadas dificuldades de memória por sete crianças (28%) que indicaram dificuldade de concentração. Cabe a informação de que seis crianças informaram que repetiram de série, após a denúncia do abuso (Tabela 10).

Tabela 10. Alterações cognitivas: dificuldades de concentração

Resposta	Frequência	%
Sim	15	60%
Não	10	40%
Total	25	100%

Assim, de modo geral, quanto à avaliação do abuso sexual nas demandas clínicas relacionadas com sintomatologia do estresse pós-traumático as alterações nos âmbitos cognitivo, emocional, comportamental e fisiológico, que estiveram presentes na amostra com uma frequência significativa foram: medo, dificuldades de concentração, dificuldades para dormir, e raiva/irritabilidade. Vale ressaltar que duas crianças apresentaram sintomas de dores abdominais e perda de peso, e cinco indicaram comportamento hipersexualizado, ganho de peso e tristeza.

Por fim, em relação aos indicadores de risco na caracterização da amostra de crianças com histórico de abuso sexual, identificamos que a resolução de problemas entre o casal parental é configurada como conflituosa em 80% da amostra. As mães das vítimas e as mesmas relatavam constantes brigas, sendo que 10 mães informam que vivenciaram violência física (Tabela 11).

Tabela 11. Resolução conflituosa dos problemas entre o casal parental

Resposta	Frequência	%
Sim	20	80%
Não	5	20%
Total	25	100%

Outro aspecto, observado na Tabela 12, que está relacionado com a Tabela 11 é que 68% da amostra de crianças com histórico de abuso sexual os pais são separados.

Tabela 12. Pais separados

Resposta	Frequência	%
Sim	17	68%
Não	8	32%
Total	25	100%

Outro fator de risco identificado na amostra, conforme é visto na Tabela 13, é que 76% da amostra relatou que algum membro da família fazia uso de modo abusivo de algum tipo de droga. Desta porcentagem, apenas um relatou que o pai fazia uso de cocaína e álcool os demais estavam relacionados com uso de etílico.

Tabela 13. Uso de bebida alcoólica ou outro tipo de droga

Resposta	Frequência	%
Sim	19	76%
Não	6	24%
Total	25	100%

5.2 Resultado das provas cognitivas

A Tabela 14 expressa os resultados dos testes cognitivos. No teste *Trail Making*, de acordo com a análise estatística há diferença significativa entre os grupos estudados, $p = 0,001$, tanto na velocidade do processamento (*Trail Making* parte A) quanto na atenção alternada visual (*Trail Making* parte B). Indicando que crianças vítimas de abuso sexual demonstraram piores resultados quanto à velocidade de processamento e da atenção alternada visual.

Tabela 14. Resultado da avaliação cognitiva por grupo

Instrumentos	Grupo pesquisa N = 25	Grupo Controle N = 25	Mann-whitney e Teste t de student
	M (SD)	M (SD)	
<i>Trail Making</i> parte A	73,48 (31,698)	41,36 (14,80)	$p = 0,001^*$
<i>Trail Making</i> parte B	178,36 (99,476)	74,88 (22,81)	$p = 0,001^*$
Dígitos ordem direta (WISC-III)	6,48 (2,084)	6,92 (2,04)	$p = 0,454$
Dígitos ordem inversa (WISC-III)	3,08 (2,04)	3,64 (1,186)	$p = 0,243$
Dígitos Total (WISC-III)	8,04 (4,02)	9,64 (2,48)	$p = 0,981$
Figura Rey – cópia	27,06 (7,62)	28,88 (4,91)	$p = 0,454$
Figura de Rey – recuperação	13,60 (8,11)	19,64 (5,99)	$p = 0,004^*$
FAS	35,00 (7,85)	40,12 (8,24)	$p = 0,029^*$
Semelhanças (WISC-III)	9,12 (3,88)	9,48 (2,50)	$p = 0,389$
WCST Categorias	2,60 (1,19)	2,52 (0,58)	$p = 0,992$
WCST erros perseverativos	9,44 (4,18)	7,36 (6,56)	$p = 0,487$
WCST erros não perseverativos	5,88 (3,15)	5,12 (2,088)	$p = 0,417$
WCST perdas de set	1,20 (1,00)	0,08 (0,2)	$p = 0,001^*$
<i>Selective Remiding Test</i> (total)	87,84 (20,84)	92,36 (21,19)	$p = 0,451$
<i>Selective Remiding Test</i> (LTR)	75,56 (27,02)	82,56 (27,99)	$p = 0,367$
<i>Selective Remiding Test</i> (STR)	12,48 (6,60)	7,04 (1,98)	$p = 0,001^*$
<i>Selective Remiding Test</i> (LTS)	86,04 (20,63)	82,68 (21,65)	$p = 0,577$
<i>Selective Remiding Test</i> (CLTR)	57,00 (26,09)	64,00 (27,84)	$p = 0,364$
<i>Selective Remiding Test</i> (RLTR)	18,44 (11,81)	12,28 (4,15)	$p = 0,021^*$
<i>Selective Remiding Test</i> (Recuperação)	8,04 (2,33)	9,16 (1,97)	$p = 0,073$
Vocabulário (WISC-III)	10,76 (2,94)	10,60 (2,38)	$p = 0,834$
Cubos (WISC-III)	9,20 (2,61)	9,44 (3,99)	$p = 0,803$

Onde: * $p < 0,05$.

WCST = Wisconsin Carding Test; WISC-III = Escala de Inteligência Wechsler para crianças terceira edição; FAS = Teste de Fluência Verbal - Semântica; LTR = Recuperação de longo prazo; STR = Recuperação de curto prazo; LTS = Estocagem de curto prazo; CLTR = Recuperação consistente de longo prazo; RLTR = Recuperação inconsistente de longo prazo.

Ainda em relação aos aspectos atencionais, na prova Dígitos, não foi observada diferença significativa entre os grupos estudados tanto para Dígitos Total ($p = 0,98$), para o Dígitos ordem direta ($p = 0,454$) e Dígitos ordem inversa ($p = 0,243$).

Quanto à prova Figura Complexa de Rey, na etapa da cópia, que avalia praxia não houve diferença estatística significativa ($p = 0,454$), e a amostra apresentou bom desempenho. Vale ressaltar que nesta etapa também é possível fazer uma avaliação do planejamento e organização da figura, pois foi possível identificar diferença estatisticamente significante na etapa da recuperação $p = 0,004$,

demonstrando que o grupo de crianças com histórico de abuso sexual apresentou menor capacidade de recuperação dos estímulos visuais quando comparado com o grupo controle.

Também foi possível observar resultados adequados em ambos os grupos na prova Cubos, que mediu a capacidade de praxia e visuoconstrução, e raciocínio visuoespacial. O mesmo foi encontrado nos subteste Vocabulário, que avaliou linguagem, conhecimento semântico. Quanto à prova Semelhanças, ambos os grupos apresentaram médias próximas, ou seja, a amostra obteve resultados dentro do esperado para a noção de abstração.

Na avaliação do aspecto de fluência verbal e memória semântica, medidas por meio do teste FAS foi possível identificar diferença estatística ($p = 0,029$) entre os grupos, resultado este que demonstra haver uma alteração nas atividades cognitivas relativas a um dos aspectos caracterizados como função executiva, no grupo de pesquisa.

Por fim, em prova de avaliação do processo de aprendizagem e aspectos de memória verbal, por meio de uma lista de palavras (*Selective Reminding Test*) os resultados encontrados na comparação entre as variáveis dos grupos apontam diferenças significativas quanto à recuperação de curto prazo ($p = 0,001$) e recuperação inconsistente de longo prazo ($p = 0,021$), demonstrando déficits em alguns aspectos do processo de memória no grupo de pesquisa.

Em relação à prova Wisconsin, conforme exposto na Tabela 14, de modo geral, os resultados evidenciam que os sujeitos de ambos os grupos apresentaram resultados satisfatórios e adequados quanto a flexibilidade mental e capacidade para mudança do comportamento de acordo com o *feedback* do meio, pois, não há diferença estatisticamente significativa em relação aos erros perserverativos e categorias formadas. Entretanto, em relação à perda de set o grupo de pesquisa apresentou muitas perdas (72%) quando comparados com o grupo controle (8%), o que caracteriza flutuação atencional (Tabela 15).

Tabela 15. Desempenho cognitivo da amostra quanto a perdas de set no teste Wisconsin

	Grupo	N	%	Total
Perdas de set (0)	Pesquisa	7	28%	30 (60%)
	Controle	23	92%	
Perdas de set (> 0)	Pesquisa	18	72%	20 (40%)
	Controle	2	08%	

Qui-quadrado

5.3 Análise dos modelos referentes ao desempenho do grupo de pesquisa na Prova *Trail Making* e os aspectos clínicos do questionário de avaliação do abuso sexual

5.3.1 Análise do modelo de *Trail Making* parte A

Por meio do método *stepwise (backward)* buscou-se verificar as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão linear, referentes à avaliação do abuso sexual que estavam relacionadas com os resultados da prova *Trail Making* parte A, que foram: dificuldade de concentração e alteração emocional medo. O modelo de regressão linear mostrou ajustar-se bem aos dados, entretanto os parâmetros não apresentaram uma relação linear com a variável dependente *Trail Making* parte A. Com isso, foi utilizado um modelo linear generalizado Gama com função de ligação log para modelar *Trail Making* parte A. Por meio do modelo linear generalizado foram evidenciadas as estimativas dos parâmetros dificuldade de concentração e medo e suas respectivas relevâncias estatísticas ($p = 0,035$ e $0,038$), assim, observa-se que os coeficientes são significativos ao nível de 5%.

A interpretação do modelo é a seguinte:

- I. Quando o sujeito apresentar dificuldade de concentração e medo espera-se que o tempo de execução da prova seja de *53,56 segundos*.
- II. E quando o sujeito apresenta a variável dificuldade de concentração, mas não apresenta a variável medo, espera-se que o tempo de execução da prova seja *53,22 segundos*.

- III. Mas se o sujeito apresenta a variável medo e não apresenta a variável dificuldade de concentração espera-se que o tempo de execução da tarefa seja 53,21 segundos.
- IV. E por fim, se o indivíduo não apresenta ambas as variáveis espera-se que o tempo seja 51,86 segundos.

5.3.2 Análise do modelo de *Trail Making* parte B

Por meio do método stepwise (*backward*) buscou verificar a variável independente que entrou no modelo de regressão linear, referente à avaliação do abuso sexual que estava relacionada com os resultados da prova *Trail Making* parte B, que foi alteração emocional medo. O modelo de regressão linear mostrou ajustar-se bem aos dados, e o parâmetro apresentou uma relação linear com a variável dependente *Trail Making* parte B. Por meio do modelo de regressão foi evidenciada a estimativa do parâmetro alteração emocional medo e sua respectiva relevância estatística ($p = 0,03$), assim, observa-se que o coeficiente é significativo ao nível de 5%.

A interpretação do modelo é a seguinte:

- I. Quando o sujeito apresenta a variável medo espera-se que a execução seja 235 segundos.
- II. E quando o sujeito não apresenta a variável medo espera-se que a execução seja 125 segundos.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo avaliar desempenho cognitivo de crianças vítimas de abuso sexual, com ênfase na função atencional e funções executivas, associados aos aspectos clínicos e fatores de risco e comparar crianças sem histórico de abuso sexual.

Com base na análise dos dados, foram obtidos resultados relevantes tanto para a compreensão da temática abuso sexual e cognição, quanto a possíveis procedimentos avaliativos, seja em contexto clínico quanto forense.

Dessa forma parece pertinente iniciar a discussão retomando os apontamentos do Ministério da Saúde sobre a violência sexual infantil como sendo o segundo maior tipo de violência mais característico nessa faixa etária. Conforme exposto na introdução do presente trabalho, destacando-se as alterações emocionais e cognitivas bem como aspectos clínicos, e fatores de risco para a ocorrência do abuso sexual infantil. Além de propor a viabilidade de um protocolo de avaliação do abuso sexual e desempenho cognitivo utilizados no ambulatório do NUFOR - IPqHCFMUSP.

Assim, inicialmente dar-se-á atenção aos dados epidemiológicos e discutidos os fatores clínicos e de risco. Em seguida serão abordados de modo mais específico os fatores clínicos associados ao desempenho cognitivo e por fim uma discussão mais ampla com relação aos principais achados do estudo no tange os déficits atencionais, bem como outros pontos comparados com evidenciadas já destacadas pela literatura nesta área.

Caracterização da amostra

Com essa breve contextualização, o primeiro aspecto que se destaca em relação aos dados da avaliação do abuso sexual é com relação maior prevalência de vítimas quanto ao gênero, a nossa amostra se constituiu em sua maioria por meninas corroborando dados da literatura (Serafim et al., 2011). Considerando as questões da denúncia também é observado na literatura, que os meninos parecem possuir maiores dificuldades de falar sobre suas vivência abusivas, e isso favoreceria numa possível redução da porcentagem de notificações em relação a sua real frequência (Hohendorff, Habigzang & Koller, 2012).

Os itens do questionário de avaliação do abuso sexual que evidenciaram uma relevância estatística foram os seguintes: número de episódios (múltiplos) quem foi o abusador, medidas de proteção, contato com o abusador, para quem revelou a situação de abuso sexual, que serão discutidas a seguir.

Foi constatado em relação ao abusador, relacionado como sendo *membros da família*, ou seja, destacando uma configuração de abuso sexual intrafamiliar. O contexto de rompimento do segredo pela vítima é um fato considerado bastante complexo. A literatura é consistente em afirmar que, no geral, é o pai ou alguém afetivamente próximo, como por exemplo, o padrasto, o principal perpetrador (Habigzang, Azevedo, Koller, & Machado, 2006; Borges, 2007; Cantelmo, 2010, Serafim et al., 2011).

Contudo, um fator diferencial encontrado no presente estudo, foi que apesar de a maioria possuir uma medida de proteção, ou seja, o agressor ter sido retirado de seu convívio, a maioria das crianças do estudo ainda mantinha algum contato com o abusador, isso está relacionado com o fato dos mesmos terem uma proximidade com a vítima, ou seja, visitas do pai. Isto acabou demonstrando que a medida de proteção muitas vezes é falha, ocorrendo ainda a continuidade de uma relativa convivência com o abusador, dado este que necessitaria de maiores investigações quanto às repercussões emocionais, agravantes ou não. Há um recente estudo de Velho, Cantarelli, Silva e Santos (2012), realizado com meninas que passaram por situação de abuso sexual, que identificaram a importância da existência de casas abrigo, enquanto instituições que as acolhem para separá-las do agressor, como sendo uma das possíveis respostas do Estado ao problema é fundamental, pois, a manutenção da vítima junto ao agressor após a descoberta do fato, torna essa convivência difícil e/ou impossível.

Por outro lado também destacamos a necessidade no que tange ao investimento de maiores serviços que auxiliem no acompanhamento individual e familiar dessas vítimas, para uma melhor avaliação dos riscos e das condições de proteção das crianças. Tal fator, já foi referenciado pela literatura (Habigzang et al., 2006), que apontaram a importância da ação dos órgãos que compõem a rede de apoio social para as vítimas de abuso sexual e suas famílias por meio de medidas de proteção previstas na lei, e considerar que essa intervenção deve minimizar o impacto físico e psicológico na criança que foi abusada.

Neste escopo um recente estudo (Santos, 2011) conclui que diante da revelação do abuso sexual intrafamiliar, mesmo ocorrendo medidas de proteção, pode também trazer para crianças sentimentos negativos, uma vez que a vítima pode experimentar sentimento de medo e culpa a temer as repercussões no sistema familiar. Por isso, enfatizamos a importância do acompanhamento de modo integral, conforme é realizado no Ambulatório do NUFOR, também com os familiares da vítima, para que busquemos garantir a diminuição dos fatores de riscos das crianças vítimas do abuso sexual.

Assim, de modo geral, em relação aos fatores de proteção destacamos que crianças vítimas de abuso sexual continuam em contato com o agressor. De tal modo identificamos a importância de medidas e recursos públicos mais efetivos para o acompanhamento desses fatores, pois tais aspectos podem favorecer maiores prejuízos em curto e longo prazo para a vítima, em todos os âmbitos familiar, psicológico, cognitivo e comportamental e se configurarem como fatores de risco neste sentido.

Outra importante evidência na presente pesquisa é que a maioria das crianças revelou para a figura materna o(s) abuso(s). Um estudo na cidade de Porto Alegre ressaltou que a pessoa a quem a vítima recorreu para falar dos abusos sofridos foi, preferencialmente, a própria (Braun, 2002). No trabalho de Borges (2007), também encontraram que as meninas revelaram a situação abusiva para uma figura afetiva próxima (a minoria revelou primeiramente para a mãe). Deste total um terço não providenciou cuidados protetivos que permitissem o não contato com o abusador, por outro lado apenas uma pequena parcela das vítimas foi encaminhada à rede de proteção por outros familiares, demonstrando o qual complexo é esta situação.

Autores como Lewin & Bergin (2001), citado por Cantelmo (2010) enfatizam a importância do vínculo materno para a recuperação e/ou a diminuição do impacto, ou seja, das consequências do abuso sexual, dependendo da conduta e postura da mãe. Os efeitos da revelação do(s) abuso(s) podem comprometer a mãe em sua capacidade de proteger a criança dando o suporte necessário para sua recuperação e integração da experiência vivida. Dessa forma, podemos entender o apoio materno como fundamental também para garantia de proteção da criança, visto que verificamos a mãe como o primeiro elo da revelação do abuso sexual.

Além disso, no nosso trabalho também foram identificados outros fatores característicos de riscos dessa população, como presença de separação dos pais e de conflitos na resolução de problemas do casal, configurando brigas e conflitos relatados em grande parte do grupo de pesquisa, relacionados com violência física em relação à figura materna. Além disso, os dados também evidenciaram familiares que faziam algum tipo de uso de droga, sendo o uso de álcool o mais encontrado, todos esses aspectos também são evidenciados pela literatura, apontam que na realidade dessas famílias estão presentes a baixa renda, o desemprego, rede social fragmentada e o alcoolismo (Habigzang et al., 2005; Borges, 2007; Cantelmo 2010).

Aspectos clínicos da avaliação do abuso sexual

Outro importante aspecto observado em nossa amostra tem a ver com sintomas descritos em quadros de estresse pós-traumático (TEPT): na ordem emocional (medo), no âmbito cognitivo (concentração), nos aspectos fisiológicos (dificuldade para dormir) e quanto às alterações comportamentais, foi identificada raiva/irritabilidade. Dentre todas estas a resposta emocional medo estava relacionado com descrições de ameaças do abusador contra a criança, e/ou membros familiares. Sendo assim, a literatura revela uma série de repercussões e sequelas físicas e comportamentais observadas nas crianças após o abuso, tais como: tristeza, irritabilidade, agressividade, distúrbios do sono, mudança nos hábitos alimentares (aumento ou diminuição do apetite ou compulsão alimentar), dificuldades escolares, mudança no perfil e no rendimento escolar, temor em relação ao abusador (Saffi et al., 2006). Em relação aos sintomas de irritabilidade este possui um maior percentual entre abusos intrafamiliares (Gava, Silvia & Dell'Aglio, 2013). Também já foram estudados outros aspectos psicodinâmicos ou conteúdos emocionais: como *meio doméstico ameaçador*, *vivência de medo*, identificados na avaliação do abuso sexual na presente pesquisa que podem culminar em prejuízos em suas relações interpessoais (Serafim et al., 2011).

Com a apresentação da caracterização da amostra do estudo bem como a discussão dos *aspectos clínicos da avaliação do abuso sexual*, em seguida abordaremos os principais achados cognitivos diferenciais no presente estudo quanto os objetivos de comparação do desempenho cognitivo entre os grupos e associações de aspectos cognitivos e aspectos clínicos da amostra de crianças vítimas de abuso sexual.

Desempenho cognitivo entre as amostras e associação entre os aspectos cognitivos e clínicos em crianças vítimas de abuso sexual

Destacamos que a utilização de um protocolo mais amplo que os utilizados na realidade brasileira e que permitiu verificar as principais funções cognitivas de maneira global, possibilitando a estruturação de um delineamento que já vem sendo discutido na literatura, que aponta o impacto negativo no desenvolvimento cognitivo em decorrência da exposição a traumas, incluindo o abuso sexual, na primeira infância (Enlow, Egeland, Blood, Wright, & Wright, 2012).

Além disso, propusemos um modelo referencial de protocolo de avaliação de crianças vítimas de abuso sexual, baseado na ideia de que o mais importante para o desenvolvimento psicológico da criança não é o desenvolvimento de funções cognitivas (memória, atenção, pensamento), de modo isolado, mas sim de maneira integrada, e assim verificarmos as influências e relações entre elas. Como será abordado na discussão adiante.

De modo geral, foi possível verificar que o grupo de pesquisa apresentou resultados inferiores quanto aos seguintes aspectos cognitivos: atenção, memória, e algumas das funções executivas estudadas (planejamento e fluência verbal). Tal resultado vem sendo destacado pela literatura que investiga consequências prejudiciais do abuso sexual infantil principalmente em relação aos aspectos cognitivos (Alexander et al., 2005; Bremner, 2006; Borges, 2007; Serafim & Saffi, 2012).

Os principais achados em relação ao desempenho das funções cognitivas estudadas foram:

Atenção e funções executivas

No estudo da atenção por estímulo visual, por meio do instrumento *Trail Making* percebemos que o grupo de estudo apresentou resultados abaixo do esperado em comparação ao grupo controle. Nota-se que quanto maior a complexidade da atividade pior o desempenho. Para este tipo de atenção o indivíduo necessita dos seguintes recursos: processamento das informações e alternar a atenção, bem como aspectos emocionais daí observa-se que a vivência do abuso possivelmente interfere nesta função. Estudos têm referido sobre a atenção em situações de violência, na pesquisa de Borges (2007), também foi utilizado o instrumento *Trail Making*, mas não houve uma significância estatística entre os grupos de caso e controle. Aqui cabe discutirmos pontos importantes: primeiramente os autores referem na discussão do trabalho que isto pode estar relacionado com o tamanho da amostra do estudo e sua heterogeneidade ($n = 12$ meninas que sofreram abuso sexual). Como já foi exposto anteriormente a amostra do presente estudo foi caracterizada como homogênea e também utilizamos uma amostra maior ($n = 25$ crianças que sofreram abuso sexual). Dessa forma, tal caracterização pode ter contribuído para os referentes achados prejudiciais em na atenção visual.

No entanto os autores referem que foi realizada uma breve avaliação neuropsicológica, onde utilizaram outros dois instrumentos teste D2 e o Dígitos - WISCIII. No presente estudo também utilizamos o subteste Dígitos e não encontramos resultados estatisticamente significativos, o que favorece uma ideia de prevalência de dificuldades de crianças vítimas de abusos sexual quanto a atenção para aspectos visuais. E conforme referimos utilizamos um amplo protocolo.

Ainda, em relação ao desempenho na esfera atencional, outro achado de significância estatística foi em relação ao aspecto de *flutuação atencional encontrado no teste Wisconsin*, pois o grupo de crianças com histórico de abuso sexual apresentou resultados estatísticos significativos para quanto ao número de perda de set, que significa o fracasso em manter o contexto, o sujeito estava apresentando respostas corretas, mas comete um erro, ou seja, ocorre uma flutuação atencional.

Com isso, um teste que a princípio que tem por objetivo medir a capacidade de flexibilidade mental, no entanto foi possível identificar flutuação atencional das crianças que sofreram abuso sexual, o que torna um importante instrumento no protocolo de avaliação desta população. Este resultado também produz dados anteriores, no trabalho de Beers e De'Bellis, 2002, onde também foi utilizado o instrumento Wisconsin, e as crianças que passaram por situação de abuso sexual quando comparadas com um grupo controle obtiveram desempenho inferior em tal teste. No entanto tal estudo e nem outras pesquisas apontaram este aspecto da flutuação atencional, importante destacar que os autores referem que o estudo deve ser considerado preliminar, pela falta de comparação com um grupo de crianças que sofreram maus-tratos, mas não desenvolveram TEPT. Também podemos destacar novamente o tamanho da amostra. Aqui importante ressaltarmos que pesquisa (Barrera et al, 2013) em recente, também como uma população de crianças vítimas de abuso sexual, que utilizou tal teste, também não encontrou este achado (flutuação atencional).

Dessa forma, este prejuízo importante de flutuação atencional pode ser considerado como um dado novo encontrado na presente pesquisa. Com esses achados a pesquisa revelou o quanto aspectos emocionais influenciam demandas de ordem cognitiva, no caso a função atencional, isto colabora para o objetivo que pontuamos da importância destes aspectos também estarem presente em protocolos de avaliação de crianças com histórico de abuso sexual. O estudo realizado por Mezzacappa (2001) observou que meninos, com histórico de abuso, apresentam dificuldades nas funções executivas associadas à aprendizagem. O autor refere ainda que tais dificuldades poderiam estar relacionadas como resposta ao sofrimento psicológico, ou seja, questões emocionais, desencadeados pelos maus-tratos. Isso vem ao encontro do aspecto identificado no presente estudo, e ainda de modo mais específico, conforme discutiremos adiante, ou seja, há mudança importante no tempo de execução de uma tarefa atencional correlacionada negativamente quando havia a presença de alteração emocional medo. Por isso, destacamos a importância de aprofundamento dos estudos em relação a maiores comparações e influências entre a esfera cognitiva e emocional em crianças vítimas de abuso sexual.

Agora em relação às associações entre aspectos clínicos com o desempenho cognitivo na amostra de crianças vítima de abuso sexual, agora pensando nas influencias emocionais no desempenho cognitivo encontramos um novo achado também relacionado com a esfera atencional: o significativo aumento no tempo de execução (**110 segundos**) na prova *Trail Making* parte B quando a criança apresenta a alteração emocional medo. Na prova *Trail Making* parte A também na presença de tal alteração emocional ocorreu um aumento na execução, ainda que menor quando comparado com a parte B. Tais achados demonstram o quanto às questões de ordem emocional pode influenciar negativamente nos aspectos cognitivo, no caso em relação à atenção visual alternada. De acordo com a literatura, que implicações clínicas e fatores emocionais podem interferir na produtividade cognitiva (Cunha, 2000). Em uma pesquisa (Paulo, 2008) sobre a análise clínica da avaliação cognitiva de crianças com inibição intelectual, foi constatada na avaliação qualitativa uma oscilação entre os subtestes da escala WISC-III e um desempenho instável indicando a presença de fatores emocionais interferindo nos processos cognitivos.

Com relação ao contexto da violência, que avaliou 34 crianças maltratadas e com sintomas de TEPT ($n = 21$ abuso físico, $n = 20$ negligência e $n = 5$ abuso sexual), consistia em uma que mostrava fotografias de atores com rostos neutros, retratando ameaça, ou expressões felizes ou com raiva por 500 ms cada. Obtiveram resultados de elevados níveis de condutas que caracterizavam evitação de “faces com medo”, quando avaliadas por essa tarefa que os autores caracterizam o envolvimento de atenção visual (Pine, Mogg, Bradley, Montgomery, Monk, McClure, Guyer, Ernst, Charney, & Kaufman, 2005). Dessa forma, indicando uma importante associação entre as demandas clínicas e cognitivas, conseguimos caracterizar como fundamental a presença de avaliação clínica e da avaliação cognitiva em protocolos de avaliação de crianças com histórico de abuso sexual.

Os resultados do estudo de Barrera et al. (2013) também discutem que possíveis dificuldades de controle inibitório e de atenção em crianças vítimas de abuso sexual, pode ajudar a explicar o quadro de Transtorno de estresse pós-traumático associado com a experiência. Importante destacar que em tal pesquisa havia crianças diagnosticadas com o TEPT e crianças que não apresentaram tal diagnóstico.

Assim, acreditamos que além o momento os nossos achados puderam demonstrar o quanto é fundamental a utilização de provas cognitivas, associadas à realização de uma entrevista clínica estruturada que possibilite a avaliação abuso sexual. Além disso, por meio de maiores estudos que incluam testes que possibilitam a avaliação dos aspectos emocionais de vítimas de abuso sexual por meio de escalas estudando comparações entre ambos os aspectos (emocionais e cognitivos) e até mesmo instrumentos que avaliem ambos os aspectos (emocional e cognitivo), como por exemplo, testes que envolvam reconhecimento de faces. Possibilitaram maiores esclarecimentos das associações e consequências entre os aspectos emocional e cognitivo no ASI.

Memória

Quanto à memória, também identificamos prejuízos no grupo de pesquisa quando comparado com o grupo controle, tanto em relação a conteúdos verbais quanto a conteúdos visuais. Retomamos a escolha do teste para avaliarmos a memória verbal, *Selective Reminding Test*, que foi em razão de ser considerado um instrumento que envolve um maior trabalho mental, pois o sujeito necessita sustentar a informação já dita anteriormente para obter um melhor desempenho, e isso demandaria mais da *função atencional*. Quanto aos aspectos verbais identificamos prejuízos nos processos de recuperação de curto prazo e recuperação inconsistentes de longo prazo, e tais processos estão relacionados a *dificuldades de atenção*. Em relação à memória visual, por meio do teste da Figura Complexa de Rey, o grupo de pesquisa também apresentou resultados inferiores na etapa da recuperação da figura. Assim, os achados da presente pesquisa direcionam para a sugestão, da presença de um *déficit atencional primário*, possa estar presente nesta população de crianças vítimas de abuso sexual, e isto influenciaria negativamente em seu desempenho nas demandas de memória.

De modo geral, os resultados reproduzem dados anteriores: abuso sexual também está correlacionado com dificuldades de memória (De'Bellis et al., 2013). Estudos com vítimas de abuso sexual e consequências corroboram tais resultados, uma vez que indicam a presença de prejuízos na memória de curto-prazo, na atenção e

consequentemente na aprendizagem verbal, na construção visual e em funções executivas. Como foi também demonstrado nos estudos de De'Bellis, Hooper, Spratt e Woolley(2009), que verificaram déficits na atenção visual, aprendizagem, memória visual e memória verbal em um estudo sobre os achados neuropsicológicos de vítimas de maus-tratos.

Destacamos, ainda, que o resultado da memória visual está diretamente relacionado às funções executivas identificado no estudo de Beers e De'Bellis, 2002, onde o grupo de crianças que passaram por situação de abuso sexual apresentou resultados inferiores quanto a recuperação da figura (memória visual). Vale ressaltar que os autores não discutem se tal prejuízo se deu por uma falha de planejamento no momento da execução da cópia. Mas sabe-se que este teste recruta do examinando funções executivas, como a organização da informação e da automonitoração, relacionado com o planejamento e a seleção da ação e de objetivos adequados para o controle executivo do comportamento. (Fuentes et al., 2010). O grupo de pesquisa apresentou erros de planejamento cognitivo e organização na etapa da cópia da figura complexa de Rey, e quanto à fluência verbal, verificado na prova FAS, demonstrando prejuízos de aspectos cognitivos referenciados como funções executivas. Além disso, conforme já especificamos, os sujeitos apresentaram prejuízos no rastreamento e/ou processamento das informações e atenção alternada para conteúdos visuais, na prova *Trail Making*. Novamente os achados também favorecem a sugestão que levantamos do *déficit atencional primário*.

Em suma, averiguamos que os prejuízos atencionais são os mais freqüentes em crianças vítimas de abuso sexual, e por isso finalizamos com a identificação de um *déficit atencional primário*, uma vez que esta função influencia nas demais funções cognitivas, ou seja, o sujeito possui dificuldade em dividir a atenção e/ou manter a velocidade de processamento da informação, a possibilidade de reter e recordar o material será menor. E por isso, também ocorriam prejuízos de memória, sendo este o aspecto mais associado com a atenção. Esta questão a nosso ver tem importância crucial nas situações de escutas de crianças vítimas de violências de abuso sexual. Uma vez que o despreparo dos profissionais e locais pouco adequados associados aos possíveis prejuízos atencionais podem incorrer em relatos distorcidos, inclusive de falsas memórias.

Em relação a processo intelectual, questões relacionadas com a linguagem (conhecimento semântico), bem como raciocínio visuoespacial e raciocínio abstrato verbal, ou seja, na capacidade para abstração e funções que envolvem mais demandas de inteligência não observamos diferenças importantes entre as amostras.

A pesquisa se propôs indicar a importância da avaliação das funções cognitivas para o protocolo de avaliação de crianças vítimas de abuso sexual, tendo por hipótese que a referente população, quando comparada com um grupo controle (crianças que não passaram por situação de violência) apresentariam prejuízos nas funções cognitivas avaliadas, principalmente atenção, memória e funções executivas, que são os prejuízos mais identificados pela literatura. Além disso, demonstramos que o quanto os prejuízos na esfera atencional, influenciam nas demais funções. Além disso, também influenciam nos aspectos clínicos como será discutido a seguir.

Ampliando ao contexto da perícia psicológica, e especificamente na forma de avaliação de crianças vítimas de abuso sexual, conforme já destacamos anteriormente, propósito da perícia é investigar o funcionamento mental da criança a fim de compreender os aspectos psicológicos, comportamentais e cognitivos presentes. Em síntese, acreditamos os dados evidenciaram a importância da realização da avaliação dos aspectos clínicos associados aos cognitivos, bem como dos fatores de risco discutidos anteriormente, em protocolos de abuso sexual infantil.

Contextualizando para o âmbito do Direito, pois sabe-se que profissionais do jurídico apresentam dificuldade na realização do ato processual de inquirir a criança sexualmente abusada e em aderir às práticas de entrevistas recomendadas para evitar maior sofrimento à vítima (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Esses autores concluíram que independente da área do profissional que realiza a escuta, há a necessidade de ele ter uma visão psicológica, o que implica em conhecimento teórico e prático na área da saúde mental, além de empatia para lidar com as crianças com histórico de violência, incluindo o abuso sexual.

Delimitamos, assim, essa importante relação entre as duas esferas, emocional e cognitiva, poderá garantir maiores subsídios para o entendimento das repercussões do abuso sexual, e possibilitar desenvolvimento de ações terapêuticas e preventivas em as ambas as direções, favorecendo a profilaxia do desenvolvimento das consequências do abuso (como o desenvolvimento de transtornos mentais, por exemplo, o TEPT e até mesmo os transtornos hipercinéticos, uma vez que o maior prejuízo encontrado nesta população foi de *ordem atencional*).

Acreditamos que o presente estudo atingiu seus objetivos de colaborar com a possibilidade de um protocolo referencial na avaliação de uma população de crianças vítimas de abuso sexual, no âmbito social, psicológico, cognitivo. Acreditamos que tal referencial auxiliará na integração de ações de promoção a saúde da referente população, subsidiando a ampliação de capacitação de profissionais, bem como desenvolvimento de programas e práticas voltadas à prevenção e enfrentamento do abuso sexual infantil e sua redução de danos.

6 CONCLUSÕES

Quanto aos fatores epidemiológicos e clínicos foi possível identificar alta frequência de agressor sexual familiar como sendo conhecido, bem como o fato da criança ainda apresentar contato com o agressor após a denúncia. Tais fatores sugerem um impacto social e a necessidade de um trabalho de envolvimento da família, nas ações e programas de prevenção e principalmente de proteção que sejam mais efetivas.

Em relação ao desempenho cognitivo, destacamos os dados em relação à *esfera atencional*, e de modo mais específico, à atenção alternada, velocidade de processamento da informação e controle mental para estímulos visuais. Por isso, sugerimos a possibilidade de ocorrer um *déficit atencional primário*, que influenciaria negativamente nas demais funções cognitivas, como a memória.

Quanto aos prejuízos na *flutuação atencional*, identificados em teste que a princípio mede flexibilidade mental (Wisconsin), também foram identificados. E uma vez que não há outros trabalhos apontando dificuldades atencionais no teste Wisconsin, tal prejuízo também pode ser considerado outro achado diferencial do estudo.

Outro achado diferenciado no presente estudo foi em relação ao aspecto emocional medo ter influenciado negativamente no tempo de execução consideravelmente na prova *Trail Making* parte B, assim destacamos a importância de testes cognitivos que avaliem o aspecto atencional nos protocolos de crianças com histórico de abuso sexual. Tal achado demonstra o que já é amplamente discutido na literatura, de modo geral, do quanto os fatores emocionais influenciam nas demandas cognitivas. E pudemos identificar de modo específico, em uma população de crianças que sofreram histórico de abuso sexual.

Com esses achados, evidenciamos a importância da avaliação de tal *déficit atencional* para auxílio no acompanhamento de crianças vítimas de abuso sexual.

Delimitamos que os principais instrumentos para o protocolo cognitivo de avaliação de crianças vítimas de abuso sexual são: *Trail Making Test*, Figura Complexa de Rey, Wisconsin, *SRT*, e *FAS*. Caracterizando, assim, provas relacionadas com as seguintes funções cognitivas: atenção, funções executivas, e memória.

Em relação a limitações do estudo ou propostas de novas pesquisas, colocamos que possivelmente por meio de estudos com uma amostra ampliada, podemos maiores esclarecimentos de fatores de epidemiológicos, clínicos e de risco que influenciem negativamente no desempenho cognitivo da população de crianças vítimas de abuso sexual. Assim, avaliação por testes projetivos, e/ou escalas e baterias associadas aos dados de avaliação do abuso sexual poderão ampliar a investigação dessa correlação entre as esferas emocional e cognitiva nesta população, por meio do aprimoramento de estudos longitudinais focados nestas esferas e suas possíveis repercussões.

Concluimos que na possibilidade da sistematização da avaliação dessa população pelo estabelecimento de um protocolo referencial possibilitará maiores evidências de questões clínicas, sociais e cognitivas, subsidiando de modo mais efetivo os encaminhamentos, auxílio de questões judiciais, realização de trabalhos preventivos nas escolas, e no âmbito da saúde mental.

REFERÊNCIAS¹

- Abreu N., & Mattos P. (2010). Memória. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes D., Mattos, P., & Abreu, N. *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Aded, N. L.O., Dalcin, B. L. G. S., Moraes, T.M., & Cavalcanti, M.T. (2006). Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 10 anos da literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(4), 204-213.
- Alexander, K. W., Quas J. A., Goodman G. S., Ghattis, S., Edelstein, R. S., Redlich, A.D. et al. (2005). Traumatic impact predicts long-term memory for documented child sexual abuse. *Psychological Science*, 16(1), 33-40.
- Arboleda-Florez, J., & Wade, T. J. (2001). Childhood and adult victimization as risk factor for major depression. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 357-370.
- Assis, G. S., Oliveira, C. V. R., & Ximenes, F. L. (2009). Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 417-433.
- Barrera, M., Calderón L., Bell, V. (2013). The cognitive impact of sexual abuse and PTSD in children: a neuropsychological study. *J Child Sex Abuse*, 22(6), 625-38.
- Bazon, M. R. (2008). Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), 323-332.
- Beers, R. S., & De Bellis, D. M. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry*, 159, 483-486.
- Borges, J. (2007). *Abuso sexual infantil: consequências cognitivas e emocionais*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- Brasil. *Código Penal*. (2009). Porto Alegre: Saraiva.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde (2011). *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2009 e 2010*. Brasília: MS.
- Braun, S. (2002). *A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo*. Porto Alegre: AGE.
- Bremner, J. D. (2003). Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 12(2), 271-292.

¹ De acordo com o estilo APA - American Psychological Association

- Bremner, J. D. (2006). Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 445-61.
- Bremner, J. D., & Nayan, M. (1998). The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: Implications for childhood development and aging. *Development and Psychopathology*, 10(4), 871-885.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68(5), 748-766.
- 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 & Neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Briscoe-Smith, A. M., & Hinshaw, S. P. (2006). Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: behavioral and social correlates. *Child Abuse & Neglect*, 30(11), 1239-1255.
- Cantelmo, C. A. (2010). *A relação de proteção entre mãe e filha no contexto do abuso sexual*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Cengel-Kültür, E., Cuhadaroglu-Cetin, F., Gökler, B. (2007). Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turk J Pediatr*. 49(3), 256-262.
- Coutinho, G., Abreu, N., & Mattos, P. (2010). Atenção. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes D., Mattos, P. *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, J. A. Escalas Wechsler. (2000). In Cunha, J. A. (Org.). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- De'Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Dev Psychopathol*, 13(3), 539-564.
- De'Bellis, M. D., Hooper, S. R., Spratt, E. G., & Woolley, D. P. (2009). Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(6), 868-878.
- De'Bellis, M. D., Wooley, D. P., & Hopper, S. R. (2013). Neuropsychological findings in pediatric maltreatment: relationship of PTSD, dissociative symptoms, and abuse/neglect indices to neurocognitive outcomes. *Child Maltreat*, 18(3), 171-183.
- Enlow, M. B., Egeland B., Blood, E. A, Wright, R. O., & Wright, R. J. (2012). Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study. *J Epidemiol Community Health*, 66(11), 1005-1010.

- Fuentes, D., D'Alcante, C. C., & Savage, C. (2010). Planejamento Cognitivo da ação através da Figura Complexa de Rey. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes D., & Mattos, P. *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Gabel, M. (1997). *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo, Summus.
- Gava, L. L., Silvia, D. G., Dell'Aglio, D. D. (2013). Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infanto-juvenil. *Psico (PUCRS. Impresso)*, 44, 235-244.
- Goldberg, E. (2006). *O paradoxo da sabedoria*. São Paulo. Melhoramentos.
- Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H., Machado, P. X. (2006). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 379-386.
- 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.
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G., & Cutiss, G. (2005). *Teste Wisconsin de classificação de cartas: manual revisado e ampliado. Adaptação e padronização brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hohendorff, J. V., Silva, R. S., Andrade, R., Habigzangb, L. F., & Kollera, S. H. (2012). Adaptação e avaliação de uma intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de violência sexual. *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(3), 424-433.
- Horner, M. D. & Hamner, M. B. (2002). Neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology Review*, 12, 15-30.
- Irigaray, T. Q., Pacheco, J. B., Grassi-Oliveira, R., Fonseca, R. P., Leite, J. C. C. & Kristensen, C. H. (2013). Child maltreatment and later cognitive functioning: a systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 376-387.
- Lampe, A. (2002). The prevalence of childhood sexual abuse, physical abuse and emotional neglect in Europe. *Psychosom Med Psychotherap*, 48(4), 370-380.
- Lezak M. D. (1995). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford Universities Press.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4a ed.). New York: Oxford University Press.
- Malloy-Diniz, L.F., Jardim de Paula J., Loschiavo-Alvares, F.Q., Fuentes, D., & Leite, W.B. (2010). Exame das funções executivas. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes D., Mattos, P., & Abreu, N. *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.

- Marques, N. M., Foigel, M., & Achá, M. F. F. (2013). Correlatos psicológicos do perfil de crianças abusadas sexualmente. In Serafim, A.P., Saffi, F., & Barros, D.M. *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica sobre violência sexual III*. São Paulo: Vetor.
- Mezzacappa, E., Kindlon, D., Earls, F. (2001). Child abuse and performance task assessments of executive functions in boys. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 42(8), 1041-1048.
- Miranda, M. C., Borges, M., & Rocca, C. C. A. (2010). Avaliação neuropsicológica infantil. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes D., & Mattos, P. *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- Oliveira, M.C., & Marques, N. M. (2015). Transtorno de estresse pós-traumático. In Serafim, A. P., Saffi, F. *Neuropsicologia forense*. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, M. G. M., & Bueno, O. F. A. (1993). Neuropsicologia da memória humana. *Psicologia USP*, 4(1/2), 117-138.
- Oliveira, M. S. (1999). *Figuras Complexas de Rey: teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas* (T. Rey, F. C. L. Franco, trad. e rev. técnica). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, P. A, Scivoletto, S., & Cunha, P. J. (2010). Estudos neuropsicológicos e de neuroimagem associados ao estresse emocional na infância e adolescência. *Rev. Psiquiatr. Clín*, 37(6), 271-279.
- Oliveira, P. A. (2013). *Perfil neuropsicológico e psiquiátrico de adolescentes submetidos a maus tratos*. Tese de Doutorado, Instituto de Psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Ossandón, V. A. (2002). *Guía básica de prevención del abuso sexual infantil, Programa regional de prevención del maltrato infantil*. Valparaíso: ONG Paicabí.
- Paulo, M. S. L. (2008). Análise clínica da avaliação cognitiva de crianças com inibição intelectual. *Psicólogo inFormação*. 12(12), 53-71.
- Pfeiffer, L., & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81(5), 197-204.
- Pine, D. S., Mogg, K., Bradley, B. P., Montgomery, L., Monk, C. S., McClure, E., et al. (2005). Attention bias to threat in maltreated children: Implications for vulnerability to stress-related psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 291-296.
- Polanczyk, G. V., Zavaschi, M. L., Benetti, S., Zenker, R., & Gammerman, G. (2003). Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Rev Saúde Pública*, 37, 8-14.

- Saffi, F., Camargo, M. E. M., & Oliveira, M. C. (2006). Violência sexual: aspectos gerais e relatos de caso. In Serafim, A. P., Barros, M. D., Rigonatti, S. P. *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica II*. São Paulo: Vetor Editora.
- Saffi, F., Marques, N. M., Serafim, A. P. (2015). O contato com o periciando, os procedimentos e os documentos forenses. In Serafim, A. P., Saffi, F. *Neuropsicologia forense*. Porto Alegre: Artmed.
- Sanderson, C. (2008). *Abuso sexual em crianças* (2a ed.). São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.
- Santos, S. S. (2011). *Uma análise do contexto de revelação e notificação do abuso sexual: a percepção de mães e de adolescentes vítimas*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Serafim A. P., & Saffi, F. (2012). Psicopatologia e implicações forenses. In *Psicologia e práticas forenses*. São Paulo: Manole.
- Serafim, A. P., Saffi, F., Achá, M. F. F., & Barros, D. M. (2011). Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista de Psiquiatria Clínica (USP. Impresso)*, 38, 148-152.
- Serafim, A. P., Saffi, F., Rigonatti, S. P., Casoy, I., & Barros, D. M. (2009). Perfil psicológico e comportamental de agressores sexuais de crianças. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36, 101-111.
- Shama, B. R. (2003). Disorders of sexual preference and medicolegal issues thereof. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 24(3), 277-282.
- Shore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(x), 9-30.
- Squire, L. R. (2004). Memory systems of the brain: a brief history and current perspective. *Neurobiol Learn Mem*. 82(3),171-7.
- Sternberg, R. J. (2010). *Psicologia cognitiva* (5a ed.). São Paulo: Cengage Learning.
- Teicher, M. H. (2002). Scars that won't heal: the neurobiology of childabuse. *Sci Am*. 286(3), 68-75.
- Tomkiewicz, S. (1997). *Violências e abusos sexuais em instituições para crianças e adolescentes*. São Paulo: Summus.
- Trindade, J. (2004) *Manual de psicologia jurídica para operadores de direito*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Velho, M. T. A. C., Cantarelli, D. S., Silva, L. C., & Santos, F. G. (2012). Abuso sexual na infância e adolescência femininas: um estudo em um hospital escola. *Saúde (Santa Maria)*. 38(1), 71-82.

- Vigotski, L. S. (2009). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Wechsler, D. (2002). *Escala de Inteligência Wechsler para Crianças - WISC III* (3a ed.) (M. L. V. Figueiredo, adaptação brasileira) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Whiffen, V. E., & Mascintosh, H.B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress - a critical review. *Trauma Violence Abuse*, 6(1), 24-39.
- Woon, F. L., Sood, S., & Hedges, D. W. (2010). Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adults: a meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 34(7), 1181-1188.
- Young, A. (2000). An alternative history of traumatic stress. In Shalev, A. Y., Yehuda, R. & McFarlane, A. C. (Orgs.). *International handbook of human response to trauma* (pp. 51-66). New York: Kluwer/Plenum.
- Zuccolo, P. F., Rzezak, P. & Góis, J. O. (2010). Praxia e visuoconstrução. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes D., Mattos, P., Abreu, N. *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____ SEXO: .M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO: ____/____/_____
 ENDEREÇO _____ Nº _____ APTO: _____
 BAIRRO: _____ CIDADE: _____
 CEP: _____ TELEFONE: DDD (____) _____

2. RESPONSÁVEL LEGAL _____
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____ SEXO: .M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO: ____/____/_____
 ENDEREÇO _____ Nº _____ APTO: _____
 BAIRRO: _____ CIDADE: _____
 CEP: _____ TELEFONE: DDD (____) _____

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. PESQUISA SOBRE O DESEMPENHO COGNITIVO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

2. PESQUISADORES: ANTONIO DE PÁDUA SERAFIM, CRP Nº.06/39832 E NATALI MAIA MARQUES, CRP Nº. 90501/06
 CARGO/FUNÇÃO: PSICÓLOGOS
 UNIDADE DO HCFMUSP: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
 RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☐ RISCO BAIXO X RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

- 1) Este é um convite para que seu filho(a) possa participar de uma pesquisa que pretende investigar e o desempenho de como crianças com histórico de violência percebem, pensam e lembra-se de informações e questões escolares, ou seja, como se desenvolveu o processo de aprendizagem. Mas também este grupo de crianças que não passaram por situação de violência, da Instituição de que seu filho (a) faz parte.

- 2) Assim, será realizada uma série de atividades (conhecidas como testes) para entender como se encontram a atenção, memória, linguagem e pensamento, que deverá levar cerca de duas horas. Além disso, também serão feitas entrevistas, apenas com a criança e o responsável legal.
- 3) Depois disso, serão realizadas as mesmas atividades com um grupo controle, ou seja, com crianças sem histórico de violência.
- 4) Este estudo oferece um risco mínimo para a criança, que é um possível desconforto, caso não goste das atividades propostas. Assim, se ela sentir qualquer desconforto durante as atividades faremos uma pausa e apenas continuaremos quando estiver disposta novamente.
- 5) Os resultados irão auxiliar no entendimento de aspectos relacionados a atenção, memória, conforme citados anteriormente, assim poderemos ter a possibilidade de criar um roteiro com os testes para avaliação destes aspectos em crianças com histórico de violência sexual. Há a necessidade uma comparação com crianças que não possuem tal histórico, para que se possa entender melhor os resultados que serão obtidos.
- 6) Para isso é importante comparar os resultados encontrados com uma tabela padronizada, para termos uma idéia mais clara sobre o desempenho de cada aspecto avaliado, se está dentro do esperado ou não.
- 7) Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, em qualquer momento. O pesquisador principal é o Prof. Dr. Antonio de Pádua Serafim, que pode ser encontrado no endereço Rua Ovídio Pires De Campos No. 785 – CEP: 05403-903 - NUFOR– Ambulatório do Programa de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica , 1º ANDAR Telefone(s) 3069-7929 (Andréa). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CAPPesq) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br
- 8) A criança poderá deixar de participar da pesquisa em qualquer momento. Caso isso aconteça, seu tratamento continuará normalmente.
- 9) É garantido que você não será identificado na pesquisa, ou seja, não serão colocados nomes e outros dados que possam mostrar quem é a pessoa que participou. As informações serão mantidas em sigilo, ou seja, em segredo.
- 10) Você poderá saber os resultados da pesquisa, a qualquer momento do trabalho
- 11) Você não precisará pagar ou gastar nenhuma quantia de dinheiro em qualquer fase da pesquisa, nem mesmo para fazer os testes e participar dos encontros. Você também não receberá pagamento pela participação. Todas as despesas serão pagas pela equipe responsável pela pesquisa.
- 12) Caso você sofra ou acredite ter sofrido algum problema causado pela pesquisa, receberá todos os cuidados médicos ou indenizações necessários em nossa Instituição.
- 13) As informações da pesquisa serão utilizadas para fins científicos.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa sobre o desempenho cognitivo de crianças vítimas de violência sexual.

Eu discuti com o Prof. Dr. Antonio de Pádua Serafim ou com a psicóloga Natali Maia Marques sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, o que será realizado, bem como os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade (sigilo) e de esclarecimentos de dúvidas. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Assinatura do representante legal Data ____/____/____

Assinatura do representante legal Data ____/____/____

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo Controle

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____ **SEXO:** .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO _____ **Nº** _____ **APTO:** _____

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____

CEP: _____ **TELEFONE: DDD (____) _____**

2. RESPONSÁVEL LEGAL _____

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____ **SEXO:** .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO _____ **Nº** _____ **APTO:** _____

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____

CEP: _____ **TELEFONE: DDD (____) _____**

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. PESQUISA SOBRE O DESEMPENHO COGNITIVO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

2. PESQUISADORES: ANTONIO DE PÁDUA SERAFIM, CRP Nº.06/39832 E NATALI MAIA MARQUES, CRP Nº. 90501/06

CARGO/FUNÇÃO: PSICÓLOGOS

UNIDADE DO HCFMUSP: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☐ RISCO BAIXO X RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

- 1) Este é um convite para que seu filho (a) possa participar de uma pesquisa que pretende investigar e o desempenho de como crianças com histórico de violência percebem, pensam e lembra-se de informações e questões escolares, ou seja, como se desenvolveu o processo de aprendizagem. Mas também este grupo de crianças que não passaram por situação de violência, da Instituição da qual seu filho (a) faz parte.

- 2) Assim, será realizada uma série de atividades (conhecidas como testes) para entender como se encontram a atenção, memória, linguagem e pensamento, que deverá levar cerca de duas horas. Além disso, também serão feitas entrevistas, apenas com a criança e o responsável legal.
- 3) Este estudo oferece um risco mínimo para a criança, que é um possível desconforto, caso não goste das atividades propostas. Assim, se ela sentir qualquer desconforto durante as atividades faremos uma pausa e apenas continuaremos quando estiver disposta novamente.
- 4) Os resultados irão auxiliar no entendimento de aspectos relacionados a atenção, memória, conforme citados anteriormente, assim poderemos ter a possibilidade de criar um roteiro com os testes para avaliação destes aspectos em crianças com histórico de violência sexual. Para isso é importante uma comparação com crianças que não possuem tal histórico, possibilitará melhor compreensão dos resultados que serão obtidos.
- 5) Para isso é importante comparar os resultados encontrados com uma tabela padronizada, para termos uma idéia mais clara sobre o desempenho de cada aspecto avaliado, se está dentro do esperado ou não.
- 6) Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, em qualquer momento. O pesquisador principal é o Prof. Dr. Antonio de Pádua Serafim, que pode ser encontrado no endereço Rua Ovídio Pires De Campos No. 785 – CEP: 05403-903 - NUFOR– Ambulatório do Programa de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica , 1º ANDAR Telefone(s) 3069-7929 (Andréa). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CAPPesq) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br
- 7) A criança poderá deixar de participar da pesquisa em qualquer momento. Caso isso aconteça, seu tratamento continuará normalmente.
- 8) É garantido que você não será identificado na pesquisa, ou seja, não serão colocados nomes e outros dados que possam mostrar quem é a pessoa que participou. As informações serão mantidas em sigilo, ou seja, em segredo.
- 9) Você poderá saber os resultados da pesquisa, a qualquer momento do trabalho
- 10) Você não precisará pagar ou gastar nenhuma quantia de dinheiro em qualquer fase da pesquisa, nem mesmo para fazer os testes e participar dos encontros. Você também não receberá pagamento pela participação. Todas as despesas serão pagas pela equipe responsável pela pesquisa.
- 11) Caso você sofra ou acredite ter sofrido algum problema causado pela pesquisa, receberá todos os cuidados médicos ou indenizações necessários em nossa Instituição.
- 12) As informações da pesquisa serão utilizadas para fins científicos.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa sobre o desempenho cognitivo de crianças vítimas violência sexual.

Eu discuti com o Prof. Dr. Antonio de Pádua Serafim ou com a psicóloga Natali Maia Marques sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, o que será realizado, bem como os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade (sigilo) e de esclarecimentos de dúvidas. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Assinatura do representante legal Data ____/____/____

Assinatura do representante legal Data ____/____/____

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

ANEXO C - Termo de Assentimento Informado – Participantes de ambos os grupos
(pesquisa e controle).

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____ SEXO: .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO: ____/____/____

Este formulário de assentimento informado é para crianças entre as idades de 07 a 11 anos que comparecerão ao Instituto de Psiquiatria - HCFMUSP, para serem convidadas a participarem de uma pesquisa sobre o desempenho cognitivo, ou seja, de como é a memória, atenção e processo de aprendizagem, de crianças que passaram por uma ou mais situações de violência.

Meu nome é Natali Maia e o meu trabalho é pesquisar, através de atividades (testes), a memória, atenção e aprendizagem com crianças que passaram por alguma situação de violência. Queremos saber como está sua atenção, memória, e aprendizagem. Eu vou informar você e convidá-lo a participar desta pesquisa. Você pode escolher se quer participar ou não. Discutimos esta pesquisa com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo seu acordo. Se você vai participar na pesquisa, seu responsável também terá que concordar. Mas se você não desejar fazer parte na pesquisa, não é obrigado.

Você pode discutir qualquer coisa destes testes com seu responsável, amigos ou qualquer um com quem você se sentir a vontade de conversar. Você pode decidir se quer participar ou não depois de ter conversado sobre a pesquisa e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente porque você ficou mais interessado ou preocupado. Por favor, peça que pare a qualquer momento e eu explicarei.

Queremos entender melhor como as crianças que passaram por uma situação de violência compreendem o que é aprendido, como é sua memória, e atenção. Para que possamos fazer isto, precisamos utilizar alguns testes e fazer entrevistas, como você e a pessoa responsável que te trouxe para realização da pesquisa.

Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas, em qualquer momento. O pesquisador principal é o Prof. Dr. Antonio de Pádua Serafim, que pode ser encontrado no endereço Rua Ovídio Pires De Campos No. 785 – CEP: 05403-903 - NUFOR– Ambulatório do Programa de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica, 1º ANDAR.

Se você quiser falar com outra pessoa tal como o seu professor ou doutor ou familiar, não tem problema.

Eu discuti com o Prof. Dr. Antonio de Pádua Serafim ou com a Psicóloga Natali Maia Marques sobre a minha decisão em participar nessa pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, e as atividades que irei fazer. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e sei que poderei sair da pesquisa a qualquer momento, antes ou durante a mesmo. Também entendi que o que for realizado e as informações que eu disser ficaram entre os pesquisadores, eu e meu responsável.

Assinatura do representante legal Data ____/____/____

Assinatura do representante legal Data ____/____/____

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

ANEXO D - Questionário de avaliação do abuso sexual

1. Dados de IdentificaçãoNome completo (*iniciais*): _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Escolaridade: _____

Nome da mãe e/ou responsável legal: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Irmão(s): _____ Idade(s): _____

Escolaridade: _____

2. Abuso Sexual

- 1) A criança já sofreu ou sofre abuso sexual? () sim () não
- 2) Se sim, o que ocorreu e quantas vezes? Episódio: () único () múltiplos.
- 3) Qual era a idade da criança/adolescente no momento do 1º abuso? ____ anos.
- 4) Quem é o suposto abusador? Qual a sua relação afetiva com a vítima?
- 5) Você sabe o que acontecia entre a criança/adolescente e o adulto que mexia nela?
- 6) Para quem a criança revelou o abuso pela primeira vez? Como esta pessoa reagiu ao tomar conhecimento deste fato?
- 7) Como foi a reação da família após a revelação?
- 8) A criança já foi avaliada anteriormente? Por quem e onde? Caso sim, quais os resultados da avaliação?
- 9) Medida de proteção:
() a criança foi institucionalizada/abrigo de proteção.
() a criança foi retirada de casa e está com algum familiar.
() o abusador foi retirado de casa.
() a criança permanece em casa com pai/mãe não-abusador.
- 10) Ela ainda mantém algum contato com o abusador? Se não, há quanto tempo?

3. Consequências do Abuso Sexual

Depois de uma criança passar por uma situação de abuso sexual é esperado que ela apresente algumas mudanças na forma de agir, sentir e muitas vezes elas apresentam algumas dificuldades.

- 1) Eu vou ler em voz alta alguns sintomas comuns em crianças vítimas de violência sexual. E gostaria que o senhor (a) pudesse me dizer se observou a presença deles no comportamento da _____ (nome da criança).

SINTOMAS	SIM	NÃO
Alterações Comportamentais		
Agressividade		
Irritabilidade/Raiva		
Furtos e/ou uso de drogas		
Jogos repetitivos abordando o trauma		
Comportamento hipersexualizado		
Interesse reduzido por atividades habituais: escolar / lazer / brinquedos		
Isolamento		
Alterações fisiológicas		
Dificuldades para dormir		
Enurese		
Ecoprese		
Dores abdominais		
Batimentos cardíacos acelerados		
Perda de peso		
Ganho de peso		
Sudorese		
Tremores		
DSTs / AIDS		
Alterações emocionais		
Tristeza		
Choro freqüente		
Tentativas de suicídio		
Medo		
Confusão de identidade		
Embotamento afetivo		
Alterações cognitivas		
Dificuldade de concentração		
Dificuldades de memória		
Outras dificuldades (quais)		

* Especificar a duração e intensidade, desses sintomas.

4. Indicadores de risco

- 1) Na família materna há outras situações de abuso? Se sim, quem era a vítima e quem era o abusador?
- 2) Na família paterna há outras situações de abuso? Se sim, quem era a vítima e quem era o abusador?
- 3) Alguma outra criança da família nuclear também foi violentada sexualmente? Se sim, quem era a vítima e quem era o abusador?

- 4) Como está o relacionamento com o casal?
- 5) Quando há problemas entre o casal, como costuma, resolvê-los?
- 6) Como os pais educam os filhos nessa família?
- 7) Nesta família, alguém faz uso de bebida ou outro tipo de droga?
- 8) Nesta família, algum adulto já fez algum tipo de tratamento a longo prazo?
- 9) Nesta família alguém já precisou ser internado?
- 10) Pais separados: (1) sim (2) não. Se sim, com quem a criança ficou após a separação?
- 11) Há histórico de desemprego por algum membro da família. Se sim, quem? Por quanto tempo e em qual momento?

ANEXO E - Aprovação do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq)

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPPesq

Resolução 04/08/11, de 8/11/11
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Nº Protocolo: 0047/11

Título: DESEMPENHO NEUROPSICOLÓGICO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Pesquisador Responsável: Antonio de Pádua Serafim

Pesquisador Executante: Natali Maia Marques

Finalidade Acadêmica: Mestrado

Departamento: PSIQUIATRIA

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **APROVOU / TOMOU CIÊNCIA** na sessão datada de 27/07/2011 o protocolo acima.

A CAPPesq em obediência à Resolução CNS 196/96, solicita ao pesquisador (a) s elaboração de relatório parcial e final.

No caso de relatório parcial é necessário informar o tempo previsto para a conclusão do protocolo e breve resumo dos resultados obtidos.

CAPPesq, 29 de Julho de 2011

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq