

FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado

**Crianças Vítimas de Abuso Sexual Intrafamiliar e suas Respectivas Mães:
Autopercepção, Relações Interpessoais e Representação de Objeto**

Virginia Graciela Wassermann

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Blanca Susana Guevara Werlang

Porto Alegre, fevereiro 2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR E SUAS
RESPECTIVAS MÃES: AUTOPERCEPÇÃO, RELAÇÕES INTERPESSOAIS E
REPRESENTAÇÃO DE OBJETO**

Dissertação de Mestrado

Virginia Graciela Wassermann

Prof^a. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang
Orientadora

Porto Alegre, fevereiro de 2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR E SUAS
RESPECTIVAS MÃES: AUTOPERCEPÇÃO, RELAÇÕES INTERPESSOAIS E
REPRESENTAÇÃO DE OBJETO**

VIRGINIA GRACIELA WASSERMANN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof^ª. Dr^ª. Blanca Susana Guevara Werlang
Orientadora

Porto Alegre, fevereiro de 2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

W322c Wassermann, Virginia Graciela
Crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar e suas respectivas
mães : autopercepção, relações interpessoais e representação de
objeto / Virginia Graciela Wassermann. – Porto Alegre, 2011.
113 f.

Diss. (Mestrado em Psicologia) – Fac. de Psicologia, PUCRS.
Orientação: Profª. Drª. Blanca Susana Guevara Werlang.

1. Psicologia Clínica. 2. Psicologia Infantil.
3. Violência Sexual – Crianças. 4. Rorschach, Teste de. 5. Relações
Interpessoais. 6. Relações Intrafamiliares. I. Werlang, Blanca Susana
Guevara. III. Título.

CDD 155.4

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Pinent
CRB 10/1297

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

VIRGINIA GRACIELA WASSERMANN

**CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR E SUAS
RESPECTIVAS MÃES: AUTOPERCEPÇÃO, RELAÇÕES INTERPESSOAIS E
REPRESENTAÇÃO DE OBJETO**

COMISSÃO EXAMINADORA

**Prof^a. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
Presidente**

**Prof^a. Dr^a. Adriana Jung Serafini
Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)**

**Prof^a. Dr^a. Denise Falcke
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)**

Porto Alegre, fevereiro de 2011

“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 (OMS, 2003)

*Dedico esta conquista aos
Meus pais, Irmãos e ao Augusto.
Amo todos vocês e cada um de vocês.*

AGRADECIMENTOS

Os passos para esta conquista iniciaram ao longe e não poderiam ser trilhados sozinhos. Aproveito este ensejo para agradecer a todos que acompanharam, auxiliaram e iluminaram meu andar:

À minha orientadora, Blanca S. Guevara Werlang, por ter apostado em mim e no meu projeto, por me conduzir pelos caminhos da pesquisa de forma tão ética e sincera e por me mostrar como se pesquisa temas difíceis e dolorosos com afeto e dedicação.

Aos locais de coleta da minha pesquisa:

Serviço de Proteção à Criança – Posto do IAPI, que permitiu e apoiou a realização desta pesquisa; Agradecimento mais que especial a Dr. Joelza Mesquita Andrade Pires. Seu coração e sua vida são dedicados às crianças vítimas. Pessoa exemplar acima de tudo.

Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil/CRAI (diretamente) e Ambulatório de Violência (indiretamente) - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, que apoiaram e auxiliaram na realização desta pesquisa; especialmente as Psicólogas Jeane Padilha, Sandra Correa da Silva, Maria Eliete e Eliane Soares. Obrigada pela acolhida a este estudo.

Escolas Estaduais Rio de Janeiro e Mané Garrincha, representadas pelos diretores Anelise Lorenzoni e Sérgio Aguiar, por terem aberto as portas de suas escolas para o desenvolvimento de saberes.

À minha Grande Família de origem, por me ensinar a importância das relações, dos afetos, do respeito ao próximo, do trabalho e da vida. Em especial à minha mãe, Teresa, exemplo de pessoa, cerne do afeto; ao meu pai, Guillermo, cientista exemplar, dono de grandes inquietudes sobre um mundo (interno e externo) a descobrir; e aos meus irmãos (todos os cinco!) meus eternos cuidadores.

Ao Augusto, por fazer minha vida ainda mais feliz, por toda a nossa história que ainda será escrita, por ser meu modelo de dedicação e minha fortaleza. Anjo meu, obrigada por todo o apoio, incentivo e muito carinho.

Às amigas-irmãs: Adriana Miele, Lilian Lapchik, Nicole Scherer, Camila Costa e Cristina Aragonéz, a outra família que eu escolhi. Obrigada pela paciência e compreensão em minhas intermináveis ausências na dedicação deste estudo.

À Maria Vanda Olczwski Garcia, por ter acreditado em mim nos momentos que eu não acreditava, sem seu apoio não seria possível. Você está presente em todas as minhas conquistas.

À minha colega de mestrado Andréia Mello de Almeida Schneider: Amiga, Guerreira e Companheira desta intensa jornada. Obrigada pelo imprescindível apoio!

À minha outra colega de mestrado Maria Luiza Leal Pacheco: pela descontração nos momentos certos e pela parceria neste tema tão doloroso. Mesmo longe estavas perto.

À Professora Samantha Dubugras Sá por me escolher como monitora de disciplina (onde tudo começou...), por me apresentar ao grupo de pesquisa e pelo grande incentivo e torcida na minha entrada no mestrado.

À Professora Seille Cristine Garcia dos Santos pelos inúmeros e valiosos ensinamentos. Principalmente, por ter me contagiado com sua dedicação incondicional ao Método de Rorschach e com sua excelência no estudo.

Às bolsistas de iniciação científica, Laura Potrich, Katherine Flach e Francine Bossardi pela ajuda na preparação do material e administração de alguns instrumentos;

Aos meus colegas do Grupo de Pesquisa “Avaliação e Intervenção do Funcionamento Psicológico Adaptado e Não Adaptado” pelo estímulo constante no percurso acadêmico.

Ao DOMUS e sua equipe, em especial a Psic. Helena Centeno Hintz, que colaboraram com meu crescimento profissional, ampliaram meu interesse pelo estudo da família e me ensinaram sobre a teoria e a prática clínica com toda a dedicação possível.

À Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUC-RS, na pessoa do Coordenador Dr. Christian Haag Kristensen pela excelência no ensino.

À CAPES pelo auxílio financeiro, possibilitando a execução deste trabalho.

Aos funcionários do Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, pela disponibilidade.

E, **ESPECIALMENTE**, às mães e às crianças entrevistadas, 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.

Nunca esquecendo nosso dever como cidadãos de fazer valer os Direitos de Todos os Humanos.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR E SUAS RESPECTIVAS MÃES: AUTOPERCEPÇÃO, RELAÇÕES INTERPESSOAIS E REPRESENTAÇÃO DE OBJETO

No Brasil, assim como no mundo, a violência que vitima a criança é considerada um grave problema de saúde pública. Dentre as formas de expressão hediondas da violência, insurge o abuso sexual contra o menor praticado no âmbito familiar. As repercussões desta violência perpassam os papéis de agressor-vítima, alastrando-se por toda a estrutura familiar. Este tipo de violência gera na criança problemas sociais, psicológicos e cognitivos por toda a sua vida. O objetivo geral deste estudo é compreender e identificar a qualidade da autopercepção, das relações interpessoais e da representação de objeto nas crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar, assim como, nas suas respectivas mães. Para isso, foram elaboradas duas seções de estudo: uma teórica e uma empírica. A seção teórica refere-se a uma revisão que objetiva discutir a relevância e a importância do papel das relações interpessoais e das relações de objeto no desenvolvimento do indivíduo por meio do diálogo entre diferentes aportes teóricos: como a dinâmica do apego, o desenvolvimento cognitivo e a abordagem das relações objetais. Na seção empírica, é retratado um estudo quantitativo de tipo transversal, que enfoca a investigação das respostas ao Rorschach das crianças vítimas de abuso e de suas mães, bem como de crianças não vítimas e de suas progenitoras, procurando conhecer aspectos sobre autoestima, relacionamento interpessoal e representação de objeto dos sujeitos. A amostra, localizada por conveniência, contou com a participação de 48 sujeitos, divididos em dois grupos. O primeiro (G1) é constituído por 12 crianças, com idades entre 6 a 11 anos, vítimas de abuso sexual intrafamiliar e suas respectivas mães (12). O segundo (G2) é constituído por crianças sem vivência de abuso sexual, (com idade e gênero equivalente ao grupo G1) da população geral e suas respectivas mães (12). Para o levantamento de dados, foram utilizados a Ficha de Dados Sociodemográficos, o Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência, o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial e o Método de Rorschach (Sistema Compreensivo-SC). Os resultados mostram que as crianças e as mães dos grupos G1 e G2, quando comparadas com os dados normativos do SC, apresentam, de maneira geral, baixas autoimagem e autoestima e noção distorcida de identidade. Por sua vez, para estas mesmas categorias, as crianças e as mães do grupo G1 apresentaram resultados mais baixos do que as crianças e as mães do G2. Por outro lado, as crianças do grupo G1 apresentam, quando comparadas com as crianças do G2, prejuízo nas relações interpessoais, com negativas relações objetais. Analisando estas mesmas variáveis com as mães que compõem o grupo G1 e G2 observa-se que as respostas não diferem do grupo normativo, contudo para estas variáveis e para a maioria das outras investigadas neste estudo, o grupo G2 apresenta resultados mais positivos.

Palavras-chave: Abuso sexual infantil intrafamiliar; Método de Rorschach; Mães e filhos; Autopercepção; Relações Interpessoais e Representação de Objeto

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 (Psicologia)

Subárea conforme classificação CNPq: 7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica). 7.07.01.00-8 (Fundamentos e Medidas da Psicologia).

ABSTRACT

Children victims of intrafamilial sexual abuse and their respective mothers: self-perception, interpersonal relations and object representation

In Brazil, as in the world, the violence that victimizes the child is considered a serious public health problem. Among the forms of hideous expression of violence, sexual abuse comes out against the child practiced in the core of the family. The repercussions of this violence pervade the roles of aggressor-victim, spreading throughout the whole family structure. This type of violence generates in the child social, psychological and cognitive problems throughout his/her whole life. The aim of this study is to understand and identify the quality of self-perception, interpersonal relations and object representation in children who are victims of sexual abuse, as well as in their mothers. For this, two study sections were elaborated: a theoretical and an empirical. The theoretical section refers to a review which aimed to explain the object representation and interpersonal relations of individuals through dialogue between different theoretical contributions such as the dynamic of attachment, cognitive development and object relations approach. In the empirical section, it is retraced a cross-sectional study of quantitative research that focuses the investigation of the responses to the Rorschach test of victim children and their mothers as well as non-victimized children and their mothers trying to understand aspects about self-esteem, interpersonal relations and object representation of the subjects. The sample, located for convenience, had the participation of 48 subjects, divided into two groups. The first (G1) consists of 12 children, aged 6 to 11, victims of intrafamilial sexual abuse and their respective mothers (12). The second (G2) consists of children with no experience of sexual abuse (with age and gender equivalent to G1) of the general population and their respective mothers (12). To that end, it was used a socio-demographic data sheet, the Behavior Inventory for Children and Adolescents, the Colored Progressive Matrices Test Raven – Special Scale and the Rorschach Method (Comprehensive System – CS). The results show that children and mothers of G1 and G2 when compared with normative data on the CS present, in general, low self-image and self-esteem and distorted notion of identity. In turn, for these same categories, children and mothers of G1 had lower scores than children and mothers of G2. Moreover, children of G1 present, when compared with children of G2, impaired interpersonal relations with negative object relations. Analyzing these same variables with the mothers who form G1 and G2 groups, it is observed that the responses do not differ from the normative group, yet for these variables and practically for all others investigated in this study, the group G2 presents more positive results.

Keywords: Intrafamilial Child Sexual Abuse, Rorschach Method, Mothers and Children, Self-perception, Interpersonal Relations, Object Representation.

Area classification as CNPq: 7.07.00.00-1 (Psychology)

Subarea as ranked CNPq: 7.07.10.00-7 (Psychological Treatment and Prevention).
7.07.01.00-8 (Fundamentals of Psychology and Measurements)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	12
LISTA DE QUADROS	14
LISTA DE SIGLAS	15
INTRODUÇÃO GERAL	17
SEÇÃO I - <i>Representação de Objeto e Relações Interpessoais: possíveis correlações e teceduras teóricas.</i>	34
Introdução.....	34
Aporte Teórico a respeito da Teoria do Apego: John Bowlby.....	36
Aporte Teórico sobre a Concepção de Sujeito: Jean Piaget.....	38
Aporte Teórico a respeito das Relações Objetais: Modelo Estrutural-Relacional.....	41
A Prática da Tecedura: Sidney Blatt.....	44
Considerações Finais.....	47
SEÇÃO II - <i>Crianças Vítimas de Abuso Sexual Intrafamiliar e suas Respectivas Mães: Autopercepção, relações interpessoais e representação de objeto.</i>	52
Método.....	55
Resultados.....	63
Discussão.....	80
Considerações Finais.....	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	99
ANEXOS	103
ANEXO A: Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.....	104
ANEXO B: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV.....	106
ANEXO C: Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos.....	108
ANEXO D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (G1).....	111
ANEXO E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (G2).....	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição em termos de frequência e porcentagens das crianças que compõe os grupos G1 e G2 conforme gênero e idade (n= 24).	63
Tabela 2.	Distribuição em termos de frequência e porcentagens de algumas variáveis escolares das crianças que compõe os grupos G1 e G2 (n= 24).	64
Tabela 3.	Distribuição em termos de frequência e porcentagens de algumas variáveis de saúde das crianças que compõe os grupos G1 e G2 (n= 24).	65
Tabela 4.	Distribuição em termos de frequência e porcentagens da renda familiar e da procedência da renda nas famílias das crianças dos grupos G1 e G2 (n= 24).	65
Tabela 5.	Distribuição em termos de frequência e porcentagens da classe econômica nas famílias das crianças dos grupos G1 e G2 (n= 24).	66
Tabela 6.	Distribuição em termos de frequência e porcentagem das pessoas com quem as crianças dos grupos G1 e G2 coabitam (n=24).	66
Tabela 7.	Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes do G1 e G2 conforme o desempenho intelectual avaliado pelo RAVEN (n= 24).	67
Tabela 8.	Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos diagnósticos das crianças obtidos através do CBCL no G1 (n = 12).	68
Tabela 9.	Distribuição em termos de frequência e porcentagens de algumas variáveis sóciodemográficas das mães que compõe os grupos G1 e G2 (n= 24)	68
Tabela 10.	Distribuição em termos de frequência e porcentagens de algumas características de saúde e rede de apoio das mães dos grupos G1 e G2 (n= 24)	69
Tabela 11.	Distribuição em termos de frequência e porcentagens de algumas características presentes na família de origem das mães dos grupos G1 e G2 (n= 24)	69
Tabela 12.	Distribuição em termos tipos de violência sofrida, agressor e tempo de duração das mães do grupo G1 (n= 12)	70
Tabela 13.	Distribuição em termos de frequência e porcentagens de algumas características dos perpetradores de abuso sexual no grupo G1 (n = 12)	71
Tabela 14.	Distribuição em termos de frequência das características do abuso sexual	72

	sofrido pelas crianças do grupo G1 (n = 12)	
Tabela 15.	Coeficientes Kappa das nove categorias gerais do Método de Rorschach	73
Tabela 16.	Estatística descritiva das variáveis de Autopercepção do Método de Rorschach nas crianças dos grupos G1 e G2 (n = 24)	73
Tabela 17.	Estatística descritiva de indicadores das variáveis de Autopercepção do Método de Rorschach em Nascimento (2010) e nas mães dos grupos G1 e G2 (n = 24).	74
Tabela 18.	Estatística descritiva das variáveis de Relações Interpessoais do Método de Rorschach nas crianças dos grupos G1 e G2 (n = 24)	75
Tabela 19.	Estatística descritiva das variáveis de Relações Interpessoais do Método de Rorschach nas mães dos grupos G1 e G2 (n = 24)	76
Tabela 20.	Distribuição em termos de frequência e porcentagens dos Índices CDI e HVI das crianças dos grupos G1 e G2 (n = 24)	77
Tabela 21.	Distribuição em termos de frequência e porcentagens dos Índices CDI e HVI das mães dos grupos G1 e G2 (n = 24)	78
Tabela 22.	Distribuição em termos de frequência e porcentagens das variáveis de Representação Humana GHR:PHR das crianças dos grupos G1 e G2 (n = 24)	78
Tabela 23.	Distribuição em termos de frequência e porcentagens das variáveis de Representação Humana GHR:PHR das mães dos grupos G1 e G2 (n = 24)	78
Tabela 24.	Estatística descritiva das variáveis de Representação Humana GHR e PHR das mães dos grupos G1 com história de violência sexual e das mães sem essa vivência (n = 12)	79
Tabela 25.	Estatística descritiva das variáveis <i>R</i> e <i>Lambda</i> do Método de Rorschach em estudo, comparados entre mães e crianças (n = 48) dos grupos G1 e G2, e os Índices brasileiros de adultos e de crianças.	79
Tabela 26.	Comparação da variável <i>Estilo EB</i> das crianças dos grupos G1 (n = 12) e G2 (n = 12).	80
Tabela 27.	Comparação da variável <i>Estilo EB</i> das mães dos grupos G1 (n=12), G2 (n=12) e em Nascimento (2010)	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Apresentação esquemática das variáveis do Sistema Compreensivo selecionadas para o estudo atual.	60
------------------	--	----

LISTA DE SIGLAS

(2)	Respostas de pares
<i>a</i>	Respostas de movimento ativo
<i>AG</i>	Respostas de agressividade
<i>An</i>	Respostas de conteúdo anatomia
<i>CDI</i>	Índice de Déficit Relacional
<i>COP</i>	Respostas de cooperação
<i>CRAI</i>	Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil
<i>DP</i>	Desvio Padrão
<i>EA</i>	Experiência Efetiva
<i>Ego</i>	Índice de Egocentrismo
<i>Estilo EB</i>	Tipo de Vivência
<i>FD</i>	Respostas de forma dimensão
<i>Fd</i>	Respostas de conteúdo alimento
<i>FM</i>	Respostas de movimento animal
<i>Fr</i>	Respostas de forma-reflexo
<i>(Fr + rF)</i>	Respostas de reflexo
<i>GHR</i>	<i>Good Human Representation</i>
<i>H</i>	Respostas de figura humana inteira
<i>(H)</i>	Respostas de figura para-humana inteira
<i>Hd</i>	Respostas de detalhe humano
<i>(Hd)</i>	Respostas de detalhe para-humano
<i>HMIPV</i>	Hospital Materno infantil Presidente Vargas
<i>HVI</i>	Índice de Hipervigilância
<i>Hx</i>	Respostas de Experiência Humana
<i>H:Hd+(H)+(Hd)</i>	Variável de Interesse Interpessoal
<i>IP-USP</i>	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
<i>Isolete/R</i>	Índice de Isolamento
<i>L</i>	<i>Lambda</i>
<i>M</i>	Respostas de movimento humano
<i>MOR</i>	Conteúdo mórbido
<i>OMS</i>	Organização Mundial da Saúde
<i>ONU</i>	Organização das Nações Unidas

OPS	Organização Panamericana da Saúde
<i>p</i>	Respostas de movimento passivo
PER	Respostas personalizadas
PHR	<i>Poor Human Representation</i>
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
R	Número de respostas de um protocolo
<i>rF</i>	Respostas de reflexo-forma
RIAP	<i>Rorschach interpretative assistance program</i>
SAPP	Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>SumH</i>	Somatório das respostas de conteúdo humano
<i>SumV</i>	Somatório das respostas de conteúdo de vista
<i>SumT</i>	Somatório de respostas de Textura
T	Respostas de Textura
V	Respostas de vista
Xy	Respostas de conteúdo Raio-X

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa que finda o Mestrado, intitulada '*Crianças Vítimas de Abuso Sexual Intrafamiliar e suas Respectivas Mães: Autopercepção, Relações Interpessoais e Representação de Objeto*', foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Esta Dissertação está inserida no grupo de pesquisa "Avaliação e Intervenção do Funcionamento Psicológico Adaptado e Não Adaptado", coordenado pela Prof.^a Dr.^a Blanca Susana Guevara Werlang. Este grupo de pesquisa trabalha em dois projetos guarda-chuva: "Desenvolvimento e Adaptação de Instrumentos e Estratégias de Avaliação e Intervenção Clínica" e "Manifestações Psicológicas Decorrentes de Violência Auto infligida, Interpessoal, Coletiva e de Eventos Catastróficos" sendo este último o projeto em que esta dissertação se insere.

A definição de violência, segundo a Organização Panamericana da Saúde - OPS, se caracteriza como uso intencional da força física (como a agressão) ou do poder (por exemplo, a intimidação), contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade. Violenta, assim, a integridade física, psicológica ou social de outrem. Esta violência pode causar lesões, danos psicológicos, transtornos do desenvolvimento, negligência ou até a morte (Guerrero, 1994; Simões, 2002; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano 2003).

A Organização Mundial de Saúde - OMS a mais de quinze anos considera a violência uma questão de saúde pública de grande magnitude e transcendência, já que vem provocando forte impacto na morbimortalidade das populações. A cada ano, mais de dois milhões de pessoas em todo o mundo morrem como resultados diretos ou indiretos dos danos causados pela violência. Muitos sobrevivem aos ferimentos, mas permanecem incapacitados. Além de ferimentos e mortes, a violência pode causar uma extensa variedade de outros problemas, entre eles, danos para a saúde mental, propagação das doenças sexualmente transmissíveis, gestações indesejadas, problemas de comportamento, distúrbios do sono, da alimentação entre outros (OMS 1995; Mello, 2002; Sávio & Smalet, 2006).

Na área da saúde pública no Brasil, a violência tem sido objeto de atenção especial apenas nas últimas décadas, quando passou a ser vista como um problema social, "havendo atualmente forte demanda pela intervenção naqueles casos considerados moralmente reprováveis" (Ferreira & Schramm, 2000, p.660). Os números elevados e crescentes em que a violência se manifesta, demonstram indicadores de saúde absolutamente negativos e

alarmantes para a sua população. As taxas de mortalidade por homicídio no país, entre 1997 e 2007, indicam que mais de meio milhão de vítimas, exatas 512,2 mil pessoas morreram. Destas, mais de 196 mil vítimas são crianças e adolescentes de 0 a 19 anos. Por suas elevadas taxas, comumente o Brasil ocupa a quinta posição quando comparado a outros 91 países estudados. As principais vítimas da violência homicida no Brasil são os jovens, e as desigualdades sociais e culturais suas origens centrais. Esta pesquisa intitulada “Mapa da Violência” no Brasil, também divulga que as crianças, na faixa do zero aos 11 anos, apresentam taxas de homicídio sem grandes variações no período empreendido entre 1997 até 2007. Seus números não são baixos, apenas menores em relação a outras faixas etárias (Waiselfisz, 2010).

Apesar dos dados de homicídios, a existência de pouca variabilidade destes índices sobre os atos extremados de violência contra o menor pode ser mais bem compreendida considerando as ações de proteção criadas neste meio século. A partir da década de 60, quando os Direitos Humanos e os Direitos da Criança e do Adolescente tomaram a atenção do mundo, claramente pode-se acompanhar o crescente interesse e preocupação em relação à violência contra o infante, suas variadas formas de expressão, estratégias de intervenção e possíveis prevenções. No entanto, apesar de ser “um fenômeno muito estudado, é ainda pouco conhecido” (Ferreira, Gonçalves, Ventura Marques & Souza Moraes, 1999, p.45). Possivelmente a multicausalidade de fatores originários poderia esclarecer a dificuldade em explicar tema tão complexo (Ferreira, et al. 1999). Conforme Belsky (1993), “a violência é resultado de fatores vinculados ao agressor e a criança individualmente, a família, a comunidade, a sociedade e a sua cultura” (p.423).

As especificações sobre as tipologias da violência infantil corroboram ao referir que (1) a negligência ocorre quando as necessidades básicas da criança (no aspecto físico, emocional e social) não são atendidas, momentânea ou permanentemente, por nenhum adulto pertencente do ambiente de convívio da criança. A forma mais extrema de negligência é caracterizada pelo abandono. (2) Abuso físico é a utilização da força de forma intencional por parte dos pais ou cuidadores que provoque dano físico ou doenças na criança. A objetivação deste ato é ferir, lesar ou destruir o menor, nem sempre deixando marcas evidentes no corpo e, muitas vezes, provocando a morte. O Abuso sexual (3) especifica o contato ou interação entre um menor e um adulto na qual a criança é utilizada para a obtenção de estimulação sexual por parte do adulto. (4) Enquanto que a violência psicológica volta-se a toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança para atender as

necessidades psíquicas do adulto (Mello & Souza, 2006; López-Zafra & Martos, 2006; Ministério da Saúde, 2002b).

As tipologias de violência apresentadas manifestam-se de diversas formas e em vários graus de severidade. Estas formas de violência “não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma sequência crescente de episódios, do qual o homicídio é a manifestação mais extrema” (MS, 2002b p.48). As diversificações da violência são cometidas contra a criança muitas vezes dentro do próprio lar (Ministério da Saúde, 2002b, 2008).

Buscando vislumbrar a dimensão desta situação, pode-se observar a pesquisa realizada pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP) a respeito da incidência e das configurações do fenômeno da violência intrafamiliar contra criança e adolescente, no período de 1996 a 2007. Nesse estudo foi identificado um total de 159.754 casos, com porcentagens de 41,1% para casos de negligência; 31,0% para violência física; 16,6% para violência psicológica; 10,9% para violência sexual e 0,3% para violência fatal (Azevedo, 2007). No atual panorama Brasileiro ocorrem 0,9 homicídios a cada 100 mil crianças de zero a 11 anos (Waiselfisz, 2010).

Os últimos dados divulgados pela Secretaria de Direitos Humanos (2010), através do Portal dos Direitos da Criança e do Adolescente, relatam que nos primeiros sete meses de 2010, o Disque Denúncia Nacional (Disque 100) registrou 16.348 mil denúncias de todo o país, sendo que 36% desse total dizem respeito à violência sexual contra crianças e adolescentes. A violência contida nesta porcentagem se refere à exploração sexual; ao tráfico de criança e/ou adolescentes para fins de exploração sexual; a pornografia; e ao abuso sexual. Apenas o abuso sexual, alcança o índice de 23,4% dentre o total de violências contra o menor.

Sobre a prevalência das ocorrências no país, o Mapeamento de Pontos Vulneráveis à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes nas rodovias federais realizado pela Polícia Rodoviária Federal (2010), identificou na região Sul 399 pontos de vulnerabilidade, ficando em segundo lugar na comparação nacional. Também estão no Sul os dois estados com a maior quantidade de pontos de risco. No Rio Grande do Sul foram registrados 154 locais e, no Paraná, 168 zoneamentos de vulnerabilidade.

As vítimas do abuso sexual são crianças e adolescentes de ambos os sexos e de diferentes classes sociais. Entretanto, algumas pesquisas evidenciam que os preditores de maior frequência recaem sobre o sexo feminino, a classe social baixa e o agressor pertencente do meio intrafamiliar (Almeida, 2005; Giberti, 2005). Alguns dados que

corroboram com essa informação dizem que: no abuso sexual as meninas são 76% das vítimas, 37% delas têm menos de 11 anos e em 71% dos casos de abuso sexual intrafamiliar, o pai (44%), padrasto (17%) e tio (10%) são os abusadores (Coletivo Feminino Plural, 2005).

No Brasil, a violência intrafamiliar que vitima a criança vem sendo considerada nos últimos anos como um grave problema de saúde pública. No período de 1990 a 2000, segundo dados do Ministério da Saúde, morreram 92.715 crianças e pré-adolescentes devido a violências e acidentes (a maioria desses associados a negligência), sendo 59.203 crianças nas idades de 0 a 9 anos e 33.512 púberes de 10 a 14 anos (Mello & Souza, 2006). Juntos, acidentes e agressões são, de acordo com o relatório *Situação da Infância Brasileira 2006* do Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef, a primeira causa de morte de crianças de 1 a 6 anos de idade no país. Respondem por quase um quarto dos óbitos infantis (Moura, Scodelario, Camargo, Ferrari, Mattos & Miyahara, 2008).

Em pesquisa realizada por Brito, Zanetta, Mendonça, Barison & Andrade (2005), sobre a violência intrafamiliar perpetrada contra crianças e adolescentes com 55 famílias, foi observado que dentre as modalidades detectadas a violência física é a mais notificada, presente em 58% dos casos. É seguida pela negligência e violência psicológica, cada uma representando 34,5%, e pela violência sexual que aparece em 29% das notificações.

Conforme Tavares (2006), esta violência intrafamiliar promove a contraposição de dinâmicas envolvendo o poder e o afeto. Suas relações mostram-se marcadas pelos papéis de subordinação e dominação dos envolvidos. As díades interacionais (entre cônjuges, paterno-filiais, fraternais, geracionais, entre outras) retratam pessoas em posições opostas, desempenhando papéis rígidos e criando uma dinâmica própria, fomentando formas agressivas e cruéis de se relacionar, diferente em cada grupo familiar. A violência sempre se apresenta como um fenômeno complexo, comumente envolvendo de forma ativa ou passiva todos os integrantes do núcleo familiar. Não se restringe, portanto, a um indivíduo ou a uma relação específica (Gelles, 1997; Reichenheim, Dias & Moraes, 2006).

No cotidiano, inúmeras pessoas padecem em silêncio a violência que ocorre dentro de suas famílias, um silêncio que frequentemente tem o entorno social como conivente. A violência intrafamiliar faz inúmeras vítimas e o sofrimento de mulheres, crianças e idosos passam, muitas vezes, despercebidos da sociedade, de forma que somente após algum ato de maior brutalidade e crueldade ocorrerá a intervenção dos meios sociais e das instituições competentes (Braun, 2002). Para Fuster (2002) um problema social como a “violência na família não existe para a sociedade até que essa sociedade o reconheça como

tal” (p.15). Um exemplo deste obscuro silêncio são os dados divulgados em 2005 pela OMS quando aponta que 29% das mulheres brasileiras sofreram violência física ou sexual pelo menos uma vez na vida, destacando também, que 22% das mulheres que foram agredidas pelo marido, companheiro ou namorado não contam o ocorrido a ninguém (OMS, 2005).

Importante salientar que a violência intrafamiliar não é só um fenômeno inerente ao núcleo familiar, mas sim construído e transmitido através de gerações, de forma que as crianças e os adolescentes submetidos a essa violência podem reproduzir esse padrão interacional nos diversos relacionamentos (Seixas, 2006). A violência que ocorre na esfera familiar tem sido reconhecida como um evento muito mais corriqueiro do que supõe o senso comum, ela atinge principalmente mulheres e crianças, implicando em graves repercussões físicas, emocionais e sociais (Krug et al, 2003).

Ciente da diversidade de pesquisas relevantes sobre a violência nos quais se observam escores de distintas magnitudes, e do vasto campo de significações que representa esse tema, o direcionamento deste estudo se mostra fundamental e será limitado a violência intrafamiliar de cunho sexual que vitima a criança. Portanto, indispensável se faz retomar e delinear o significado de abuso sexual ocorrido no meio familiar. Será utilizado o entendimento proposto pelo Ministério da Saúde, uma vez que o tema e o enfrentamento desta violência estão inseridos também no campo da saúde pública e coletiva, devido aos agravos à saúde e aos altos índices desta ocorrência.

Assim, o abuso sexual intrafamiliar é conceituado pelo Ministério da Saúde (2002a) como a ação direcionada à criança, por parte de um agente de significação familiar, no qual este possui intenção de estimulá-la sexualmente e utilizar-se dela para obter alguma satisfação sexual (em relação hetero ou homossexual). O agressor deverá estar em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança, possuindo idade acima dos 12 anos e no mínimo cinco anos de diferença em relação à vítima. O abuso pode ser cometido “dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida” (p.15), ou ainda pessoas que ocupem papéis de representatividade familiar (função de pai, mãe ou cuidador) ao infante.

A violência intrafamiliar “não se refere apenas ao espaço físico aonde ocorre, mas também nas relações em que se constrói e efetua” o desenvolvimento do infante (Ministério da Saúde, 2002a, p.15). Isto implica a transgressão do poder e perversão do dever de proteção do responsável pelos cuidados do menor. Fato este que ocasiona a

negação do direito que a criança tem de ser tratada como sujeito e pessoa em condição peculiar de desenvolvimento (Seixas, 2006; Azevedo & Guerra 1998).

A ocorrência do abuso sexual infantil em sua especificação prática é percebida como o “envolvimento de crianças e adolescentes em atividades sexuais que não compreendem em sua totalidade e com as quais não estão aptas a concordar” (Amazarray & Koller, 1998, p.62). Apresenta-se como prática sexual imposta ao menor pela violência, ameaça ou ainda indução de sua vontade. A prática violenta a inocência infantil, e seus atos podem variar desde ações que incluem a relação sexual com penetração, até ações em que não se produz o contato sexual (Ministério da Saúde, 2002a, 2002b). Conforme a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 (Crimes contra a Dignidade Sexual) as denominações de abuso sexual são especificadas como satisfação de lascívia mediante presença de criança/adolescente ou ainda estupro de vulnerável. Esta última subdivide-se em: conjunção carnal (cópula vaginal); atentado violento ao pudor (coito anal, sexo oral, etc); e ato libidinoso diverso (Ministério da Saúde, 2010).

As marcas que o abuso sexual intrafamiliar pode produzir na criança são legados carregados por toda uma vida. As consequências geradas por este tipo de violência transitam desde os problemas sociais, passando pelos psicológicos até os cognitivos, com uma ampla gama de variáveis envolvidas (Scortegagna & Villemor-Amaral, 2009). Apesar disto, alguns sintomas decorrentes do abuso são encontrados nas crianças de forma mais presente em determinadas idades. Algumas pesquisas conseguiram encontrar e mapear indícios característicos nas diferentes faixas etárias (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor 1993; Amazarray & Koller, 1998). Os sintomas típicos apresentados por estes autores são:

- Até 6 anos (idade pré-escolar): ansiedade, distúrbios do sono, pesadelos, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e comportamento sexual inapropriado (interesse excessivo ou evitativo).
- Dos 7 aos 12 anos (crianças em idade escolar): medo, comportamento agressivo, hiperatividade, comportamento regressivo, distúrbios do sono, pesadelos e problemas escolares.
- Dos 13 aos 18 anos (Adolescência): depressão, isolamento (de amigos e familiares), comportamento suicida, auto ou heteroagressão, atos ilegais (delinquência), fugas (rebeldia), abuso de substâncias, queixas somáticas e comportamento sexual inadequado;

Podendo ainda, segundo Santos e Alves (2010) apresentar: percepção distorcida de seu corpo como sujo ou contaminado; agressividade excessiva; terror e medo de pessoas ou lugares; temor irracional diante do exame físico; mudanças súbitas de conduta; e respostas ilógicas quando questionado sobre feridas em seus genitais. Os autores, todavia alertam para fortes sentimentos de medo na criança frente à concretização de ameaças do parente perpetrador, vergonha frente aos outros familiares, sentimentos de culpa, ou de possível desintegração familiar decorrente da revelação do segredo (Santos & Alves, 2010).

Ao trabalhar com o segredo na família, Imber-Black (2002) identifica o abuso sexual como um segredo perigoso, causador de diversos sintomas familiares. Desta forma, assinala que a presença de um segredo central na família ou relacionamento, distorce e mistifica os processos de comunicação. Comumente ocorrendo quando a vergonha, a estigmatização e o medo estão vinculados ao tema do segredo em particular.

Algumas pesquisas (Flores & Caminha, 1994; Furniss, 2002; Amazarray & Koller, 1998) estudaram e analisaram a dinâmica do funcionamento nas famílias que ocorrem os abusos intrafamiliares. Nos seus achados, identificam as disfuncionalidades presentes, e as repetições destes padrões interacionais. Neste sentido, ambientes nos quais a violência rege as relações dentro dos subsistemas familiares (conjugal, fraternal, paterno/filial ou materno/filial); abuso transgeracional vivenciado por um ou ambos os pais; membros ou histórico familiar de drogadição; comunicação confusa e fronteiras rígidas ou difusas; ausência de hierarquias; ausência de limites e respeito; e indivíduos isolados ou fusionados, estão entre os preditores apresentados como favoráveis ao aparecimento das relações abusivas de cunho sexual. Conforme Furniss (2002) as disfuncionalidades apresentadas no sistema de interação familiar favorecem a presença e manutenção do segredo por parte da criança, causando-lhe intenso sofrimento.

Santos e Alves (2010) referem que as crianças que vivenciam abusos sexuais por tempo prolongado comumente apresentam prejuízo de grande magnitude em sua autoestima. Crescente se torna, no infante, o sentimento de menos valia, e toda e qualquer expressão de sexualidade toma como forma a anomalia. A vivacidade infantil se apaga e, em seu lugar, surge o retraimento e a perda de confiança em todos os adultos (e na humanidade). Ao não encontrar saídas e soluções para seu sofrimento, começa a considerar a morte como possibilidade de alívio. Os pensamentos sobre suicídio incidem quando o abusador se nega a cessar a violência, e coage a criança com ameaças contra ela e seus demais familiares.

Vislumbrando a dimensão desta violência na realidade infantil, imprescindível se mostra analisar a família, o indivíduo e a constituição deste sujeito. Objetivando entender a abrangência desse mal na vida de quem padece dessa forma terrível de interação. A psicologia há muito já confirma a importância das relações estabelecidas nos primeiros anos de vida para o desenvolvimento da personalidade. Estas relações, estruturadas ao longo do desenvolvimento infantil, perduram e influenciam toda história do indivíduo e seus demais vínculos.

Pedra fundamental na constituição do sujeito, a família responde principalmente a dois desígnios primordiais. O primeiro refere-se à proteção psicossocial de seus membros e, o segundo, a adaptação e transmissão de uma cultura. É no âmago familiar que a pessoa forma-se como indivíduo (independente) e como pertencente a um todo maior, sua espécie que lhe significa (sua horda) (Minuchin, 1982; Nichols & Schwartz, 2007; Fensterseifer, 2008).

A família é a matriz das transformações essenciais na evolução humana, quer no âmbito individual, quer no âmbito coletivo, sendo a responsável pela conservação da espécie. Atua como agente processador da individuação e da humanização dos sujeitos constituindo o ambiente no qual crescem e se desenvolvem dinamicamente (OSÓRIO, 2002). Desta forma constitui-se como o núcleo primário de socialização dos indivíduos, transmitindo costumes, atitudes e valores que formam sua bagagem emocional (Ministério da Saúde 2002a). É a entidade formadora das relações entre seus membros e a coletividade, bem como o núcleo de administração de conflitos e afetos e do desenvolvimento da personalidade infantil (Minuchin, 1982; Nichols & Schwartz, 2007; Seixas, 2006).

Sistemicamente estruturada como um organismo vivo a serviço de manter a vida e preservá-la, a família possibilita aos indivíduos o desenvolvimento dos vínculos entre si, com outras pessoas e instituições da sociedade (Seixas, 2006). Sua função está intimamente ligada com os processos de socialização vivenciados pelo indivíduo, assim como pela transmissão de modelos, valores, crenças e padrões culturais. Destarte, deveria ser de responsabilidade da família asseverar a continuidade, proteção e bem-estar de seus membros (Dessen & Polonia, 2007; Fensterseifer, 2008). Discorrer sobre a violência na família implica descobrir e reconhecer que as famílias apresentam dificuldades em cumprir a sua função deixando de oferecer um ambiente seguro e protetor aos seus membros.

A importância da qualidade dos vínculos e relações apresentadas anteriormente pode ser mais bem compreendida analisando as abordagens que estudam e trabalham as primeiras interações do infante. De acordo com Bowlby (1990; 2002), os padrões de

relacionamento entre o bebê e a principal cuidadora (mãe), ou *modelos de apego*, estabelecem as concepções de si mesmo (modelos de seu *self*) e dos outros desde a mais tenra idade. Estas interações formarão as referências e as estruturas que estabelecerão as contíguas vinculações do sujeito perante os outros e sobre o mundo ao longo da vida (Sopezki & Vaz, 2008)

Estas estruturas de personalidade se constituem como *modelos internos de funcionamento* e determinarão as características basais do indivíduo (Bowlby, 1990). Assim sendo, existe uma forte ligação entre as “experiências de um indivíduo com seus pais e a capacidade posterior para estabelecer vínculos afetivos” (Rodrigues & Chalhub, 2009, p.5). Constituindo um modelo para como a criança construirá “o conceito de si mesma, a partir das interações com seus cuidadores, sendo de vital importância para seu futuro” (Sopezki & Vaz, 2008, p.270).

Distinta abordagem que também busca compreender esta interação se denomina teoria das relações objetais. Esta teoria explica de que forma as estruturas psicológicas internas originam e conservam a capacidade do sujeito se relacionar com os outros, desde o início de sua vida até os dias atuais. Segundo Greenberg e Mitchell (1994), “as relações objetais, referem-se às formas de interação que ocorrem entre o sujeito e seus objetos (outros), ambos influenciando-se reciprocamente” (p. 8). Compreender essas modalidades de interação e como elas determinam e moldam o desenvolvimento psíquico do indivíduo mostra-se o eixo de pesquisa comum a todos os estudiosos desse aporte teórico.

O termo *relações objetais* designa o “relacionamento entre pessoas reais externas e imagens e resíduos internos relacionados com elas e os significados de tais resíduos para o funcionamento psíquico” (p.7). Estes resíduos internos são formados desde a mais tenra idade a partir da relação com pessoas importantes na vida do indivíduo, e podem ser averiguadas pela qualidade e características das interações estabelecidas durante todo o ciclo de vida humano (Greenberg & Mitchell, 1994).

Mostra-se, portanto de vital importância para o infante a qualidade das relações estabelecidas com seus pais/cuidadores, para a construção do conceito de seu *self*. A representação de si se estruturará como equilibrada; autoconfiante; com adequada e positiva imagem de si e dos outros; e com boa relação interpessoal à medida que for construída a boa relação de trocas e cuidados entre o indivíduo e seus progenitores (Andrade & Angerami, 2001; Polaino-Lorente, 2004, Sopezki, 2007).

Para tanto é necessário que os pais tenham comportamentos que favoreçam a acessibilidade, a confiança, a disponibilidade, além de uma postura que reforce e estimule

seu filho. Caso ocorra uma relação contrária, a representação de *self* que a criança construirá será de um ser inseguro, instável, frágil e desconfiado. Deste modo, as interações construídas com os pais terão um caráter distante, desconfiado, inacessível e hostil (Sopezki, 2007).

A imagem e a estima que cada pessoa possui sobre suas características, capacidades e seu valor e como ser humano é denominada de autopercepção. A estruturação de uma adequada percepção de si mesmo emerge como importante alicerce de força vital. O modo como o indivíduo se percebe está diretamente associada à sua capacidade de resiliência, ou seja, à forma como enfrenta desafios; lida com problemas e adversidades; utiliza a criatividade para encontrar saídas; e resiste a situações estressoras sem adoecer mentalmente (Exner & Sendín, 1999; Brander, 1995; Assis & Avanci, 2004; Sopezki & Vaz, 2008).

A autopercepção compreende os conceitos de autoimagem e autoestima que o indivíduo tem de si próprio. Deste modo, a percepção de seu próprio ser está baseada em representações complexas das qualidades positivas e negativas, reais ou imaginárias, e no modo como descrevem a si mesmos, formando a autoimagem do sujeito. Assim como o valor atribuído a si próprio como indivíduo, seus sentimentos como pessoa e confiança em si, compõem a autoestima (Exner & Sendín, 1999).

A formação destes autoconceitos depende do olhar afetivo daquelas pessoas (pais) significativas ao sujeito, construindo e confirmando seu apreço, seu valor como humano, e suas capacidades. Neste processo a família possui importante papel, fundando o principal sustentáculo do sujeito (Assis & Avanci, 2004; Sopezki & Vaz, 2008). A qualidade da percepção de si próprio constitui um dos determinantes fundamentais para o bem-estar psicológico assim como para o funcionamento social. Deste modo, autopercepção tem sido considerada como importante indicador da saúde mental (Exner & Sendín, 1999; Sopezki & Vaz, 2008).

A importância do meio familiar saudável para a boa constituição do indivíduo em desenvolvimento apresenta-se como consenso entre as mais diversas ciências, teorias e sabedorias populares. Por que, então, tristes números da violência insistem em crescer, deflagrando o aumento da agressão contra a criança justamente no espaço onde estas deveriam estar sendo protegidas, ou seja, dentro de seus próprios lares? E no futuro, qual a resposta para possíveis repetições de padrões de interação violentos?

Pela acuidade do tema, o abuso sexual intrafamiliar é reconhecido como uma questão de saúde pública, visto que produz um severo impacto em todo o desenvolvimento

cognitivo e sócio-afetivo da criança. Sendo assim, o presente projeto propõe-se a investigar o cerne da violência que incide na célula mais frágil da estrutura familiar – a criança – e estudar a partícipe da relação ao qual esta virá a se constituir – a mãe. Visando, num futuro, a utilização dos resultados da pesquisa para conhecer e definir formas de intervenções adequadas com o objetivo de ações de prevenção e tratamento.

Inicialmente, para o desenvolvimento desta Dissertação foi elaborado, para avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS (ver Anexo A), o projeto intitulado “*Autoestima e representação de objeto das crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar e das suas respectivas mães*”. Ainda, este projeto, foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (ver Anexo B). Obtidas estas aprovações ocorreu, posteriormente, a autorização do Serviço de Proteção à Criança, no Posto de Saúde do IAPI e do Ambulatório de Violência e CRAI - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, ambos da cidade de Porto Alegre. Também, obteve-se a autorização de duas escolas estaduais da mesma cidade. Desta forma, foi possível obter acesso aos participantes do estudo e seguir os passos previstos nos procedimentos para coleta e análise dos dados do projeto.

A organização desta Dissertação segue as orientações do Ato Normativo Nº 002/07 de 06/11/2007 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Com base na operacionalização do projeto de Dissertação, no estudo de material bibliográfico e na análise dos dados coletados com os participantes em estudo, foi possível organizar duas seções.

A Seção I teve como objetivo a elaboração de um trabalho de revisão teórica que visou explicar a representação de objeto e as relações interpessoais dos indivíduos através do diálogo entre diferentes aportes teóricos como a dinâmica do apego, o desenvolvimento cognitivo e a abordagem das relações objetais. Analisando principalmente o núcleo matricial da criança, buscando evidenciar a importância da figura materna para o desenvolvimento do infante. As teorias discutidas nesta seção seguem os constructos teóricos trabalhados por Blatt, Brenneis, Schimek e Glick (1976), sobre as relações objetais, que fundamentam a Variável de Representação Humana (GHR, PHR) utilizada por Viglione, Perry, Jansak, Meyer e Exner (2003) no Método de Rorschach. Objetivando alcançar maior compreensão à variável utilizada nesta pesquisa.

A Seção II retrata um estudo de cunho quantitativo de tipo transversal que objetivou compreender e identificar a qualidade da Autopercepção, das Relações Interpessoais e da

Representação de Objeto nas crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar, assim como, nas suas respectivas mães, cumprindo assim o objetivo principal da presente Dissertação. Para este estudo participaram 48 sujeitos divididos em dois grupos. O primeiro grupo (G1) ficou constituído por 12 crianças, com idades entre 6 a 11 anos, vítimas de abuso sexual intrafamiliar e suas respectivas mães (12). O segundo grupo (G2) por 12 crianças da população geral e suas respectivas mães (12). Para avaliar os aspectos da Autopercepção, das relações interpessoais e da representação do objeto (nas crianças e suas mães, dos grupos G1 e G2) foi utilizado o Método de Rorschach, seguindo o Sistema Compreensivo de John Exner (Exner, 1999; Viglione, Perry, Jansak, Meyer & Exner, 2003). Os resultados identificados e analisados mostram que as crianças e as mães dos grupos G1 e G2, quando comparadas com os dados normativos do SC, apresentam, de maneira geral, baixas autoimagem e autoestima e noção distorcida de identidade. Por sua vez, para estas mesmas categorias, as crianças e as mães do grupo G1 apresentaram resultados mais baixos do que as crianças e as mães do G2. Por outro lado, as crianças do grupo G1 apresentam, quando comparadas com as crianças do G2, prejuízo nas relações interpessoais, com negativas relações objetais. Analisando estas mesmas variáveis com as mães que compõem o grupo G1 e G2 observa-se que as respostas não diferem do grupo normativo, contudo para estas variáveis e para a maioria das outras investigadas neste estudo, o grupo G2 apresenta resultados mais positivos.

As duas seções procuram demonstrar o percorrido teórico e empírico realizado neste trabalho de Dissertação. A proximidade do tema estudado com as vivências e características das mães e crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar, possibilitaram a constatação, na prática, da relevância de se estudar esse fenômeno. Reforçam, portanto, a necessidade de dedicar especial atenção às questões relacionadas a estima, as relações entre os indivíduos, as representações de objeto e aos fatores transgeracionais como recursos de prevenção e maior compreensão de tal situação.

Ao longo desta Dissertação, muitas vezes empregou-se o termo mãe/cuidadora (no feminino) significando a pessoa encarregada do cuidado com a criança. A preferência por dita terminologia deve-se ao objetivo deste trabalho, e não à crença de que a criança necessite ser única ou necessariamente cuidada pela própria mãe.

Referências

- Almeida, E. (2005). Crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual: a trajetória da denúncia desde a “revelação não aceita” à “revelação aceita”. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, 16 (2), 299-309.
- Amazarray, M.; Koller, S. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. Psicologia, Reflexão e Crítica, 11, (3), 559-578.
- Andrade, D. & Angerami, E. (2001). A auto-estima em adolescentes com e sem fissura de lábio e/ou palato. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, 9 (6), 37-41.
- Assis, S. G. & Avanci, J. Q. (2004). Labirinto de espelhos: Formação da auto-estima na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Azevedo, M. A. (2007). Pesquisando a Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes: A Ponta do Iceberg. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Laboratório de Estudos da Criança (LACRI). São Paulo. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/index2.htm>>. Acesso em: 20 Mai. 2009.
- Azevedo, M. A. & Guerra, V. A. (1998). Infância e Violência Fatal em Família. Primeiras aproximações ao nível de Brasil. São Paulo: Iglu.
- Belsky J (1993). Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-Ecological Analysis. Psychological Bulletin 114, (3), pp. 413-434.
- Blatt, S., Brenneis, C., Schimek, J. & Glick, M. (1976). Normal development and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach. Journal of Abnormal Psychology, 85, 364-373.
- Bowlby, J. (1990). Apego e perda: Apego, a natureza do vínculo (Vol 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2002). Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes.
- Brander, N. (1995). Auto-estima e os seus seis pilares. São Paulo: Saraiva.
- Braun, S. (2002). A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo. Porto Alegre: AGE.
- Brito, A. M. M.; Zanetta, D. M. T.; Mendonça, R. C. V.; Barison, S. Z. P. & Andrade, V. A. G. (2005). Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: estudo de um programa de intervenção. Ciência & Saúde Coletiva, 10 (1), 143-149.
- Coletivo Feminino Plural (2005). A Violência Sexual Contra Meninas - uma leitura sobre a violência intrafamiliar, as formas comerciais e de omissão do Estado. Porto Alegre: Prefeitura Municipal - Coordenadoria Municipal da Mulher.
- Dessen, M. & Polonia, A. (2007). A família e a escola como contextos de desenvolvimento. Paidéia, 17, (36), 21-32.

- Reichenheim, M., Dias, A. & Moraes, C. (2006). Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. Revista de Saúde Pública, 40, (4), 595-603.
- Exner, J. (1999). Manual de classificação do Rorschach para o sistema compreensivo. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. & Sendín, C. (1999). Manual de Interpretação do Rorschach para o Sistema Compreensivo. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fensterseifer, L. (2008). Teste de Apercepção Familiar: sistema de categorização das respostas e fidedignidade entre avaliadores. [Tese de doutorado], Porto Alegre: FAPSI/PUCRS.
- Ferreira, A.; Gonçalves, H.; Ventura Marques, M.; Souza Moraes, S. (1999). A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. Ciência e Saúde Coletiva, 4, (1), pp. 123-130.
- Ferreira, L. & Schramm, F. (2000). Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. Revista de Saúde Pública, 34 (6): 659-65.
- Flores, R. Z., & Caminha, R. M. (1994). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 16, 158-167.
- Furniss, T. (2002). Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar: Manejo, terapia e intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fuster, E. G. (2002). Las víctimas invisibles de la violencia familiar: el extraño iceberg de la violencia doméstica. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Gelles, R. J. (1997). Intimate violence in families. London: Sage.
- Giberti, E. (2005) Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes: perspectivas psicológicas y sociales. Espanha: Espacio.
- Greenberg, J.; Mitchell, S. (1994). As relações objetais na teoria psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Guerrero, R. (1994). Plan de Acción Regional del Programa de Salud y Violencia. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, DC. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-accion_violencia.pdf>. Acesso em: 15 Jun. 2009.
- Imber-Black, E. (2002). Os segredos na família e na terapia familiar. Porto Alegre: Artmed.

- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bulletin, 113, 164-180.
- Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B. & Lozano, R. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- López-Zafra, E. & Martos, M. (2006). Violência em la família. Espanha: Del Lunar
- Mello J. M. (2002). Violência como problema de saúde pública. São Paulo: Ciência e cultura.
- Mello J. M. & Souza, E (2006). Impacto da violência na infância e adolescência brasileira: magnitude da morbimortalidade. In: Ministério da Saúde. Violência faz mal a saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2002a). Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2002b). Violência Intrafamiliar: Orientações para práticas em serviço. Caderno de Atenção Básica N.º 08. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2008). Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2010). Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Minuchin, S. (1982). Família, Funcionamento e Tratamento. Porto Alegre: Artmed.
- Moura, A.; Scodelario, A.; Camargo, C.; Ferrari, D.; Mattos, G. & Miyahara, R. (2008). Reconstrução de vidas: Como prevenir e enfrentar a violência doméstica, o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes. São Paulo: Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS.
- Nichols, M.P. & Schwartz, R. C. (1997). Terapia familiar: conceitos e métodos. Porto Alegre: Artmed.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (1995). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, 10ª Revisão. São Paulo: CBCD/ EDUSP.

- OMS – Organização Mundial da Saúde (2005): Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra: Organización Mundial de Saúde.
- Osório, L. C. (2002). Casais e família: uma visão contemporânea. Porto Alegre: ArtMed.
- Polaino-Lorente, A. (2004). Familia y autoestima. Barcelona: Ariel.
- Polícia Rodoviária Federal (2010). Mapeamento dos Pontos Vulneráveis à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes nas Rodovias Federais Brasileiras: 2009/2010. Disponível em meio eletrônico: <http://www.childhood.org.br/Mapeamento%202009_2010.pdf>. Acesso em 20 de Novembro de 2010.
- Rodrigues, S. & Chalhub, A. (2009). Amor com Dependência: Um Olhar sobre a Teoria do Apego. Material disponível em meio eletrônico <www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0177.pdf> Acesso em 05 de Outubro de 2009.
- Santos, G. & Alves, R. (2010) Violência Sexual Contra Criança e Adolescente. Revista Internacional de Direito e Cidadania, 7, 49-58.
- Sávio, A. & Smalet, P. (2006). Violência familiar. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUCSP.
- Scortegagna, S. & Villemor-Amaral, A. (2009). Autopercepção no Rorschach de vítimas de abuso sexual infantil. PSICO, 40, (3), 328-336.
- Secretaria de Direitos Humanos (2010). Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes: DDN 100 – ano 2010. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasil. Disponível em meio eletrônico: <<http://www.direitosdacrianca.org.br/midiateca/publicacoes/relatorio-geral-do-disque-100-2010>>. Acesso em 12 de Novembro de 2010.
- Seixas, M.R (2006). Programa de ação e prevenção da violência e promoção da paz. São Paulo: Associação Paulista de Terapia Familiar - APTF.
- Simões C. (2002). Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Panamericana de Saúde (OPS).
- Sopezki D. (2007). Relacionamento Primário com a Figura Materna e Autoestima em Mulheres com Transtornos Alimentares. [Dissertação de Mestrado], Porto Alegre: FAPSI/ PUCRS.
- Sopezki D. & Vaz, C. (2008). O Impacto da Relação Mãe-Filha no Desenvolvimento da Autoestima e nos Transtornos Alimentares. Interação em Psicologia, 12, (2), 267-275

- Tavares, M. (2006). Abordagem da Violência Intrafamiliar no Programa Saúde da Família. Impacto da violência na infância e adolescência brasileira: magnitude da morbimortalidade. In: Ministério da Saúde. Violência faz mal a saúde. Brasília: Ministério da Saúde – M.S.
- Viglione, D. J., Perry, W., Jansak, D., Meyer, G. & Exner, J. E. (2003). Modifying the Rorschach human experience variable to create the human representational variable. Journal of Personality Assessment, 81, (1), 64-73.
- Waiselfisz, J. (2010). Mapa da Violência 2010: Anatomia dos Homicídios no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari.

SEÇÃO I

Representação de objeto e relações interpessoais: possíveis correlações e teceduras teóricas

Introdução

“Soy otro cuando soy, los actos míos son más míos si son también de todos, para que pueda ser he de ser otro, salir de mí, buscarme entre los otros, los otros que no son si yo no existo, los otros que me dan plena existencia, no soy, no hay yo, siempre somos nosotros, la vida es otra, siempre allá, más lejos, fuera de ti, de mí, siempre horizonte” (Paz, 2009, p.30)

Nas últimas décadas, jamais olvidando os prestigiosos estudos do passado século, tem havido evidente aumento do interesse sobre o papel das relações interpessoais para o desenvolvimento psicológico do ser humano. Conceitos da Teoria do Apego, da Psicanálise, da Psicologia do Desenvolvimento Cognitivo e de estudos empíricos elucidam os principais pontos envolvidos no desenvolvimento das estruturas de representação do sujeito. Estes aportes teóricos analisam como as perturbações no processo de desenvolvimento influenciam as configurações das psicopatologia e estruturam os padrões relacionais (Blatt, 1991; Blatt, Auerbach, Levy & Meehan, 2007).

Ao examinarmos as representações de objeto e as relações interpessoais de um sujeito, se objetiva adquirir maior compreensão sobre a constituição desse indivíduo, pois as experiências relacionais desempenham um papel fundamental no curso de seu desenvolvimento. A construção das relações e vínculos do sujeito para com o outro são influenciadas e determinadas por suas vivências e percepção do meio ao qual está inserido (Ramires, 2003; Exner & Sendín, 1999).

As relações entre as pessoas compõem a matéria-prima constitutiva do ser humano, apresentando, ao mesmo tempo, o espaço nos quais os conflitos são produzidos com maior facilidade e vivacidade. Desta forma, se mostra essencial a análise das relações interpessoais para correta e ampla compreensão do funcionamento individual (Exner & Sendín, 1999).

Grande parcela das pesquisas que investigam as relações interpessoais na infância são influenciadas pelas teorias que estudam: a dinâmica do apego e separação evidenciadas por John Bowlby (1989, 1990, 1997, 1998a, 1998b); pelos estágios de desenvolvimento cognitivo formulados por Jean Piaget (1973, 1981, 1990, 2002); e aprofundados pela abordagem das relações objetais, enriquecido pelos trabalhos de Sullivan (1963, 1964) e Winnicott (1996, 1997, 2001, 2007). Esta última abordagem postula que o desenvolvimento emocional ocorre embasado nas relações, internas e externas, que o sujeito estabelece com o outro desde o primórdio da infância e nas influências mútuas entre os indivíduos (Meissner, 1979). Segundo Freud (1938/1975) a principal relação construída se refere ao amor entre mãe-bebê, sendo este “único, sem precedentes, e o primeiro e mais forte objeto amoroso inalteravelmente estabelecido para a vida inteira, protótipo de todas as demais relações de amor - para ambos os sexos” (p. 188).

Em primeiro momento, tais postulados teóricos seriam percebidos como independentes e separados, sem a possibilidade de haver correlações. No entanto, utilizando uma epistemologia não linear, teorias consideradas tradicionalmente como opostas, como a abordagem sobre a cognição e aquelas relacionadas à emoção, estão se aproximando e se entrelaçado para o enfrentamento das demandas atuais (Forgas, 2001). Dentre tais problemáticas, a psicologia contemporânea compreende o desenvolvimento do ser humano como um “fenômeno multideterminado que sofre a ação das variáveis que constituem o contexto no qual o sujeito se encontra inserido” (Pontes, Silva, Garotti & Magalhães, 2007, p. 67).

Esta visão ampliada sobre o fenômeno, por exemplo, demonstra a necessidade do diálogo entre as diversas formas de compreensão do sujeito. Ilustrando esta possível aproximação observa-se que Greenberg & Mitchell (1994), ao abordarem diferentes posicionamentos teóricos na psicanálise sobre as relações objetais, citam por vezes a paridade entre o desenvolvimento cognitivo de Piaget com as concepções psicanalíticas. Assim como Piaget, principalmente no livro intitulado ‘*A formação do símbolo na criança*’ de 1964, sinaliza aspectos passíveis de aproximação entre a concepção simbólica (consciente e inconsciente) e a aprendizagem.

Buscar um denominador comum entre domínios teóricos distintos é uma proposta das pesquisas realizadas por Sidney Blatt. Este autor, docente e pesquisador do Departamento de Psiquiatria na *Yale University*, construiu importante ferramenta para avaliação das relações objetais. Os pilares para a edificação de tal empreitada se sustentam

no diálogo entre diferentes aportes teóricos como a dinâmica do apego, o desenvolvimento cognitivo e a abordagem das relações objetais.

Em tempo, mostra-se fundamental mencionar que as teorias discutidas nesta seção seguem os construtos teóricos trabalhados por Blatt, Brenneis, Schimek e Glick (1976), sobre as representações objetais, que fundamentam a Variável de Representação Humana utilizada por Viglione, Perry, Jansak, Meyer e Exner (2003). Esta variável localiza aspectos que denunciam a relação entre dimensões vinculadas a relações objetais num método projetivo de avaliação psicológica. Na presente explanação, que não escapa de ser um recorte sobre conceituadas teorias, serão apreciadas ‘linhas’ teóricas em suas particularidades antes de cotejarmos a possível ‘tecedura’ entre as correntes em tela.

Aportes Teóricos a respeito da Teoria do Apego: John Bowlby

A teoria do apego surgiu em meados da década de 50, a partir de estudos desenvolvidos pelo psiquiatra inglês John Bowlby. Suas observações se dirigiram para meninos institucionalizados separados precocemente de seus cuidadores primários, e das crianças do pós-guerra – vítimas das mais diversas formas de abandono e violência. Para tanto, foi consultor de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1950, e seus trabalhos fortificaram a fundamental importância da qualidade dos primeiros cuidados infantis (Bowlby, 1990, 2002).

A partir destes estudos, e ao longo de toda a sua obra, Bowlby conduziu sua pesquisa sobre as graves consequências geradas a partir da privação materna em crianças separadas de sua principal cuidadora, a mãe. Suas observações sugerem que: "a avidez da criança pelo amor e presença da mãe é tão grande quanto a fome por alimento" e gera na criança durante a ausência da cuidadora "um poderoso sentimento de perda e raiva" (Bowlby, 1990, p.7). Através da teoria etológica, o autor define o vínculo do apego entre o cuidador e a criança como um sistema comportamental que possui o papel de proteger a criança contra situações perigosas, e que tem funcionado ao longo da evolução humana (Bowlby, 1990).

Esta teoria apresenta em sua constituição uma vertente comportamental e outra representacional, duas dimensões paralelas, porém interligadas. A primeira, atenta ao desenvolvimento e conservação de padrões de comportamento estabelecidos e vivenciados na interação do bebê com sua mãe (Bowlby, 1990; Ramires & Schneider, 2010). Enquanto a segunda, se refere a dimensão cognitiva ou representacional que atenta ao modo como se

formam as relações interpessoais estabelecidas (internalizadas ou interiorizadas) (Bowlby, 1998a, 1990; Main, Kaplan & Cassidy, 1985).

As representações mentais derivadas das relações estabelecidas são nominadas como *modelos internos de funcionamento*. Estes modelos abrangem as vivências e experiências do cuidado maternal, e compreendem a influência destes esquemas na saúde emocional e na capacidade relacional do indivíduo, principalmente no desenvolvimento e manutenção das relações íntimas (Bowlby, 1998a, 1990; Blatt, 1995, 2001).

As constantes interações com as figuras de apego produzem nas crianças as representações mentais de si e do outro, desenvolvendo perspectivas de suas relações interpessoais presentes e futuras. Esses modelos de funcionamento estão relacionados às percepções do comportamento e sentimento das pessoas, da qualidade do suporte emocional e da imagem de si nas relações com o outro (Bretherton, 2008; Zeanah, 2009; Blatt, 1995; Dalbem & Dell’Aglío, 2005). Deste modo, os modelos internos de funcionamento influenciam e estabelecem o desenvolvimento da personalidade, e das relações entre os indivíduos ao longo da vida através das experiências de cuidado que vivenciaram (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1998a).

A representação das figuras de apego para a vida dos sujeitos significa um modelo de apego disponível, confiante, promovedor de sentimentos de segurança que fortalecem os vínculos relacionais (Cassidy, 1999). Para Bowlby (1990) as relações balizadas por um padrão de apego seguro favorecem a estruturação de modelos internos caracterizados por apoio e valorização. Nestes padrões de interação, as crianças são profundamente influenciadas e apreendem as qualidades do ambiente socialmente positivo, e uma compreensão de reciprocidade (Dalbem & Dell’Aglío, 2005; Bowlby, 1998b). Desta forma, “crianças cujas necessidades foram supridas de maneira amorosa e solidária podem posteriormente perceber os outros como confiáveis e seguros, e se perceber como competentes e dignas de amor” (Blatt, 1995, p.13).

Por outro lado, nas formas de relação nas quais não há a predominância de sentimentos de valorização e segurança se desenvolve o apego inseguro. As consequências, deste modo de interação mais hostil, se refletem nas crianças que podem desenvolver expectativas negativas acerca da disposição do outro sobre suas necessidades e cuidados (Bowlby, 1990). Deste modo, os infantes cuidados de forma inconsistente e não confiável, possuem maiores possibilidades de desenvolverem autoconceitos negativos, com as crenças de não serem dignos de atenção e de incapacidade frente as outras pessoas (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1998b; Ainsworth & Bowlby, 1991).

Ainsworth (1985), principal colaboradora de John Bowlby, organizou estudos sobre o desenvolvimento sócio-emocional infantil durante os primeiros cinco anos de vida. Seus achados evidenciaram, segundo Dalbem e Dell’Aglío (2005), que durante a primeira infância, infância e adolescência, se desenvolve um modelo de apego profundamente influenciado pela interação e cuidado despendidos pelos cuidadores primários (podendo ser pais ou pessoas substitutas). A autora destaca que a qualidade da relação entre a mãe e o bebê está diretamente associada ao padrão de apego infantil.

As pesquisas de Ainsworth avaliaram o relacionamento materno-filial, e identificaram dois grupos principais de padrões de apego: os seguros e os inseguros (citado por Pontes, Silva, Garotti & Magalhães, 2007). Neste sentido a autora entende que os bebês que possuem o apego seguro internalizam um modelo de mãe disponível, mesmo quando esta não está presente, possuindo maior tolerância e protestando menos nos momentos de separação. Em contrapartida, os bebês com o apego inseguro choram e ‘protestam’ tanto na ausência quanto na presença de sua progenitora, demarcando suas insatisfações (Ainsworth & Bowlby, 1991). Assim, os padrões de apego constituídos na infância são vistos como duráveis e estáveis, afetando o estilo de relacionamento do indivíduo ao longo de toda a sua vida, nas diversas formas de interação interpessoal (Bowlby, 1989).

Aporte Teórico sobre a Concepção de Sujeito: Jean Piaget

As noções de sujeito e objeto são abordadas por Piaget durante toda sua obra. Contudo, aparecem como complementares aos Estágios do Desenvolvimento Cognitivo e a construção do conhecimento, pilares maiores e enfoque principal do autor. Nesta perspectiva, estuda a adaptabilidade e a acomodação do pensamento para a realidade do sujeito e a teorização da evolução intelectual qualificada como dialética. Apesar deste contexto, pareceu-nos por bem analisar pela perspectiva da concepção de sujeito, ‘objeto’ deste estudo, os escritos deste renomado teórico.

Corroborando com este viés de análise, apresenta-se a contribuição do próprio autor, na qual afirma que “a inteligência humana somente se desenvolve no indivíduo em função das interações sociais que são, em geral, demasiadamente negligenciadas” (Piaget, 2002, p.67). Analisando a importância do campo social no desenvolvimento do sujeito, Piaget pontua que desde o aprendizado da linguagem o pensar da criança tenderá a aproximar-se ao pensamento do adulto de modo progressivo. Ao se questionar sobre qual seria o processo desta socialização, Piaget (1973) responde que o pensamento e as crenças da

criança são fruto de uma “reação influenciada, mas não ditada pelo adulto” (p. 33). Para isto também infere três principais influências dirigidas à criança: o universo do qual deverá se adaptar; o pensamento da própria criança; e a intervenção da sociedade adulta sobre o seu pensar (Piaget, 1973; Perraudeau, 1996).

Na perspectiva de Piaget, sujeito é aquele que “assimila os objetos por meio de suas ações físicas e/ou mentais, e ao fazer isso, transforma-os e incorpora-os, construindo conhecimento a seu respeito” (Coelho Junior, Simão & Souza 2001, p. 56). Modifica-se através desta interação e modifica o objeto (outro/mundo) através de sua contribuição, constituindo, assim, uma relação de trocas e transformações. Refere-se, deste modo, à ação exercida pelo indivíduo sobre a sociedade na tentativa de conhecer e adentrar nas leis e constituições formadoras do mundo. Neste movimento, não se posiciona apenas como passivo frente ao objeto, mas sim no intercâmbio ativo-passivo, recebe e ao mesmo tempo proporciona, formando trocas interacionais (Piaget, 1973; Chalon-Blanc, 1997; Perraudeau, 1996).

Assim, a noção de sujeito apresenta-se como aspecto basal deste aporte teórico, pois sua ação sobre o objeto é fundamental na evolução do conhecimento, e imprescindível para a apreensão do percurso evolutivo psicológico. O desenvolvimento intelectual destinado ao sujeito se transforma progressivamente frente a sua relação com o mundo (Piaget, 1990; Coelho Junior, Simão & Souza 2001; Kesselring, 2008).

Destarte, o sujeito detém a possibilidade de ampliar seu conhecimento interagindo perante os objetos. E, em decorrência desta interação, se desenvolve e cria etapas mais complexas, para em seguida adaptar-se a elas, num crescente que acompanha as etapas de sua evolução (Piaget, 1973; Coelho Junior, Simão & Souza 2001). Possuindo, assim, papel ativo na construção de seu conhecimento e desenvolvimento de sua inteligência em cada aproximação e interação com os “objetos que visa assimilar, seja esta ação sobre o objeto exclusivamente físico (nos primeiros meses de vida), simbólico (a partir da interiorização das ações); ou lógico (ajustado num sistema de ações coordenadas e reversíveis)” (Coelho Junior, Simão & Souza 2001, p. 57).

A ação desenvolvida pelo sujeito sobre o objeto possibilita a evolução de suas capacidades cognitivas (La Taille, Oliveira & Dantas, 1992). Desta forma, somente se poderia pensar o conhecimento como construções que se desenvolvem a partir de composições originárias, juntamente com as diversas interações entre o sujeito e o objeto (Coelho Junior, Simão & Souza 2001). Piaget enfatiza a importância da mútua evolução que se concretiza quando da “interação dialética entre sujeito e objeto: por um lado a

construção do objeto, e por outro simultaneamente a transformação do sujeito” (Coelho Junior, Simão & Souza, 2001, p. 56).

Analisando desde a aproximação realizada entre os dois atuantes desta interação, sujeito - objeto, percebe-se o desencadeamento de um duplice processo de transformação. O primeiro se refere à compreensão do objeto (processo de exteriorização) e o segundo de compreensão do sujeito (processo de interiorização) e das modificações produzidas neste contato com o objeto (Chalon-Blanc, 1997; La Taille, et. all, 1992; Piaget, 2002). De igual forma, a relação entre afetividade e inteligência é importante, pois adjudica ao sujeito o papel de ser também “impulsionado em direção aos objetos por sentimentos e interesses, os quais também vão contribuir para que a assimilação ocorra” (Coelho Junior, Simão & Souza 2001, p.58).

Piaget faz referência a afetividade e a cognição de um indivíduo que busca o objeto visando compreendê-lo mediante suas capacidades cognitivas e seu interesse afetivo para realizar tal assimilação. Esta ação procura suprir as demandas afetivas e cognitivas causadas pelo objeto que desacomodou e desequilibrou seus antigos conhecimentos. A afetividade não era o foco na teoria de Piaget, mas este se posicionou ao reconhecer a essencialidades do afeto para o desenvolvimento psicológico e sua influência no desenvolvimento cognitivo. Contudo, afirmou não ser a afetividade seu enfoque de pesquisa e estudo por ser de difícil mensuração (Piaget, 1990; Coelho Junior, Simão & Souza 2001).

Como já mencionado, alguns aspectos da obra de Piaget foram profundamente pesquisados e outros mais bem referenciados, como certa aproximação à teoria psicanalítica. Ao abordar o tema sobre o simbolismo secundário (inconsciente), Piaget descreve que o indivíduo ao interagir com o objeto realiza apropriações e intercâmbios em grande medida de forma consciente. Entretanto, “os símbolos possuem particularidades e significações que nem sempre são compreendidas pelo próprio sujeito” (Piaget, 1990, p.210). O autor referencia, destarte, a manifestação de um símbolo secundário ou inconsciente (Piaget, 1990; Chalon-Blanc, 1997).

Piaget (1990), portanto, afirma que o símbolo é sempre consciente em seu resultado. Contudo, a “assimilação original que o formou nunca será despertada para a consciência completa nem para a afetiva, mesmo analisando sobre o aspecto de sua significação intelectual” (p.218). Exemplificando as apropriações conscientes e inconscientes, o autor ilustra que “todo o símbolo e todo o pensamento, mesmo o mais racional, são sempre ao mesmo tempo, conscientes sobre um ângulo e inconscientes sobre outro” (p.220). Estes

aspectos referem-se aos pensamentos como um todo (racionais e/ou simbólicos) e que, se o “resultado de todo o trabalho mental é inconsciente, o mecanismo dele permanece oculto”. (Piaget, 1990, p.225).

Aporte Teórico a respeito das Relações Objetais: Modelo Estrutural-Relacional

Os modelos estruturais do desenvolvimento da personalidade, ou seja, as teorias centradas nas relações com os outros seres humanos – reais ou fantasmáticos, ocupam, atualmente, um espaço amplo na psicanálise. Dentro desta abordagem, dois grandes construtos teóricos se dividem, originando assim: o Modelo Estrutural-Pulsional e o Modelo Estrutural-Relacional (Hall, Lindzey & Campbell, 2000; Greenberg & Mitchell, 1994).

Breve diferenciação se faz necessária, conduzida pelo clássico sumário das relações objetais elaborado por Greenberg e Mitchell, que demarca esta bifurcação teórica. O modelo estrutural-pulsional é fundamentalmente intrapsíquico, tomando como base essencial que “a mente individual, o aparelho psíquico, é a unidade mais significativa e mais útil para o estudo do funcionamento mental” (p 74). Esta *unidade individual* é determinada por “desejos de prazeres pessoais, de poder, e de gratificação particular. A realidade humana, neste ponto de vista, é buscada apenas no nível individual, na satisfação do desejo pessoal” (Greenberg & Mitchell, 1994, p.8).

O modelo estrutural-relacional, por sua vez, integra os campos interpessoal e intrapsíquico, possuindo como definição estrutural que a “existência humana não pode ser compreendida significativamente em termos individuais” (Greenberg & Mitchell, 1994, p.75). Para Sullivan (1963), a constituição humana não está capacitada para ser formada isoladamente. Amparado por demais autores desta corrente, e por filósofos que corroboram com este pensamento, Sullivan elucidava que a “própria natureza do ser humano aproxima o sujeito para as relações com os outros, e é somente nessas relações que o homem se torna o que denominamos como humano” (Greenberg & Mitchell, 1994, 65).

Retomando o objetivo deste artigo, nos deteremos a abordar o pensamento desta segunda corrente teórica que embasa a Escala das Relações Objetais desenvolvida por Sidney Blatt (Blatt et al, 1976). Blatt amparou-se em autores como Sullivan, Winnicott, entre outros, que buscaram ampliar a compreensão das mútuas influências entre os indivíduos e de sua repercussão intrapessoal.

Seguindo os pensamentos desses autores, é na necessidade de haver o relacionamento com o outro que se desenvolvem os objetos internos, e sua “organização

imposta pelas fantasias recorrentes predominantes, subordina-se à experiência de si mesmo, do indivíduo e de seu mundo interpessoal” (Greenberg & Mitchell, 1994, p. 70). Winnicott, Sullivan e demais autores do modelo relacional, compreendem a estruturação da personalidade pela busca da melhor qualidade possível de vinculação com os pais (Bretherton, 2008).

Para Winnicott (2007), o desenvolvimento do *self* advém da relação com a base matricial do indivíduo, sua mãe. Entretanto, ocorrem duas dimensões opostas na estruturação do *self*, uma *verdadeira* e outra *falsa*, formadas a partir da “necessidade dual da criança de engajar os pais através dos cuidados que são fornecidos e, ao mesmo tempo, proteger o *self* de ser subjugado ou explorado” (Greenberg & Mitchell, 1994, p. 165). Incidindo em uma peleja seguidamente ‘perigosa’ do *self*, na qual defende sua existência individualizada e, ao mesmo tempo, necessita do contato íntimo com outros (Zimmerman, 1999).

Para a compreensão dos processos que culminaram no desenvolvimento ou na inibição do *self* se faz necessário analisar o contexto da interação “entre a criança e as necessidades ambientais supridas pelos outros significativos” (p. 105). A ausência de contato ou, em contraponto, a total acessibilidade aos outros predisõem “graves perigos para a sobrevivência do *self*” (p.121). Ao longo do desenvolvimento humano, segundo Winnicott, o indivíduo deve superar três fases distintas de vinculação ao outro e ao seu meio. Inicialmente o bebê encontra-se em *dependência absoluta*, um estado de *não integração* ou ausência da relação pela falta da capacidade do infante em perceber que sua mãe é um outro ser em separado. Neste estágio de vulnerabilidade, o bebê se encontra totalmente dependente da relação que possui com sua mãe, dependente dos sentimentos de coesão e identificação presentes neste vínculo (Winnicott, 2001).

Posteriormente, conforme Winnicott (2007; 1997), uma segunda etapa se inicia intitulada *dependência relativa*. Nesta fase desenvolvimental, a relação de dependência com a mãe é percebida devido a compreensão da existência de um outro em separado. Inicia-se, em sequência, a etapa denominada de *personificação*, no qual emerge a noção do corpo físico com o sentido de unidade. A mãe apresenta o mundo ao seu filho, que gradativamente conquista (bebê) ou reconquista (mãe) a independência, passando assim para a terceira e última fase.

Nesta etapa, chamada de *rumo à independência*, os processos intelectuais, físicos e psicossomáticos interagem num processo evolutivo. Contudo, segundo Winnicott (1997), a “independência nunca é absoluta. O indivíduo normal não se torna isolado, mas se torna

relacionado ao ambiente de um modo que se pode dizer serem o indivíduo e o ambiente interdependentes” (p.80).

Ao final, o indivíduo adquire a capacidade de perceber o que está a sua volta de forma criativa, insurgindo o sentimento de que “a vida é digna de ser vivida” (Winnicott, 1975, p. 95). No entanto, quando existe o “domínio da sensação de ausência de realidade, de submissão pela realidade externa” (p. 96) emerge a percepção de inutilidade frente à existência. Nestas situações extremadas “tudo o que dá sentido à vida permanece oculto e não manifesta qualquer sinal de existência (...) o indivíduo não se importa de fato em viver ou morrer” (Winnicott, 1975, p. 99).

Assim como Winnicott, Sullivan (1964) investigou e aferiu a importância vital da relação entre a mãe e o bebê. Principalmente sobre a influência da qualidade nestas interações para o bom desenvolvimento na criança de sua percepção do *self*. Para Sullivan, o campo social é a base da teoria relacional, por causa das interações e relações que derivam desta configuração. Compreendendo, deste modo, a psique de um indivíduo como “uma parte e um reflexo de um todo maior”, e é “inconcebível fora da matriz social” (p. 68). Assim, para apreender a “natureza da experiência deve-se considerá-la dentro daquele ambiente” (Greenberg & Mitchell, 1994, p.66).

Segundo Sullivan (1964), as fases desenvolvimentais do sujeito não ocorreriam sem o entorno relacional. O contexto no qual se vive/convive com o outro produz o conhecimento acerca das demais configurações relacionais. Na teoria deste autor, a existência do indivíduo depende de suas relações com os outros. Hall, Lindzey e Campbell (2000) expõem que, segundo Sullivan, antes mesmo do nascimento e ao largo da vida “somos parte de uma situação interpessoal, e pelo resto de nossa existência continuaremos a ser membros de um campo social” (p. 87)

A estruturação da teoria de Sullivan se fundamenta na compreensão de que “o comportamento e a personalidade dos indivíduos se desenvolvem a partir das relações com pessoas consideradas importantes para eles” (p.206), principalmente através das interações com seus cuidadores primários (pai e mãe). Conquanto, compreende que as fases desenvolvimentais do indivíduo “possam ser de caráter universal, não existem limites definidos para cada uma delas, as quais recebem grande influência das diferenças culturais” (p.206). Nesta teoria, os cuidados adequadamente exercidos pelas pessoas com alto grau de significação – como a mãe e o pai, repercutem no desenvolvimento mais sadio, na capacidade do sujeito de confiar e se sentir seguro e nos sentimentos de satisfação (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

Segundo Sullivan, as necessidades nos indivíduos geram motivações de duas amplas categorias de necessidades: as de satisfação e as de segurança. Para este autor, a inadequação no intercâmbio/troca entre o organismo e o ambiente, neste espaço interacional, das necessidades de segurança gera na criança a ansiedade. A vivência do estado de ansiedade experienciado pela criança pode acarretar intenso sofrimento e consequências dolorosas (Greenberg & Mitchell, 1994; Bretherton, 2008).

Sensações de medo, dor, fome ou estímulos sensoriais demasiadamente fortes, originam no recém-nascido um estado de angústia antes não experimentado. Sullivan ainda refere que o sentimento de ansiedade é transmitido do cuidador para o bebê, criando-se então um *ciclo de influências*, podendo-se pensar inclusive num sistema de interações que se retroalimentam. Nesta relação, o *self* é organizado com o objetivo de evitar as interações ansiogênicas com os cuidadores, procurando manter mínimos os níveis de ansiedade (Greenberg & Mitchell, 1994). Outro aspecto salientado é a consequência da comunicação inadequada (num campo interpessoal, de indivíduo para indivíduo) no aparecimento de algumas formas de doença mental (Sullivan, 1964). As patologias são compreendidas pelo autor como síndromes, indícios que “caracterizam a integração da relação com os outros, formando os processos de viver” (Greenberg & Mitchell, 1994, p. 66).

A Prática da Tecedura: Sidney Blatt

Sobre a supervisão de Sidney Blatt, teorias distintas se entrelaçaram para compor uma ferramenta de análise num método projetivo de avaliação psicológica. Para tanto, conforme já descrito, este autor condensou abordagens voltadas para o modo como os indivíduos se constituem frente suas etapas evolutivas e frente a outros seres humanos (Blatt, Auerbach, Levy & Meehan 2007). O pressuposto existente para esta análise se baseia na existência de uma interação mútua e constante entre: “as relações interpessoais passadas, presentes e o desenvolvimento das representações de objeto” (Santos & Vaz, 2006, p. 250).

Segundo Blatt (2001, 1995, 1991), as contribuições da psicanálise, da teoria do apego e do desenvolvimento cognitivo, evidenciaram que as interações do indivíduo com os outros ao longo da vida, especialmente nas primeiras experiências relacionais do recém-nascido com sua mãe, estabelecem e estruturam as dimensões afetivas e cognitivas do sujeito. Essas dimensões afetivas e cognitivas são estabelecidas conforme a criança amadurece e experiência/vivencia diferentes processos desenvolvimentais constituindo os esquemas deste pequeno indivíduo sobre si mesmo e sobre o mundo.

A ênfase em representações internas na teoria psicanalítica mostra-se, neste viés, consistente com a evolução da cognição social e com o processamento cognitivo. Assim, tanto a teoria do apego como as relações de objeto compreendem que a representação de *self* e as relações com os outros não serão internalizadas pelo infante como *imagens estáticas*. Estas construções formam-se ao redor das vivências fundamentais de trocas positivas e negativas nas interações com o cuidador (Bretherton, 1987; Zeanah & Anders, 1987; Blatt, 1995, 2001).

Exemplificando esta aproximação, observa-se que na teoria de Sullivan a experiência com outros significativos torna-se importante não somente porque as iterações ambientais são fundamentais para o infante, mas porque o “bebê está procurando por certos tipos de experiências, preparado para um entrosamento especificamente humano” (Greenberg & Mitchell, 1994, p. 67). Na abordagem de Sullivan as *necessidades de satisfação* do bebê agem como disposições integradoras da criança, enquanto que na alegação de Bowlby, o bebê é antecipadamente *programado para o apego*. Neste ponto está a premissa comum de que o “bebê traz à sua experiência uma herança filogenética elaborada” (p.75). Ainda, para estes autores, a teorização de Bowlby encontra-se abrangida pelo modelo estrutural-relacional e está intimamente ligada a teoria de Sullivan. (Greenberg & Mitchell, 1994).

Estas representações internas, portanto, possuem elementos cognitivos, afetivos e experienciais, conscientes e inconscientes, que resultam das interações interpessoais mais significativas nas primeiras fases da vida infantil (Blatt, 1991, 1995, 2001). Estes “esquemas cognitivo-afetivos podem envolver representações verídicas da realidade consensual, construções idiossincráticas e criativas, ou distorções primitivas e patológicas que sugerem psicopatologias” (Blatt 2001, p.99).

Para Blatt (1991), as formulações de psicopatologia em adultos a partir de uma perspectiva de desenvolvimento não só têm “valor heurístico em proporcionar uma forma mais válida e confiável e de estabelecer diagnósticos diferenciais na prática clínica e da investigação” (p. 97), mas também podem fornecer mais “articulação precisa de alguns fatores psicológicos e interpessoais que levam à formação de vários tipos de psicopatologia em adultos”(p.97). Nesta perspectiva, as deficiências e carências na diferenciação das representações de mundo (outro) costumam gerar as patologias e enfermidades. Estas carências formam-se como consequência de graves perturbações da relação entre criança-mãe (Blatt 1991, 1995).

A qualidade das relações interpessoais determina as “características no mundo interno representacional, através da internalização” (Campos, 2000, p. 315). Por outro

lado, as “estruturas internas determinam e moldam as subsequentes experiências relacionais, estas relações e representações evoluem numa interação recíproca e dialética” (Campos, 2000, p. 316). O desenvolvimento das estruturas representacionais está determinado pela sua matriz relacional (mãe), pela sua cultural (sociedade) e também pelas predisposições biológicas da criança (Blatt & Lerner, 1983; Campos, 2000).

Com base nos construtos teóricos apresentados até aqui, Blatt e sua equipe de colaboradores (Blatt & Ritzler, 1974; Blatt & Wild, 1976; Blatt, Brenneis, Schimek & Glick, 1976; Blatt, Schimek & Brenneis, 1980; Blatt, Auerbach, Levy & Meehan, 2007) desenvolveram um primeiro instrumento que objetivou identificar, através das respostas dadas ao Método de Rorschach, o nível de desenvolvimento das representações de objeto e do conceito de objeto expressos pelos sujeitos respondentes. Esta equipe identificou e catalogou os possíveis indícios de representação humana nas respostas ao teste, comparando-os às patologias apresentadas pelos pacientes-respondentes.

Segundo Blatt e Lerner (1983), a proposta desta escala é centrada na análise da estrutura das respostas e não em sua interpretação. Este instrumento possui como pressuposto a associação entre as dimensões estruturais da representação do objeto e a concepção que este indivíduo possui sobre as pessoas, incluindo a si mesmo, e suas interações reais e potenciais. Desse modo tem-se uma tentativa de analisar, de forma mais objetiva, o material projetivo (Blatt & Lerner 1983).

As pesquisas desenvolvidas por Blatt, Brenneis, Schimek e Glick (1976), são precursoras na tentativa de quantificar e qualificar aspectos tão subjetivos do indivíduo. Utilizando o estímulo do Método de Rorschach, Blatt e seus colaboradores identificaram nas respostas os conteúdos respectivos à qualidade das figuras humanas percebidas e projetadas neste teste. Possuindo esta base referencial, outros autores conseguiram ampliar e aprofundar os critérios de análise da Escala de Representação Objetiva. Deste modo surge a Variável de Representação Humana utilizada por Viglione, Perry, Jansak, Meyer e Exner (2003) no mesmo método projetivo.

Segundo Meyer e Viglione (2008) as características analisadas são relacionadas às representações boas e más da figura humana, identificando o funcionamento saudável pela percepção de si e dos outros, de forma: completa, precisa, realista, íntegra, independente e geralmente benevolente; e definindo a má representação como: imagem parcial, distorcida, confusa, danificada, emaranhada ou fundida e, em geral, malévolas ou agressivas. Estes autores ainda afirmam que as relações de objeto mais saudáveis são aquelas em que os

outros humanos são vistos exatamente como um todo completo, “que não são embelezados com míticas ou atributos ficcionais” (p. 285).

Considerações Finais

No presente estudo foram revisitadas algumas das principais abordagens que pesquisam a matriz relacional do indivíduo. Matriz como o lugar no qual o sujeito é gerado e criado, sendo a nascente da concepção do ser humano. Entrelaçando os conceitos abordados, cai-se na tentação de estruturar brevemente um diálogo entre os principais autores trabalhados para, enfim, findar estas considerações como um dos objetivos desta dissertação.

Conforme visto, ao longo da vida, diversos ciclos (revoluções) desenvolvimentais são suplantados em busca da quimérica completude do ser, em suas mais diversas expressões. Para tanto, as necessidades da criança (físicas e emocionais) deveriam ser supridas de modo que possibilitem a aquisição de um amadurecimento emocional saudável, para assim perceber ao outro como alguém confiável e protetor. Estes modelos relacionais apreendidos na infância são conservados e influenciam os demais relacionamentos deste ser humano, em suas demonstrações mais distintas (Bowlby, 1989; 1998b).

Nessa interação emergem as mútuas modificações (eu-outro), através de diversas trocas e transformações. Pertencendo ao mundo por meio da ação frente a ele, e do aprendizado de suas regras, leis e constituições (Piaget, 1973). Fazendo parte, portanto, de algo maior, que constitui o homem através das interações. Destarte, a relação com os outros o certifica como humano (Sullivan, 1963). As pessoas não se formam isoladamente, elas são relacionadas a tudo o que as cercam, numa interdependência entre o sujeito e seu ambiente (Winnicott, 1997). São, deste modo, nominadas como indivíduos, mas carregam a história da civilização (sociedade/família) que os forma.

Esses desenvolvimentos conceituais, apresentados ao longo da sessão, refletem a necessidade deste diálogo ‘multiteórico’, ou melhor ‘interteórico’, para ampliar o conhecimento e a visão sobre as atuais demandas humanas. Esta análise sem pré conceitos objetivou associar as representações interna e externa de mundo do sujeito. Enfatizando, portanto, as configurações do desenvolvimento nas relações e representações objetais.

Referências

- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the mother-infant relationship. Child Development, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M. D. S. (1985) Attachments across the lifespan. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61, (9), 792-812.
- Ainsworth, M. D. S. & Bowlby, J. (1991), An ethological approach to personality development. American Psychologist, 46, 331-341.
- Almeida, V., Lopes, M. & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. Revista Escola de Enfermagem 39 (2), 202-210.
- Blatt, S. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. Journal of Nervous and Mental Disease, 179, 449-458.
- Blatt, S. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.). Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Emotion, Cognition and Representation (pp. 1-33). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Blatt, S. (2001). El Rorschach en el siglo XXI. Abreletras – Psicodiagnostico, 4, 11-37.
- Blatt, S., Auerbach, J.; Levy, K.; Meehan, K. (2007). Concept of the Object on the Rorschach Scale. In: Bornstein, R.; Masling, J. Scoring (Eds.), Scoring the Rorschach: Seven Validated Systems (pp. 97-133). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Blatt, S., Brenneis, C., Schimek, J., & Glick, M. (1976). Normal development and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach. Journal of Abnormal Psychology, 85, 364-373.
- Blatt, S & Lerner, H. (1983). The psychological assessment of object representation. Journal of Personality Assessment, 47, 17-28.
- Blatt, S., & Ritzler, B. (1974). Thought disorder and boundary disturbances in psychosis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 370-381.
- Blatt, S., Schimek, J., & Brenneis, C. (1980). The nature of the psychotic experience and its implications for the therapeutic process. In Strauss, Bowers, Downey, Fleck, Jackson, & Levine (Eds.). The psychotherapy of schizophrenia (pp 115-129). New York: Plenum.
- Blatt, S. & Wild, C. (1976). Schizophrenia: A developmental analysis. New York: Academic Press.
- Bowlby, J. (1990). Apego e perda: Apego, a natureza do vínculo (Vol 1). São Paulo: Martins Fontes.

- Bowlby, J. (1998a). Apego e perda: Separação, angústia e raiva (Vol. 2). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1998b). Apego e perda: Perda, tristeza e depressão (Vol. 3). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1997). Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1989). Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (2002). Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes.
- Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. In: J. Osofsky (Org.), Handbook of infant development. (pp. 1061-1100). New York: Wiley-Interscience.
- Bretherton, I. (1992). The Origins Of Attachment Theory: John Bowlby And Mary Ainsworth. Developmental Psychology, 28, 759-775.
- Bretherton, I. (2008). Theoretical Contributions from Developmental Psychology. In: P. Boss, W. Doherty, R. LaRossa. Sourcebook of Family Theories and Methods: A Contextual Approach. New York: Springer-Verlag.
- Campos, R. (2000). Síntese dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre a depressão. Análise Psicológica, 3, 311-318.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. Em J. Cassidy & P. Shaver (Orgs.), Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications (pp. 3-20). New York: Guilford.
- Chalon-Blanc, A. (1997). Introdução a Jean Piaget. Lisboa: Instituto Piaget.
- Coelho Junior, N.; Simão, L.; Souza, M. (2001). Noção de objeto, concepção de sujeito: Freud, Piaget e Boesch. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dalbem, J. & Dell'Aglio, D. (2005). Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 57, 12-24.
- Exner, J. & Sendín, C. (1999). Manual de Interpretação do Rorschach para o Sistema Compreensivo. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Forgas, J. P. (2001). Feeling and thinking: The role of affect in social cognition. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Freud, S. (1938/1975). Esboço de Psicanálise. In: J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol.21, pp. 27-82). Rio de Janeiro: Imago.

- Greenberg, J. R. & Mitchell, S. (1994). Relações objetais na teoria psicanalítica. Porto Alegre: Artmed.
- Hall, C.; Lindzey, G. & Campbell, J.B. (2000). Teorias da Personalidade. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Kesselring, T. (2008). Jean Piaget. 3. ed.rev.ampl. Caxias do Sul: EDUCS.
- La Taille, Y; Oliveira, M.; Dantas, H. (1992). Piaget, Vigotsky, Wallon: Teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security of infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. Em I. Bretherton & E. Waters (Orgs.), Growing points of attachment theory and research (pp.66-106). Chicago: University of Chicago Press.
- Meissner, W. (1979). Internalization and object relations. Journal of the American Psychoanalytic Association, 27, (2), 345-360.
- Meyer, G. & Viglione, D. (2008). An Introduction to Rorschach Assessment. In R. Archer, & S. Smith, A guide to personality assessment: evaluation, application and integration (pp. 281-336). New York: Routledge.
- Paz, O. (2009). Pedra de Sol. (Edição Bilingue). São Paulo: Annablume Editora.
- Perraudeau, M. (1996). Piaget hoje: respostas a uma controvérsia. Lisboa: Instituto Piaget.
- Piaget, J. (1973). La representacion del mundo en el niño. Madrid: Ediciones Morata.
- Piaget, J. (1981). Lógica e conhecimento científico. Porto: Livraria Civilização.
- Piaget, J. (1990). A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação. Rio de Janeiro: LTC.
- Piaget, J. (2002). Seis estudos de psicologia. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Pontes, F. R., Silva, S. S. C., Garotti, M. & Magalhães, C. M. C. (2007). Teoria do apego: elementos para uma concepção sistêmica da vinculação humana. Aletheia, 26, 67-79.
- Ramires, V., R. (2003). Cognição Social e Teoria do Apego: Possíveis Articulações. Psicologia: Reflexão e Crítica, 16 (2), 403-410.
- Ramires, V. R. & Schneider, M. S. (2010) Revisitando alguns Conceitos da Teoria do Apego: Comportamento *versus* Representação. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26 (1), 25-33.
- Salem, P. (2006) O Reconhecimento da Alteridade e o Mito da Indiferenciação: perspectivas sobre o desenvolvimento infantil. Mnemosine 2, (2), 33-55.
- Sandler, J., & Rosenblatt, B. (1962). The concept of the representational world. The Psychoanalytic Study of the Child, 17, 128-145.

- Santos, M. A. dos, & Vaz, C. E. (2006). Representação de objeto e organização psíquica: Integração dinâmica dos dados do Rorschach. Psico, 37, (3), 249-261
- Spitz, R. A. (2000). O primeiro ano de vida. São Paulo: Martins Fontes.
- Sullivan, H. S. (1964). La teoria interpersonal de la psiquiatria. Buenos Aires: Psique.
- Sullivan, H. S. (1963). Estudios Clínicos de Psiquiatria. Buenos Aires: Psique.
- Viglione, D. J., Perry, W., Jansak, D., Meyer, G. & Exner, J. E. (2003). Modifying the Rorschach human experience variable to create the human representational variable. Journal of Personality Assessment, 81 (1), 64-73.
- Winnicott, D. W. (1975). O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1996). Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1997). Pensando sobre crianças. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (2001). A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2007). O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed.
- Zamberlan, M., A. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. Estudos de Psicologia, 7 (2), 399-406.
- Zeanah, H (2009). Handbook of infant mental health. New York: Guilford.
- Zeanah, H., & Anders, F. (1987). Subjectivity in parent-infant relationships: A discussion of internal working models. Infant Mental Health Journal, 8, 237-250.
- Zimerman, D. (1999). Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed.

SEÇÃO II

Crianças Vítimas de Abuso Sexual Intrafamiliar e suas Respectivas Mães: Autopercepção, Relações Interpessoais e Representação de Objeto

Introdução

No atual panorama do Brasil, assim como no mundo, a violência que vitima a criança é considerada um grave problema de saúde pública. Esta constatação muito se deve às elevadas taxas de morbimortalidade da população infantil, e dos múltiplos fatores de sua causa, fato este que prejudica as efetivas ações para sua prevenção (OMS, 1995; Mello & Souza, 2006; Sávio & Smalet, 2006).

A etiologia e os fatores determinantes do ato abusivo contra a criança são amplos. Dentre estes fatores prevalecem situações como: desrespeito aos direitos humanos, exclusão social, negligência (ou permissividade) legal, políticas públicas preventivas ineficientes, relações familiares disfuncionais, abuso de substâncias psicoativas, tabus e segredos, entre inúmeros outros fatores envolvidos (ABRAPIA, 2003; Pedersen & Grossi, 2011; Faleiros, 2000; Furniss, 2002).

Entre as formas de expressão hediondas da violência, insurge o abuso sexual contra o menor praticado no âmbito familiar. O abuso sexual intrafamiliar é caracterizado pela utilização da criança para a obtenção de estimulação e gratificação sexual por parte do adulto, ou mesmo de um adolescente mais velho, pertencente ao meio intrafamiliar e baseado em uma relação de poder. A posição indefesa na qual a criança se encontra, assim como o lugar de confiança que o agressor está, por pertencer ao meio familiar, facilita o encobrimento do crime, a persuasão e a intimidação do menor (ABRAPIA, 2003; Ministério da Saúde, 2002b).

Esta prática violenta possui elevada prevalência, mas suas consequências apresentam-se de magnitude incomensurável e infundável. A repercussão deste tipo de violência pode gerar na criança problemas sociais, psicológicos e cognitivos por toda a sua vida. Segundo Faleiros (2000), as situações de abuso originam graves traumas a vítima, desrespeitando seu nível de desenvolvimento, seu saber e sua compreensão.

Difícil dimensionar o agravo causado à criança quando o abusador possui o papel social e histórico de cuidador. Os infantes abusados por pais, avós, tios ou outro membro importante de sua família constituirão uma imagem distorcida dos relacionamentos interpessoais e do mundo, em se comparando com as crianças que se desenvolveram em

ambiente saudável, num contexto familiar amoroso, protetor e com fronteiras bem definidas. O abuso sexual fornece à criança em desenvolvimento informações errôneas sobre os relacionamentos, pois a mesma pessoa que a cuida é seu algoz (Ferreira & Rocha, 2011; ABRAPIA, 2003; Giberti, 2005).

Desta dupla mensagem passada pelo agressor, a criança compreende que só receberá “afeto” se algo de valor der em troca, como seu corpo. Em virtude das mensagens passadas pelo abusador, frequentemente os impúberes crescem sentindo que não tem valor. Difícil se torna a retomada da confiança em outrem, podendo gerar graves problemas em seus relacionamentos sociais e repercussões na vida adulta (Furniss, 2002; Ferreira & Azambuja, 2011; ABRAPIA, 2003).

As repercussões dessa violência perpassam os papéis de agressor-vítima, alastrandose por toda a estrutura familiar. Favorece, destarte, a estratificação de padrões relacionais, que podem ser transmitidos através de gerações numa reprodução dos modelos interacionais nos diversos relacionamentos. Segundo Cerveny (1994), a importância da família para o ser humano é um fator indiscutível. Exemplo claro dessa importância é a perpetuação da força familiar através de gerações pela transmissão dos legados familiares.

Essas transmissões transgeracionais (Wagner, 2005) carregam a identidade familiar, e elucidam as significações das transações e idiosincrasias características do funcionamento familiar. Os pressupostos que fundamentam a transmissão transgeracional referem que “todo o indivíduo se insere em uma história preexistente, do qual ele é herdeiro e prisioneiro” (p.26). O legado familiar constitui a identidade individual do sujeito, e esta identidade define seu lugar na família e no mundo.

Quando este lugar destinado ao indivíduo significa uma prisão de grandes sofrimentos, como nas situações de abuso sexual, o funcionamento familiar torna-se disfuncional. Conforme Santos e Dell’Aglío (2009), a inadequação dos modelos parentais, ou a ausência de modelos familiares saudáveis e protetivos, favorecem a perpetuação de padrões interacionais desadaptativos nas interações cuidador-infante. A responsividade das mães perante o abuso de seus filhos envolvem aspectos relacionados a sua maternidade, a sua história e a sua visão como sujeito.

O papel da mãe/cuidador e da família no desenvolvimento constitutivo e afetivo infantil é reconhecido há muitos anos na literatura psicológica. Barbieri, Jacquemim e Alves (2005) desenvolveram uma pesquisa sobre o significado de uma mãe *suficientemente boa*. Neste estudo, analisaram do ponto de vista de autores psicanalíticos, como Winnicott, e concluíram que as características maternas que promoviam um

harmonioso e saudável desenvolvimento infantil consistiam principalmente em ser uma cuidadora boa e forte servindo como adequado objeto de identificação.

Para Winnicott, esta *mãe suficientemente boa* esta vinculada à qualidade de seus objetos internos. Partindo da premissa de que esta mãe é aquela que coopera para promover e amparar melhor o seu filho (Barbieri, Jacquemim & Alves, 2005). Este autor ainda infere que a qualidade do ambiente exerce papel fundamental no desenvolvimento saudável do infante, visto que no primórdio de sua vida, a criança é dependente do meio que a cerca. Neste ambiente é capaz de realizar o desenvolvimento pessoal de acordo com suas tendências herdadas (Winnicott, 1996).

Como contraponto está a ausência desta relação suficientemente boa, causando prejuízos severos no controle pulsional e nos relacionamentos interpessoais (Barbieri, Jacquemim & Alves, 2005). Neste sentido, Pelisoli e Dell'Aglio (2007) realizaram um estudo sobre a percepção familiar das vítimas de abuso sexual. Observaram um distanciamento dos membros da família com alta diferenciação entre o poder hierárquico de uns membros sobre outros. Identificaram também, um padrão de funcionamento instável e desequilibrado, com baixo nível de afetividade e alto nível de conflito.

A percepção limitada ou comprometida de si próprio deixa o sujeito mais suscetível a apresentar dificuldades de ajustamento, autocrítica negativa e inadequada apreensão de quem ele realmente é. No entanto, quanto mais e melhor o sujeito alcance sua verdadeira natureza e sua autopercepção, igualmente mais e melhor se sentirá bem consigo mesmo (Weiner, 2000).

A natureza da intimidade física e psicológica é definida pela proximidade das relações interpessoais. A capacidade básica de estabelecer vínculos entre a “criança e aqueles que zelam por ela, e a capacidade de se ligar a pessoas significativas em relacionamentos íntimos e de apoio mútuo se estende ao longo da vida, favorecendo uma boa adaptação e senso de bem-estar” (p.158). As positivas experiências de cuidados desenvolvem na criança o senso de confiança e a capacidade para formar vínculos com outras pessoas (Weiner, 2000).

Devido aos agravos vivenciados pelas crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar, entende-se, que é de relevância investir no estudo das marcas deixadas pela compleição matricial do indivíduo, fundada nas primeiras interações mãe-bebê, pois estas constituem e influenciam os padrões interacionais deste sujeito para com seus semelhantes. Estes infantes foram expostos à violência sexual em diferentes momentos de seu desenvolvimento, e o perpetrador de tal brutalidade se faz pertencente ao meio familiar.

Justificado por toda a referência que evidencia a importância materna e o núcleo matricial para a criança, fez-se também o questionamento de como estas mães vivenciaram e concebem suas próprias percepções, relações interpessoais e objetivos. Este estudo, portanto, objetiva compreender e identificar a qualidade da autopercepção, das relações interpessoais e da representação de objeto nas crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar, assim como, nas suas respectivas mães, cumprindo assim o objetivo principal da presente Dissertação.

Método

Delineamento

Este estudo é quantitativo, de tipo transversal, possuindo em um primeiro momento um enfoque descritivo para a análise dos dados e, posteriormente, uma comparação com os referenciais normativos do Método de Rorschach.

Sujeitos

A amostra, localizada por conveniência, foi constituída por 48 sujeitos. Mas especificamente os sujeitos participantes foram divididos em dois grupos. O primeiro grupo (G1) ficou constituído por 12 crianças, com idades entre 6 a 11 anos, vítimas de abuso sexual intrafamiliar e suas respectivas mães (12 mães). Estas crianças, do G1, foram localizadas no Serviço de Proteção à Criança (SPC), do Posto de Saúde do IAPI; e no Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil (CRAI) do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), ambos na cidade de Porto Alegre, no período de dezembro de 2009 a julho de 2010. Toda a coleta da pesquisa foi realizada após a denúncia de abuso sexual na Delegacia de Polícia Para Criança e Adolescentes (DECA) e da perícia médica e/ou psicológica. O segundo grupo (G2) foi constituído por 12 crianças da população geral, de escolas públicas da mesma cidade e suas respectivas mães (12 mães). As características apresentadas pelos componentes do G1 (crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar) quanto à idade e ao gênero, deram origem às características para a organização do G2 (crianças sem história de abuso sexual intrafamiliar). Para a inclusão das crianças no G1 os critérios foram: concordância da mãe e do filho(a) para participarem do estudo, ausência de comprometimento intelectual e apresentação de história de abuso sexual intrafamiliar. Para a inclusão das crianças no grupo G2 os dois primeiros critérios foram os mesmos acompanhados de ausência de história de abuso sexual intrafamiliar.

Instrumentos

A fim de obter dados que caracterizassem os participantes (crianças e mães) do estudo foi utilizada uma Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos (ver Anexo C), elaborada para uso específico deste estudo. A Ficha contém itens para registrar informações sobre: sexo, idade, escolaridade, composição do núcleo familiar, identificação da natureza do ato violento, entre outros.

Para excluir casos (crianças) com suspeita de comprometimento intelectual foi administrado, de forma individual, o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial (Angelini, Alves, Custódio, Duarte & Duarte, 1999) específica para sujeitos com idades entre 06 e 11 anos e meio. A administração foi realizada seguindo as instruções usuais que constam no manual, prevendo-se uma duração média de 20 a 30 minutos. O Teste de Matrizes Progressivas foi desenvolvido originariamente pelo psicólogo J. C. Raven e foi criado como medida do fator "g", com base no referencial de Spearman. Como uma tarefa a ser cumprida, pode ser descrito como um teste de completamento e, em termos do tipo de item, é um teste de escolha entre soluções alternativas. O caderno administrado é dividido em séries de matrizes ou desenhos que apresentam um problema introdutório, cuja solução é clara, fornecendo um padrão para a tarefa, que se torna progressivamente mais difícil. A Escala Especial compreende três séries (A, Ab, e B). As respostas são classificadas como positivas ou negativas e cada resposta certa recebe um ponto, o total de pontos é o escore obtido pelo sujeito. Este escore é transformado em percentil através do uso de uma tabela específica em associação com a idade do sujeito, assim poderá ser estimado o nível intelectual de cada participante da amostra.

Para identificar problemas de comportamento foi utilizado o CBCL, ou Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência (Bordin, Martin & Caeiro, 1995), que foi respondido pelas mães das crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar e sem história de abuso sexual intrafamiliar. O CBCL apareceu originalmente, em 1983, no *Manual for Child Behavior Checklist/4-16* (Achenbach & Edelbrock, 1983), sendo revisado em 1991, abrangendo o período etário de 4 a 18 anos (Achenbach, 1991). A primeira versão foi traduzida para o português por Baptista, em 1989 (apud Bordin, Martin & Caeiro, 1995). A versão, usada no Brasil, exigiu a adaptação da versão portuguesa e refere-se ao CBCL/4-18. Foi revisada por pessoa bilíngue, com supervisão do próprio autor, "mantendo equivalência semântica e de conteúdo com o questionário original" (Bordin, Martin & Caeiro, 1995, p.65). O CBCL é um questionário, desenvolvido com rigor metodológico,

que avalia competência social e problemas de comportamento, proporcionando boa abrangência de sintomas comuns na infância e adolescência. Tem sido utilizado internacionalmente, em pesquisas, havendo versões em cerca de trinta idiomas. Bordin e colegas (1995) apresentam dados satisfatórios de vários estudos sobre fidedignidade e validade e desenvolveram uma pesquisa em que foi comprovada boa sensibilidade do instrumento (87%), de vez que conseguiu identificar 75% dos casos classificados como leves, em exame psiquiátrico, 95% dos moderados e 100% dos graves.

Para avaliar os aspectos de autopercepção, relações interpessoais e da representação do objeto (nas crianças e suas mães, dos grupos G1 e G2) foi utilizado o Método de Rorschach. Este instrumento foi elaborado por Hermann Rorschach em 1918 na Suíça, é uma técnica de avaliação projetiva construída para a verificação da estrutura da personalidade do indivíduo e o funcionamento de seus psicodinamismos. O instrumento é composto por dez cartões, cinco contendo manchas escuras e outros cinco contendo manchas coloridas, as quais servem de estímulos pouco organizados que levam o indivíduo em avaliação a expressar conteúdos associativo-perceptivos representativos de seu mundo interno. A aplicação foi realizada de forma individual, com a instrução de o examinando relatar “o que isto poderia ser?” (Exner, 1999, p.15) referente às manchas nos cartões. Neste estudo foi tomada como referência a classificação e interpretação das respostas ao Método de Rorschach, seguindo o Sistema Compreensivo de John Exner (Exner, 1999; Viglione, Perry, Jansak, Meyer & Exner, 2003, Exner & Sendín, 1999, Weiner, 2000, Nascimento, 2010). Trata-se de um procedimento padrão com critérios específicos para codificação de respostas que considera o modo como o sujeito soluciona o problema de dizer o que as manchas poderiam ser. As verbalizações, categorizadas como respostas, foram classificadas seguindo o Sistema Compreensivo e analisadas pelo software “Rorschach Interpretation Assistance Program: Version 5 (RIAP5-FE)”.

Procedimentos para coleta de dados

Após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética e Pesquisa da PUCRS (ver Anexo A), e do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (ver Anexo B), foram contatadas as coordenações do Serviço de Proteção à Criança (SPC), no Posto de Saúde do IAPI; e do Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil (CRAI) no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) da cidade de Porto Alegre para apresentar o projeto e obter a autorização necessária para desenvolver a pesquisa nesses serviços e estruturar composição da amostra do grupo G1. Esclarecimentos e reuniões com os

coordenadores e chefias dos serviços foram particularmente importantes e necessárias para se estabelecer um plano adequado para a operacionalização do estudo e testagem das crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar e suas respectivas mães.

Obtida estas autorizações foi possível abordar e convidar as mulheres mães das crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar e suas(eus) filhas(os) para participarem da pesquisa. No momento da primeira abordagem foi explicitado pessoalmente, de forma detalhada, a natureza e relevância do trabalho a ser desenvolvido destacando os principais objetivos do estudo e esclarecendo as possíveis dúvidas. Após a efetiva concordância da mãe e da criança vítima de abuso sexual intrafamiliar em participar, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Anexo D) e definido o início do trabalho através do agendamento de dois encontros (nos locais de atendimento – CRAI ou SPC) para a administração dos instrumentos.

Foram necessários dois encontros de aproximadamente 60 minutos com a mãe da criança vítima de abuso sexual intrafamiliar. No primeiro para preencher a Ficha de Dados Pessoais e Sóciodemográficos e responder ao Método de Rorschach (administrados pela pesquisadora responsável pelo estudo) e no segundo encontro para dar resposta ao CBCL (administrada por um integrante do grupo de pesquisa). Concomitantemente foram realizados também, dois encontros de aproximadamente 60 minutos com a criança, o primeiro para a aplicação do Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (por um integrante do grupo de pesquisa) e o segundo encontro para a aplicação do Método de Rorschach (pela pesquisadora).

No decorrer dos encontros o trabalho poderia ser suspenso em razão de: a) observação de sintomas que denunciam mobilização afetiva excessiva que possa comprometer o andamento científico da coleta de dados e/ou o bem-estar psicológico da mãe ou da criança; b) constatação de que a mãe é portadora de condições psicopatológicas incompatíveis com a prestação de informações confiáveis. No caso da confirmação destes aspectos, era realizada uma orientação adequada (à própria mãe e/ou à técnica responsável por ela no CRAI ou SPC) e encaminhamento para avaliação ou acompanhamento especializado nos próprios serviços em que o estudo estava sendo operacionalizado.

Para a composição da amostra do grupo G2 foram realizados contatos com instituições escolares públicas de Porto Alegre, que possuíam alunos com idades entre 6 e 11 anos, para obter a autorização necessária para a testagem das crianças e suas respectivas mães. Previamente à administração dos instrumentos, foi encaminhada uma carta aos pais e/ou responsáveis dos alunos, acompanhada de um Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (ver Anexo E) com o objetivo de explicar a natureza e relevância do trabalho a ser desenvolvido, bem como obter (dos pais e/ou responsáveis) autorização de participação da criança e sua respectiva mãe. De posse do consentimento de participação foram agendados dois encontros (que seguiram a mesma organização prevista para a coleta de dados do G1) para a administração individual dos instrumentos (mãe e criança) na própria instituição escolar. A interrupção dos trabalhos seguiu os mesmos critérios anteriormente mencionados e, caso se mostrasse necessário, o encaminhamento para avaliação ou o acompanhamento especializado este era realizado para o Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP) da PUCRS.

Procedimento para Análise dos Dados

Todas as informações coletadas, a partir dos instrumentos, foram organizadas em banco de dados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences SPSS*, versão 17.0. Inicialmente, para conhecer as características pessoais/sociodemográficas (crianças e mães) e comportamentais (crianças) da amostra, foi realizada uma análise descritiva dos dados através de cálculo de frequências, médias e desvio padrão.

Após a administração do Método de Rorschach todos os protocolos foram codificados pela mestrandia. Os primeiros doze protocolos obtidos na composição da amostra foram também classificados por um juiz experiente nesse Método. O juiz não teve conhecimento do grupo de vítimas e não vítimas ao qual pertencia o protocolo codificado. Esse procedimento se mostrou fundamental para minimizar julgamentos idiossincráticos e subjetivos. Classificadas as respostas para estes primeiros 12 protocolos, foi calculado o índice de concordância entre a mestrandia e o juiz por meio do teste estatístico Kappa. O coeficiente Kappa deve apresentar valores acima de 0,61 para que a concordância obtida seja considerada adequada, portanto os valores maiores do que 0,81 indicam concordância excelente, entre 0,61 e 0,81 a concordância é considerada satisfatória e abaixo de 0,61 é considerada não-aceitável (Landis & Koch, 1977). Segundo Exner & Sendin (1999), se a concordância entre o psicólogo que aplica uma técnica e o juiz for boa em pelo menos 20% dos casos da amostra, é possível que o pesquisador faça a codificação dos demais casos sem a necessidade da avaliação de todos os casos por juizes. Os procedimentos descritos, destarte, foram adotados nesta pesquisa, e as divergências existentes entre os juizes nos doze protocolos foram abolidas mediante diálogo entre ambos os codificadores. Assim sendo, os juizes retomaram cada uma das discordâncias existentes nos protocolos e

chegaram a um consenso para a codificação única, utilizada na interpretação final dos casos.

As codificações das respostas ao método de Rorschach foram inseridas no Programa RIAPTM5 para compor o sumário estrutural (Exner, 2003; Viglione, Perry, Jansak, Meyer & Exner, 2003). Com o objetivo de identificar as características de autopercepção, relações interpessoais e da representação de objeto nas crianças e suas respectivas mães, dos grupos G1 e G2, foram selecionadas para análise algumas variáveis destes agrupamentos como pode ser visualizadas no Quadro 1.

Quadro 1. Apresentação esquemática das variáveis do Sistema Compreensivo selecionadas para o estudo atual.

<p>1. AUTOPERCEPÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Índice de Egocentrismo (<i>Ego</i>) = níveis de autoestima • Resposta de Reflexo (<i>Fr+rF</i>) = presença de componentes narcisistas • Presença de <i>SumV</i> = presença de autocritica negativa • Presença de <i>FD</i> = capacidade de introspecção • Conteúdos <i>MOR</i> = projeções de conotação negativa e de desvalia • Presença de <i>An</i> e <i>Xy</i> = somados podem indicar questões psicossomáticas • Conteúdos Humanos = Interesse Interpessoal <p>2. RELAÇÕES INTERPESSOAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>CDI</i> = capacidade de manejo das situações, tendência a estabelecer vínculos • <i>HVI</i> = demonstra estado de alerta contínuo • <i>COP</i>; <i>AG</i>; (<i>a:p</i>); <i>PER</i>; <i>Fd</i> = indicadores de condutas e vínculos perante outros • <i>SumT</i> = capacidade de estabelecer relações significativas • <i>Isolete/R</i> = nível de isolamento • Somatório de Conteúdos Humanos (<i>SumH</i>) = interesse por pessoas, diferenciação da própria identidade • Proporção de <i>GHR</i> e <i>PHR</i> = representação de si e dos outros e aspectos das relações interpessoais <p>3. GHR PHR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>H</i>, (<i>H</i>), <i>Hd</i>, (<i>Hd</i>), <i>Hx</i> = respostas de conteúdo humano. • <i>M</i> = respostas que contenham movimento • <i>FM</i> com códigos especiais <i>COP</i> ou <i>AG</i> <p>4. VARIÁVEIS CONFUNDIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Lambda</i> = objetivação do campo de estímulos • <i>Estilo EB</i> = modo preferencial de resposta às situações • <i>R</i> = Número de Respostas de um protocolo
--

Importante se mostra descrever as variáveis selecionadas na área da personalidade para a presente pesquisa.

Autopercepção

Este agrupamento é constituído pelo conjunto de índices que avaliam os conceitos e atitudes do indivíduo sobre si mesmo. Esquematizando, desta forma, os elementos descritivos e valorativos que o sujeito constitui sobre sua autopercepção para alcançar o conhecimento e a valoração aproximada à sua realidade (Exner & Sendin, 1999).

O índice de Egocentrismo (*Ego*) apresenta informações sobre a autoimagem e a autoestima do indivíduo, delineando a estimativa da preocupação do indivíduo consigo mesmo. Podendo analisar se há indícios de um autocentramento mais evoluído, indicando uma percepção diferenciada de si mesmo, ou, por outro lado, um autocentramento primitivo, imaturo e narcísico (Duarte, 2000). As respostas de Reflexo (*Fr+rF*) demarcam uma tendência acentuada à superestimação do valor próprio, e de uma maior preocupação com necessidades individuais em detrimento às necessidades dos outros (Weiner, 2000).

O somatório das respostas de Vista (*SumV*) e de Forma Dimensão (*FD*) indicam a capacidade do indivíduo para realizar uma introspecção e análise de si, demonstrando a habilidade para o autoconhecimento das peculiaridades individuais. No entanto, quando há exacerbação de respostas de *Vista*, indica a presença de grande ansiedade e sofrimento psíquico, por se tratar de uma percepção mais negativa sobre si (Nascimento, 2010).

A presença do Conteúdo de alimento (*Fd*) sugere um comportamento mais dependente dos outros. Enquanto que a resposta de Conteúdo Mórbito (*MOR*) pode indicar um pensamento pessimista, e uma autoimagem denegrida e negativa de si (Nascimento, 2010).

A presença dos Conteúdos de Anatomia (*An*) e Raio-X (*Xy*), sugerem uma preocupação com o corpo, podendo trazer informações sobre alterações na autoimagem. Demonstra ainda, uma excessiva significação às reações corporais (Exner & Sendin, 1999; Nascimento, 2010). Enquanto que as respostas de Conteúdo Humano, no módulo da autopercepção, auxiliam na compreensão da constituição da autoimagem individual e sua identidade pessoal (Nascimento, 2010).

Relações Interpessoais

O presente agrupamento é composto por variáveis que representam aspectos das “necessidades, atitudes, preconceitos e estilos de respostas que o indivíduo mantém no campo de suas relações com os demais” (Exner & Sendin, 1999, p.163).

O Índice de Déficit Relacional (CDI) e o Índice de Hipervigilância (HVI) permitem avaliar a habilidade ou inabilidade do indivíduo em se relacionar com o outro.

Demonstrando a capacidade para uma aproximação espontânea e sentimentos de segurança nestas interações, ou ainda, antagonicamente, perceber estas aproximações como uma ameaça direcionada ao seu Eu, optando, assim, por distanciar-se (Santos, 2009).

A Textura (*T*), o Índice de Isolamento (*Isolete/R*), e os conteúdos humanos [*H*, (*H*), *Hd* e (*Hd*)] se apresentam como indicadores da capacidade individual em manter um aceitável nível de interesse, conforto e envolvimento interpessoal. Podendo também indicar propensão aos sentimentos de desinteresse, desconforto e falta de engajamento perante as situações sociais (Santos, 2009).

Os Indicadores de cooperação (*COP*), agressão (*AG*), movimentos ativo (*a*) e passivo (*p*), respostas personalizadas (*PER*) e conteúdo de alimento (*Fd*) inferem sobre a capacidade do indivíduo em encontrar o equilíbrio entre as atitudes e posicionamentos de cooperação, competitividade, aceitação e assertividade. Caso não haja este equilíbrio, assinalam a tendência comportamental de submissão ou dominação em suas relações interpessoais (Santos, 2009). As variáveis de *GHR* e *PHR* serão analisadas no próximo item de discussão deste trabalho.

GHR - PHR

As respostas de Representação Humana (*GHR – Good Human Representation e PHR – Poor Human Representation*) indicam a qualidade das percepções humanas e interpessoais. As respostas de Representação Humana de Boa Qualidade (*GHR*) indicam uma positiva representação de si, dos outros e dos relacionamentos, enquanto que as respostas de Representação Humana de Má Qualidade (*PHR*) estão associadas a sujeitos com conflitos em seus relacionamentos, e percepções distorcidas, precárias e hostis dos outros. Estas respostas também analisam “aspectos das relações objetais no funcionamento do ego, a partir da percepção das respostas de conteúdo humano” (Nascimento, 2010, p. 143), e as bases teóricas para a construção desta variável encontram-se nos trabalhos de Blatt, Brenneis, Schimek, & Glick (1976), entre outros (Viglione, Perry, Jansak, Meyer e Exner Jr., 2003; Meyer & Viglione, 2008; Nascimento, 2010).

Variáveis Confundidoras

As variáveis confundidoras, segundo a literatura especializada (Ritzler & Exner, 1995; Dies, 1995), podem interferir significativamente em alguns valores dos índices obtidos através do Método de Rorschach comprometendo, destarte, os resultados. Portanto, considerou-se a necessidade de incluir no estudo outras três variáveis: *Lambda*, Estilo *EB* e

número de respostas (*R*), pois embora não estejam diretamente ligadas aos objetivos teóricos ou empíricos desta investigação, possuem sua importância na validade deste estudo como um todo.

O valor de *Lambda* demonstra o coeficiente pelo qual o indivíduo se mostra disposto a estabelecer uma abertura a um campo de novos estímulos (Exner, 1999, 2003; Exner & Sendin, 1999; Nascimento, 2010). Inferindo a qualidade da percepção do sujeito nas respostas, indicando uma atribuição de forma simplista ou, por outro lado, elaborada, complexa e sofisticada (Santos, 2009, Nascimento, 2010).

O *Tipo de Vivência EB* identifica o estilo de resolução de problemas e de tomada de decisão em meio aos seus pensamentos e suas emoções, sinalizando a maneira como este indivíduo se autopercebe e interage com o meio (Duarte, 2000; Santos, 2009). E, findando, o Número de Respostas (*R*) refere-se ao número total de respostas dadas ao teste, não podendo haver menos de 14 verbalizações das resoluções perceptivas (Exner, 1999).

Resultados

As 24 crianças que compõe a amostra desta pesquisa possuem idades entre 6 a 11 anos, com a prevalência maior do gênero feminino (66,7%) e das idades de 10 (33,3%) e 11 anos (33,3%), adequadamente discriminados na Tabela 1 (juntamente com o respectivo gênero). A maioria das crianças nasceu na cidade de Porto Alegre (G1 = 66,7% e G2 = 83,4%), ou em sua Região Metropolitana (G1 = 25,0% e G2 = 8,3%). Com base nos demais dados levantados através da Ficha de Dados Sociodemográficos se mostra possível comparar as diferenças e semelhanças em cada um dos grupos (vítimas-G1 e não vítimas-G2), que serão apresentadas nas Tabelas 1 a 8 com base em estatísticas descritivas.

Tabela 1. Distribuição em termos de frequência e porcentagens das crianças que compõe os grupos G1 e G2 conforme gênero e idade (n= 24).

Característica	Vítimas G1		Não vítimas G2	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Idade e Gênero				
6 anos – Masculino	1	8,3	1	8,3
7anos – Feminino	2	16,7	2	16,7
9 anos – Masculino	1	8,3	1	8,3
10 anos – Feminino	4	33,3	4	33,3
11anos – Masculino	2	16,7	2	16,7
11 anos – Feminino	2	16,7	2	16,7
Total	12	100%	12	100%

Todas as crianças desta pesquisa encontram-se matriculadas em escolas da rede pública, e estão cursando o Ensino Fundamental do 1º ano até o 6º ano, inclusive os

infantes com idade de 6 anos. Pois a partir da mudança na Lei de Diretrizes e Bases (LDB), foi instituída a obrigatoriedade da matrícula de crianças com 6 anos na primeira série do ensino fundamental (Ministério da Educação, 2004).

Tabela 2. Distribuição em termos de frequência e porcentagens de algumas variáveis escolares das crianças que compõe os grupos G1 e G2 (n= 24).

Característica	Vítimas G1		Não vítimas G2	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Escolaridade*				
1	1	8,3	1	8,3
2 – 3	4	33,3	2	16,7
4 – 5	5	41,7	8	66,7
6 – 7	2	16,7	1	8,3
Repetiu ano escolar				
1° ≥ 2° Anos	3	25,0	-	--
3° ≥ 4° Anos	1	8,3	1	8,3
Não repetiu	8	66,7	11	91,7
Queixa dos Prof.				
Sim	7	58,3	4	33,3
Não	5	41,7	8	66,7
Duração das queixas				
Até 1 Ano	3	25,0	3	25,0
1 ≥ 2 Anos	1	8,3	1	8,3
2 ≥ 3 Anos	3	25,0	-	--
Não se aplica	5	41,7	8	66,7

*Somatório dos anos de escolaridade (anos de estudo), IBGE.

O desempenho escolar, na percepção das mães, das crianças do grupo G1 apresentou uma maior prevalência de resultados bons (25%) e regulares (50%), havendo também desempenhos ótimos (8,3%) e ruins (16,7%). Nas crianças do grupo G2, os desempenhos foram ótimos (25%), bons (25%), regulares (41,7%) e ruins (8,3%), demonstrando um melhor desempenho em relação ao grupo G1.

Na percepção das mães, os professores tiveram queixas em relação a 7 crianças (58,3%) do grupo G1, enquanto o grupo G2 somaram-se 4 alunos com queixas (33,3%). Importante apresentar os reclamos dos professores para facilitar a comparação entre grupos. Assim, no primeiro grupo (G1), 3 crianças (25,0%) apresentam falta de atenção ou falta de interesse; 2 crianças (16,7%) demonstraram condutas inadequadas como palavrões e brigas; 1 criança evidenciou falta de atenção, desorganização e não realização das tarefas escolares; e 1 criança (8,3%) apresentou todas as alternativas presentes na Ficha sobre as queixas mais frequentes, sendo estas: falta de atenção, desorganização; falta de interesse; não realização das tarefas escolares, conduta inadequada como palavrões e brigas.

Enquanto que no segundo grupo (G2), as queixas se concentraram em 2 crianças (16,7%) por conversa em sala de aula e 2 crianças (16,7%) por falta de atenção.

Relacionado aos tipos de punições e correções vivenciadas pelas crianças no colégio, somente 1 criança do grupo G1 (8,3%) recebeu uma suspensão escolar por brigas e falta de obediência. As outras 11 crianças do grupo G1 (91,7%) e as 12 crianças do grupo G2 (100%) não foram suspensas nenhuma vez. Nenhuma criança (0%), dos grupos G1 e G2, recebeu expulsão escolar.

Tabela 3. Distribuição em termos de frequência e porcentagens de algumas variáveis de saúde das crianças que compõe os grupos G1 e G2 (n= 24).

Característica de Saúde	Vítimas G1		Não vítimas G2	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Probl. de Saúde Física	4	33,3	4	33,3
Problemas Psicológicos	1	8,3	-	--
Uso de Medicação	1	8,3	-	--
Trat. de Saúde Física	4	33,3	4	33,3
Tratamento Psicológico	12	100,0	2	16,7

As doenças físicas apresentadas pelas crianças dos grupos G1 e G2 na Tabela 3, tiveram prevalências idênticos de 4 casos (33,3%) por grupo. De igual forma, em ambos os grupos as 4 crianças apresentaram diagnósticos (relatados pelas mães) distintos. As especificações do grupo G1 apontam que as doenças físicas como bronquite, gastrite, alergia e meningite apareceram uma em cada criança. No grupo G2 os diagnósticos foram de bronquite, asma, vitiligo e problema de visão respectivamente.

Neste estudo averiguou-se que, na perspectiva da mãe, uma criança do grupo G1 apresenta problemas psicológicos. Portanto, em um único caso a mãe especifica a presença de depressão. Nenhuma criança do grupo G2 apresenta problemas psicológicos segundo a percepção da mãe.

Tabela 4. Distribuição em termos de frequência e porcentagens da renda familiar e da procedência da renda nas famílias das crianças dos grupos G1 e G2 (n= 24).

Característica	Família G1		Família G2	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Renda				
> 1 salário	3	25,0	-	--
1 a 3 salários	7	58,4	9	75,0
3 a 5 salários	1	8,3	3	25,0
Mais de 5 salários	1	8,3	-	--

Procedência Renda				
Salário	3	25,0	7	58,4
Salário e Pensão	3	25,0	1	8,3
Salário, Pensão e Ajuda de Terceiros	1	8,3	3	25,0
Salário e Ajuda de Terceiros	4	33,3	1	8,3
Ajuda de Terceiros	1	8,3	-	--

Para a especificação da classe econômica no meio familiar do qual as crianças desta pesquisa estão inseridas, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica do Brasil. A formulação deste critério tem com base no Levantamento Sócio Econômico de 2008 realizado pelo IBOPE, e publicado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) em 2010. Neste sistema de classificação é considerada a posse de itens como os de utilidade doméstica, de composição da residência, de bens materiais duráveis, dentre outros, e são distribuídos pontos de acordo com o grau de instrução do chefe da família. Assim, chega-se ao somatório de pontos representativos da classe econômica a qual pertence o indivíduo. Considerando, então, uma escala que tem como valor mínimo o zero, referente à Classe E; e como máximo valor 46, relacionado à Classe A1. A distribuição sobre a classe econômica das famílias das crianças dos grupos G1 e G2, pode ser observada na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição em termos de frequência e porcentagens da classe econômica nas famílias das crianças dos grupos G1 e G2 (n= 24).

Classe Econômica	Famílias G1		Famílias G2	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
B1	1	8,3	1	8,3
B2	2	16,7	5	41,7
C1	6	50,0	2	16,7
C2	3	25,0	4	33,3
Total	12	100	12	100

Ainda, para obter maiores especificações sobre os indivíduos e graus de parentescos do meio familiar no qual as crianças vítimas (G1) e não vítimas (G2) coabitam, pode-se analisar a Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição em termos de frequência e porcentagem das pessoas com quem as crianças dos grupos G1 e G2 coabitam (n=24).

Vínculo Familiar	Vítimas G1		Não vítimas G2	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Mãe, Pai e Irmãos	3	25,0	7	58,4
Mãe, Pai, Irmãos Familiar Materno	-	--	1	8,3
Mãe, Padrasto e Irmãos	3	25,0	-	--
Mãe e Padrasto	1	8,3	-	--

Mãe e Irmãos	2	16,7	2	16,7
Mãe, Irmãos e Familiares Maternos	2	16,7	-	--
Mãe e Familiar materno	-	--	1	8,3
Mãe	-	--	1	8,3
Irmãos	1	8,3	-	--
Total	12	100	12	100

A Custódia Legal, ou seja, quem detém a guarda da criança vítima no grupo G1 em 58,3% (4) dos casos é a mãe, seguido de ambos os pais com 33,3% e de um único caso (8,3%) no qual a guarda legalmente está com a irmã. No grupo de crianças não vítimas (G2), em contrapartida, identificamos a grande maioria das guardas legais, com prevalência de 75% ($f=9$), compartilhada entre ambos os pais, e com 25% ($f=3$) somente da mãe.

As mães do Grupo G1, além da criança vítima de abuso sexual, ainda possuem mais 1 filho em 41,7% dos casos; em 16,7% possuem mais 2 ou 4 filhos (ambos com a mesma porcentagem); e em 25% dos casos possuem mais 5 filhos. No grupo G2, sem contar a criança não vítima, as mães em 16,7% não possuem mais nenhum filho; em 50% dos casos possuem mais um filho; em 25% dos casos mais 3 filhos; e em 8,3 % dos casos mais 6 filhos.

Na Tabela 7, pode-se analisar de forma mais precisa a classificação das crianças dos grupos G1 e G2 quanto ao nível de desempenho intelectual através do RAVEN.

Tabela 7. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos participantes do G1 e G2 conforme o desempenho intelectual avaliado pelo RAVEN ($n=24$).

Diagnóstico RAVEN	Vítimas G1		Não vítimas G2	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
I Intelectualmente Superior	1	8,3	2	16,6
II Inteligência Acima da Média	2	16,7	5	41,7
III Intelectualmente Médio	4	33,3	5	41,7
IV Inteligência Inferior da Média	5	41,7	-	--
V Índicio de Deficiência Mental	-	--	-	--
Total	12	100	12	100

As informações sobre os diagnósticos principais, comorbidades e possíveis problemas de comportamento, avaliados por meio da CBCL, do grupo G1, encontram-se na Tabela 8. Ressalta-se que, no grupo G2, não foi identificado nenhum diagnóstico psicopatológico através da CBCL.

Tabela 8. Distribuição em termos de frequência e porcentagem dos diagnósticos das crianças obtidos através do CBCL no G1 (n = 12).

Diagnóstico CBCL*	f	%
Transtorno de Ansiedade	1	8,3
T. Depressivo - T. de Ansiedade	1	8,3
T. Depressivo - T. Somático, T. de Conduta	1	8,3
T. Depressivo - T. de Ansiedade, T. Somático, T. de Conduta	1	8,3
T. Desafiador Opositor - T. de Conduta, TDAH	1	8,3
T. Desafiador Opositor - T. de Conduta, TDAH, T. de Ansiedade	1	8,3
T. Desafiador Opositor - T. de Ansiedade, T. Depressivo	1	8,3
Sem diagnostico	5	41,9
Total	12	100

* Principal Diagnóstico e comorbidade(s), apresentados nesta ordem.

Nas Tabelas 9 e 10, é possível obter maiores informações sociodemográficas sobre a progenitora das crianças vítimas (G1) e não vítimas (G2), através das frequências e porcentagens das características apresentadas.

Tabela 9. Distribuição em termos de frequência e porcentagens de algumas variáveis sócio-demográficas das mães que compõe os grupos G1 e G2 (n= 24)

Característica	Mães G1		Mães G2	
	f	%	f	%
Idade				
21 – 30	1	8,3	5	41,7
31 – 40	7	58,4	7	58,3
41 – 50	3	25,0	-	--
51 – 60	1	8,3	-	--
Estado Civil				
Casada/União Estável	6	50,0	7	58,3
Solteira	5	41,7	5	41,7
Divorciada	1	8,3	-	--
Pais da Criança estão juntos				
Sim	3	25,0	9	75,0
Não	9	75,0	3	25,0
Quanto tempo juntos (total)				
1 – 5	3	25,0	3	25,0
6 – 10	2	16,7	2	16,7
11 – 20	6	50,0	7	58,3
21 – 30	1	8,3	-	--
Escolaridade*				
Até 4 ^o Anos	6	50,0	1	8,3
5 ^o – 8 ^o Anos	2	16,7	3	25,0
9 ^o – 11 ^o Anos	1	8,3	6	50,0
12 ^o – 17 ^o Anos	2	16,7	2	16,7
18 ^o – 21 ^o Anos	-	--	-	--
Mais de 21 ^o Anos	1	8,3	-	--

Situação Ocupacional**				
Desempregada	4	33,3	1	8,3
Do lar	-	--	1	8,3
Serviços Gerais	4	33,3	2	16,8
Serviços Autônomos	-	--	3	25,0
Serviços Especializados	2	16,8	1	8,3
Nível Técnico	1	8,3	4	33,3
Nível Superior	1	8,3	-	--

* Somatório dos anos de escolaridade das pessoas (considerando a última série concluída com aprovação), IBGE. ** Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações, CBO.

A prática religiosa, de qualquer crença, está presente em 66,7% das mães ($f=8$) do grupo G1. Enquanto que no grupo G2, 50% das mães afirmam que seguem e praticam suas crenças religiosas. Sobre os aspectos salutar e a rede de apoio da mãe dos grupos G1 e G2, pode-se visualizar a Tabela 10.

Tabela 10. Distribuição em termos de frequência e porcentagens de algumas características de saúde e rede de apoio das mães dos grupos G1 e G2 ($n=24$)

Característica	Mães G1		Mães G2	
	f	%	f	%
Problemas de Saúde Física	7	58,3	4	33,3
Problemas Psicológicos	2	16,7	1	8,3
Uso de Medicação	2	16,7	-	--
Tratamento de Saúde Física	7	58,3	1	8,3
Tratamento Psicológico	3	25,0	2	16,7
Uso de Drogas	-	--	-	--
Uso de Álcool	1	8,3	7	58,3
Uso de Tabaco	5	41,7	1	8,3
A quem pede auxílio?				
Família (origem e atual)	1	8,3	3	25,0
Marido/Namorado	-	--	6	50,0
Amigos	3	25,0	1	8,3
Deus	2	16,7	1	8,3
Ninguém	6	50,0	1	8,3

Os aspectos referentes a saúde física e mental, e sobre históricos de violência auto e hetero dirigida na família de origem das mães dos grupos G1 e G2, encontram-se na Tabela 11.

Tabela 11. Distribuição em termos de frequência e porcentagens de algumas características presentes na família de origem das mães dos grupos G1 e G2 ($n=24$)

Característica	Mães G1		Mães G2	
	f	%	f	%
Problema de Saúde Física	11	91,7	8	66,7
• Genitora da Mãe	5	41,7	5	41,7
▪ Coração	2	16,7	2	16,7
▪ AVC	2	16,7	-	--
Problemas Psicológicos	9	75,0	3	25,0
• Genitora da Mãe	5	41,7	2	16,7
▪ Depressão	5	41,7	2	16,7
História de Violência Familiar	2	16,7	3	25,0
• Física	1	8,3	2	16,7
• Física e Psicológica	1	8,3	1	8,3
História de Suicídio Familiar (ou tentativa de suicídio)	2	16,7	3	15,0

Os aspectos de violência sofrida durante a vida podem também ser percebidos relacionados a algumas mães do grupo G1. Analisando a distribuição em termos de frequência e porcentagens dos tipos de violência sofrida, agressor e tempo de duração das mães do grupo G1, identificam-se oito (66,7%) distintas experiências de vida conforme detalhamento da Tabela 12. Enquanto que no grupo G2, ocorre a presença de histórico de violência em 50% dos casos ($f = 6$) e ausência nos outros 50%. Especificando a violência sofrida nas mães do grupo G2, observa-se que 25% ($f = 3$) referem ter sofrido violência física dos pais por uma imposição rígida dos limites; 16,7% ($f = 2$) relatam a violência física e psicológica por parte do marido e 8,3% ($f = 1$) expõe que foi estuprada por desconhecido uma vez aos 18 anos.

Tabela 12. Distribuição em termos tipos de violência sofrida, agressor e tempo de duração das mães do grupo G1 (n= 12)

Violência	Época	Agressor(a)	Tempo Duração	f	%
Psicológica	Atual	Ex-companheiro	7 anos	1	8,3
Física e Psicológica	Infância	Progenitora	13 anos	1	8,3
Sexual	Infância	Vizinho	7 anos	1	8,3
Sexual	Infância	Padrasto	6 meses	1	8,3
Sexual e Psicológica	Infância	Padrasto*	5 anos	1	8,3
Sexual, Física e Psicológica	Atual	Ex-companheiro	10 anos	1	8,3
Sexual, Física e Psicológica	Atual	Ex-companheiro	12 anos	1	8,3
Sexual, Física e Psicológica	Infância e Atual	Padrasto e Ex- companheiro	3 anos e 19 anos	1	8,3
Ausência de Violência	--	--	--	4	33,3

* O abusador é o mesmo de sua filha, 'vôdrasto'.

Na Tabela 13, serão apresentados alguns dados sociodemográficos relacionados ao abusador das crianças vítimas do grupo G1, através das frequências e porcentagens das características em tela.

Tabela 13. Distribuição em termos de frequência e porcentagens de algumas características dos perpetradores de abuso sexual no grupo G1 (n = 12)

Característica	f	%
Quem é o Agressor?		
Padrasto	4	33,3
Pai	3	25,0
Irmão	2	16,7
Tio	1	8,3
'Avôdrasto' Materno	1	8,3
Primo	1	8,3
Idade		
< 18	3	25,0
18 – 28	-	--
29 – 38	4	33,3
39 – 48	2	16,7
49 – 58	3	25,0
Escolaridade		
Até 4 ^o Anos	1	8,3
5 ^o – 8 ^o Anos	7	58,4
9 ^o – 11 ^o Anos	2	16,7
12 ^o – 17 ^o Anos	1	8,3
18 ^o – 21 ^o Anos	-	--
Mais de 21 ^o Anos	1	8,3
Situação Ocupacional		
Estudante	3	25,0
Aposentado por invalidez	1	8,3
Serviços Gerais	3	25,0
Serviços Autônomos	1	8,3
Serviços Especializados	1	8,3
Nível Técnico	1	8,3
Nível Superior	2	16,7
Uso de Álcool e/ou Drogas		
Álcool	6	50,0
Drogas	2	16,7
Sem Informação	3	25,0

Conforme já mencionado na especificação dos sujeitos desta pesquisa, a coleta de todas as crianças do grupo G1 foi realizada num período após a denúncia na Delegacia de Polícia para Criança e Adolescentes (DECA). Portanto, a situação dos abusadores (n=12) perante a Justiça é de 100% casos de processos judiciais em andamento. A parte deste dado, um abusador (8,3%) está condenado e preso por aliar outros menores. Em relação à caracterização do abuso sofrido pelas crianças vítimas do grupo G1, é possível visualizar maiores detalhamentos na Tabela 14 a seguir.

Tabela 14. Distribuição em termos de frequência das características do abuso sexual sofrido pelas crianças do grupo G1 (n = 12)

Característica	f	%
Idade Início do A.S		
< 5	2	16,7
6 – 8	6	50,0
9 – 11	4	33,3
Duração do Abuso		
Até 6 meses	5	41,7
6 meses – 1 Ano	1	8,3
1 – 2 Anos	3	25,0
2 – 3 Anos	2	16,7
3 – 4 Anos	1	8,3
Tipo de Abuso sofrido		
Ato Libidinoso Diverso.	4	33,3
Conjunção Carnal.	1	8,3
Conjunção Carnal e Atentado Violento ao Pudor	1	8,3
Ato libidinoso e Satisfação de Lascívia na Presença do Menor	1	8,3
Atentado Violento ao Pudor e Ato Libidinoso	3	25,0
Atentado Violento ao pudor; Ato Libidinoso e Satisfação de Lascívia na Presença do Menor	1	8,3
Conjunção Carnal; Atentado Violento ao Pudor; Ato Libidinoso e Satisfação de Lascívia na Presença do Menor	1	8,3
Denunciante		
Mãe	7	58,4
Irmãos	2	16,7
Pai	1	8,3
Mãe e Padrasto	1	8,3
Escola	1	8,3

Os abusos ocorridos com as crianças do grupo G1 em 75% dos casos ($f = 9$) tiveram aceitação da ocorrência violenta pela mãe. Contudo, os outros 25% dos casos de abuso ($f = 3$) não foram reconhecidos por suas mães, nos quais em duas situações (16,7%) o padrasto da criança é o abusador e atual companheiro da mãe; e em um caso (8,3%) o abusador é o filho mais velho (neste caso a denúncia foi realizada pela escola).

Imprescindível se faz especificar que em 50% dos casos ($f = 6$), todavia há o contato entre a criança e seu abusador. Em dois casos (16,7%) os pais ainda visitam e saem para passear com os filhos; um caso (8,3%) o padrasto possui outros filhos com a mãe e os encontros ocorrem quando ele vai visitá-los; e em três casos (25%) os abusadores ainda moram com a criança, sendo dois deles (16,7%) por serem irmãos, e um (8,3%) por ser o padrasto, ainda companheiro da mãe. Nos outros 50% dos casos do grupo G1 não há nenhum contato entre abusador e vítima.

A classificação de todos os protocolos do Método de Rorschach foi realizada pela pesquisadora segundo os critérios do Sistema Compreensivo. Para este estudo 12 casos (25% dos protocolos) foram também classificados por uma avaliadora (juíza) externa. De

acordo com os resultados obtidos, os valores do Coeficiente Kappa foram de 0,945 para as Localizações, 0,834 para os Determinantes e 0,852 para os Conteúdos. As concordâncias, portanto, foram consideradas entre excelentes e satisfatórias, conforme Landis e Koch (1977), dentre as categorias apresentadas na Tabela 15.

Tabela 15. Coeficientes Kappa das nove categorias gerais do Método de Rorschach

Categoria	KAPPA	EP KAPPA
Localização	0,945	0,017
Qualidade Evolutiva	0,953	0,019
Determinantes	0,834	0,029
Qualidade Formal	0,798	0,031
Pares	0,920	0,021
Conteúdo	0,852	0,028
Populares	0,938	0,027
Qualidade Organizacional	0,969	0,012
Códigos Especiais	0,894	0,029

Nota: EP Kappa = erro padrão Kappa.

Considerando os objetivos deste estudo foram escolhidas as variáveis do Rorschach que se enquadram na finalidade da pesquisa. Neste sentido, serão apresentadas as estatísticas descritivas das variáveis relativas à autopercepção, às relações interpessoais e à Representação Humana (*GHR/PHR*) das crianças e mães dos dois grupos em estudo (G1 e G2) nas Tabelas abaixo (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23). De igual forma, as variáveis confundidoras serão abordadas nas Tabelas 24, 25 e 26.

Tabela 16. Estatística descritiva das variáveis de Autopercepção do Método de Rorschach nas crianças dos grupos G1 e G2 (n = 24)

Variáveis/ Grupos	Ind.Ego	(Fr+rF)	SumV	FD	MOR	An	Xy	H	Hd+(H)+(Hd)
<i>Vítimas G1</i>									
<i>(n=12)</i>									
Média	0,30	0,08	0,08	1,08	0,75	1,08	0,00	2,25	2,92
DP	0,18	0,28	0,28	1,44	1,36	1,26	0,00	2,49	3,23
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máxima	0,59	1,00	1,00	5,00	5,00	4,00	0,00	7,00	9,00
<i>Não-Vítimas</i>									
<i>G2 (n=12)</i>									
Média	0,34	0,17	0,17	0,83	0,33	0,33	0,00	2,25	3,84
DP	0,13	0,37	0,37	0,80	0,62	0,62	0,00	1,69	3,24
Mínimo	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máxima	0,55	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	0,00	6,00	11,00

Na Tabela 16, pode-se observar que o grupo de crianças vítimas (G1) obteve uma média de 0,30 no Índice de Egocentrismo, sendo relativamente mais baixa que a média das

crianças não vítimas (G2) com valor igual a 0,34. Vale salientar que esta variável apresentou média baixa para ambos os grupos comparando-as com os índices de 0,60 das crianças de 6 a 11 anos utilizadas como padrão de referência do Sistema Compreensivo (Exner, 1999). Corroborando com estes dados, percebe-se a diferença das Respostas de Reflexo, entre as crianças do grupo G1 com média 0,08; as crianças não vítimas do grupo G2, com média 0,17; e as crianças apresentadas por Exner (1999) com o de índice 0,30, seguindo os dados norte-americanos normativos.

As crianças do grupo G1 apresentam valor mais alto (1,08) de respostas de Forma Dimensão (FD), que as crianças do grupo G2 (0,83), e que as crianças de 6 a 11 anos do SC (0,55) (Exner, 1999). Contudo, 66,7% das crianças desta pesquisa possuem idades entre 10 e 11 anos, este fator reflete diretamente no valor de FD, pois nesta faixa etária a média considerada no SC é de 0,91 (Exner, 1999).

Em relação ao Interesse Interpessoal (respostas de conteúdo humano), as crianças dos grupos G1 e G2 apresentam médias menores para o valor de H que as crianças do Sistema Compreensivo (Exner, 1999), com o índice para ambos os grupos (G1 e G2) de 2,25 em comparação aos 2,41 da média do Sistema Compreensivo.

Diferença maior se pode encontrar nas médias das variáveis de conteúdo humano $Hd+(H)+(Hd)$ com o aumento dos índices dos grupos G1 (2,92) e G2 (3,84), quando comparados a média do Sistema Compreensivo para a mesma idade (2,56) e ao índice brasileiro (2,60). Considerar apenas as crianças do grupo G1, encontramos a comparação de 2,25 [H] < 2,92 [$Hd+(H)+(Hd)$].

Tabela 17. Estatística descritiva de indicadores das variáveis de Autopercepção do Método de Rorschach em Nascimento (2010) e nas mães dos grupos G1 e G2 (n = 24).

Variáveis/ Grupos	Ind.Ego	(Fr+rF)	SumV	FD	MOR	An	Xy	H	Hd+(H)+(Hd)
<i>Mães G1</i>									
<i>(n=12)</i>									
Média	0,31	0,00	0,17	0,92	0,33	1,92	0,08	3,08	4,33
DP	0,14	0,00	0,37	0,95	0,85	1,71	0,28	3,25	3,98
Mínimo	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máxima	0,61	0,00	1,00	3,00	3,00	5,00	1,00	11,00	12,00
<i>Mães G2</i>									
<i>(n=12)</i>									
Média	0,26	0,08	0,08	0,58	0,33	1,75	0,17	1,33	2,25
DP	0,12	0,28	0,28	0,64	0,47	1,48	0,55	1,18	2,52
Mínimo	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máxima	0,41	1,00	1,00	2,00	1,00	5,00	2,00	3,00	8,00

<i>Índices Brasil</i> (n=409)*									
Média	0,37	0,46	0,37	0,61	0,90	1,15	0,22	1,92	2,60
DP	0,17	0,83	0,75	0,92	1,25	1,44	0,56	1,59	3,29
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máxima	1,31	5,00	5,00	5,00	8,00	10,00	3,00	9,00	21,00

* Índices extraídos de Nascimento (2010)

Verifica-se, por meio da Tabela 17, a variável relacionada ao Índice de Egocentrismo das mães dos grupos G1 e G2. Pode-se analisar que as mães pertencentes ao grupo G1 apresentam 0,31 como média. Este índice é mais alto que as mães do grupo G2 (0,26), mas significativamente mais baixo que a média da população brasileira (0,37). Esta diminuição da média das mães do grupo G1, pode ser mais bem compreendida ao constataremos a inexistência (0,0) de Respostas de Reflexo. Dados este discrepante da média brasileira, com índice de 0,46.

Grande diferença se pode perceber entre as médias das mães do grupo G1 e dos índices brasileiros para a variável de Interesse Interpessoal (respostas de conteúdo humano). Enquanto as mães do grupo G1 apresentavam os valores de 3,08 [H] < 4,33 [$Hd+(H)+(Hd)$], os índices brasileiros indicam as médias de 1,92 [H] < 2,60 [$Hd+(H)+(Hd)$]. As mães do grupo G2 apresentaram médias mais baixas para os conteúdos humanos que os índices brasileiros. As Tabelas 18, 19, 20 e 21 apresentam as estatísticas descritivas das variáveis de Relações Interpessoais das crianças e das mães de ambos os grupos.

Tabela 18. Estatística descritiva das variáveis de Relações Interpessoais do Método de Rorschach nas crianças dos grupos G1 e G2 (n = 24)

Variáveis/ Grupos *	AG	COP	a	p	Fd	GHR	PHR	SumT	PER	Isolate/R	SumH
<i>Vítimas G1</i> (n=12)											
Média	0,17	0,67	2,67	2,67	0,08	2,33	3,50	0,58	0,25	0,15	5,37
DP	0,37	0,94	2,05	1,75	0,28	2,13	1,61	0,86	0,83	0,11	3,27
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máxima	1,00	3,00	7,00	6,00	5,00	7,00	6,00	3,00	3,00	0,36	12,00
<i>Não-Vítimas</i> G2 (n=12)											
Média	0,33	1,00	4,17	2,92	0,08	3,92	2,83	0,08	0,08	0,22	6,33
DP	0,62	1,15	1,91	2,02	0,28	1,89	2,34	0,28	0,28	0,22	2,72
Mínimo	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00
Máxima	2,00	4,00	8,00	6,00	1,00	7,00	8,00	1,00	1,00	0,83	9,00

*Variável SumH já foi apresentada;

As respostas de Movimento Agressivo (AG) e de Movimento Cooperativo para as crianças do grupo G1 encontram-se dentro da média esperada quando comparadas, por exemplo, à média brasileira geral (Nascimento, 2010), mas inferiores quando comparados

Máxima 4,00 4,00 18,0 16,0 4,00 10,0 15,0 4,00 6,00 0,86 26,00

*Índices extraídos de Nascimento (2010)

Na Tabela 19, pode-se examinar que as mães do grupo G1 obtiveram indicações maiores de média para o Movimento Agressivo (*AG*) de 0,33 ($dp = 0,85$); que as mães do grupo G2, com média de 0,08 ($dp = 0,28$); e também dos índices brasileiros, que obtiveram média de 0,29 ($dp = 0,63$). Em compensação, visível se mostra o escore diminuído do Movimento Cooperativo (*COP*) das mães do grupo G1, com 0,42 de media ($dp = 0,64$), novamente comparado ao índice das mães do grupo G2 que obtiveram a média de 1,42 ($dp = 1,32$), e da média brasileira de 0,68 ($dp = 0,91$).

Igualmente, as variáveis *GHR* e *PHR* das mães do grupo G1 sinalizam a elevação de ambos os índices em comparação ao G2. O grupo G1 apresentou a média de 4,17 para *GHR* e 3,50 para a *PHR*; ao mesmo tempo em que as mães do grupo G2 possuem média de 2,67 para a Representação Humana de Boa Qualidade (*GHR*) e 1,25 para a Representação Humana de Má Qualidade (*PHR*). A média brasileira para estes índices é de 2,78 para a *GHR*, e 2,30 para a *PHR*.

Os índices de CDI e HVI, apresentados nas Tabelas 20 e 21, seguem o padrão utilizado por Nascimento (2010), indicando os casos positivos ou negativos. Promovendo, deste modo, maior compreensão, pois ambos apresentam forma mais complexa de cálculos.

Tabela 20. Distribuição em termos de frequência e porcentagens dos Índices CDI e HVI das crianças dos grupos G1 e G2 (n = 24)

Grupos/ Variáveis	Vítimas G1		Não-Vítimas G2	
	f	%	f	%
CDI				
• Positivo	5	41,7	5	41,7
• Negativo	7	58,3	7	58,3
HVI				
• Positivo	0	0,0	2	16,7
• Negativo	12	100,0	10	83,3

Verifica-se, por meio da Tabela 20, que as médias das variáveis relacionadas ao Índice de Déficit Relacional (CDI) e ao Índice de Hipervigilância (HVI) no grupo das crianças vítimas (G1) e não vítimas (G2), não evidenciaram padrões contrastantes extremos.

Tabela 21. Distribuição em termos de frequência e porcentagens dos Índices CDI e HVI das mães dos grupos G1 e G2 (n = 24)

Grupos/ Variáveis	Mães G1		Mães G2		Índices Brasil (n=409)*	
	f	%	f	%	f	%
CDI						
• Positivo	7	58,3	6	50,0	226	55,0
• Negativo	5	41,7	6	50,0	183	45,0
HVI						
• Positivo	1	8,3	1	8,3	24	5,9
• Negativo	11	91,7	11	91,7	385	94,1

*Índices extraídos de Nascimento (2010)

Observa-se, tomando como referência a Tabela 21, que as mães do grupo G1 apresentam um elevado Índice de Déficit Relacional (CDI) positivo. O percentual deste grupo é de 58,3%, enquanto que o grupo G2 apresentou 50% e o Índice Brasileiro 55,0%.

Tabela 22. Distribuição em termos de frequência e porcentagens das variáveis de Representação Humana GHR:PHR das crianças dos grupos G1 e G2 (n = 24)

Grupos/ Variáveis	Vítimas G1		Não Vítimas G2	
	f	%	f	%
GHR < PHR	7	58,3	4	33,3
GHR = PHR	2	16,7	0	0,0
GHR > PHR	3	25,0	8	66,7

As proporções apresentadas de *GHR:PHR* são inversamente proporcionais entre as crianças dos grupos G1 e G2 conforme também percebido na Tabela 18. Portanto, os resultados nas crianças vítimas do G1 apontam para uma maior incidência de *PHR* em detrimento das *GHR* (*GHR < PHR*) em 58,3% dos casos. Ao passo que as crianças não vítimas do G2, apresentam índices de *GHR* maiores que os de *PHR* (*GHR > PHR*) em 66,7% dos casos. Somente o grupo G2 apresentou proporções de *GHR:PHR* de acordo com as expectativas do Sistema Compreensivo (Nascimento, 2010).

Tabela 23. Distribuição em termos de frequência e porcentagens das variáveis de Representação Humana GHR:PHR das mães dos grupos G1 e G2 (n = 24)

Grupos/ Variáveis	Mães G1		Mães G2		Índices Brasil (n=409)*	
	f	%	f	%	f	%
GHR < PHR	3	25,0	3	25,0	131	32,0
GHR = PHR	3	25,0	1	8,3	56	14,0
GHR > PHR	6	50,0	8	66,7	222	54,0

*Índices extraídos de Nascimento (2010)

Na Tabela 23 pode-se perceber que as proporções de *GHR:PHR* das mães dos grupos G1 e G2 encontram-se em sintonia às porcentagens dos índices brasileiros, com

uma incidência maior das representações humanas de boa qualidade. Entretanto, mostra-se importante considerar a informação que consta na Tabela 12, de que 50% das mães do grupo G1 vivenciaram violência sexual ao longo de sua vida. Portanto, as informações sobre as Representações Humanas (*GHR* e *PHR*) das mães dos grupos G1 com história de violência sexual e das mães sem essa vivência contam na Tabela 24.

Tabela 24. Estatística descritiva das variáveis de Representação Humana *GHR* e *PHR* das mães dos grupos G1 com história de violência sexual e das mães sem essa vivência (n = 12)

Variáveis/ Grupos	<i>GHR</i>				<i>PHR</i>			
	Média	DP	Mínimo	Máxima	Média	DP	Mínimo	Máxima
Mães Vítimas de Violência sexual G1	3,17	1,95	1,00	7,00	3,83	2,97	0,00	9,00
Mães Sem História de Violência sexual G1	5,17	2,54	1,00	9,00	3,17	2,54	0,00	8,00

Observa-se na tabela 24, o prejuízo nas respostas de *GHR* e aumento das respostas de *PHR* das mães que sofreram violência sexual do grupo G1 em comparação as mães que não sofreram este tipo de violência também do grupo G1.

Tabela 25. Estatística descritiva das variáveis *R* e *Lambda* do Método de Rorschach em estudo, comparados entre mães e crianças (n = 48) dos grupos G1 e G2, e os Índices brasileiros de adultos e de crianças.

Variáveis/ Grupos	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Número de Respostas				
• Mães G1 e G2	18,88	7,66	14,00	46,00
• Índices Brasil Adultos (n=409)*	19,64	5,82	14,00	50,00
• Crianças G1 e G2	20,79	5,92	14,00	35,00
• Índices Brasil Crianças (n=480)**	17,7	---	14,00	19,00
Lambda				
• Mães G1	1,18	1,47	0,42	6,00
• Mães G2	0,76	0,42	0,31	1,62
• Índices Brasil Adultos (n=409)*	0,98	1,11	0,00	8,00
• Crianças G1	1,39	1,06	0,27	4,33
• Crianças G2	0,85	0,38	0,20	1,33
• Índices Brasil Crianças (n=480)**	2,83	---	2,16	4,83

*Índices extraídos de Nascimento (2010)

** Índices extraídos de Jacquemin (1976)

Verifica-se, por meio da Tabela 24, que o número de respostas das mães e das crianças dos grupos G1 e G2, mostram-se adequados, bem acima da mínima de 14 verbalizações e próximos aos índices brasileiros. Em relação à média do *Lambda*, as mães

do grupo G1 apresentaram índices superiores às do grupo G2 (0,85), e também, acima do coeficientes 0,98 da população brasileira de adultos.

As crianças dos grupos G1 (1,39) e G2 (0,85) obtiveram menores médias que o índice brasileiros para crianças (2,83), mas seus índices estão mais altos que as crianças de 6 a 11 anos utilizadas como padrão de referência do Sistema Compreensivo (Exner, 1999) com média de 0,72 e que o índice da população brasileira. Cabe lembrar que o Lambda elevado é mais frequente especialmente em crianças (Nascimento, 2010).

Tabela 26. Comparação da variável *Estilo EB* das crianças dos grupos G1 (n = 12) e G2 (n = 12).

Variável	Vítimas G1		Não-Vítimas G2	
	f	%	f	%
<i>Estilo EB</i>				
Extratensivas	3	25,0	2	16,7
Introversivas	5	41,7	6	50,0
Ambíguais	4	33,3	4	33,3

Na Tabela 25, observa-se que o *Estilo EB* das crianças vítimas do Grupo G1 e das não vítimas do grupo G2, obtiveram maior prevalência para o tipo de vivência Introversivo. Enquanto as primeiras (G1) apresentaram frequência de 41,7% ($f = 5$), as seguintes apresentaram tipo de vivência introversiva em 50% ($f = 6$) dos casos.

Tabela 27. Comparação da variável *Estilo EB* das mães dos grupos G1 (n=12), G2 (n=12) e em Nascimento (2010)

Variável	Mães G1		Mães G2		Índices Brasil (n=409)*	
	f	%	f	%	f	%
<i>Estilo EB</i>						
Extratensivas	2	16,7	1	8,3	44	11,0
Introversivas	7	58,3	1	8,3	100	27,0
Ambíguais	3	25,0	10	83,4	133	32,0

Em comparação com os resultados descritos por Nascimento (2007) para a variável *Estilo EB*, as mães do grupo G1 são mais introversivas (58,3%) do que a população brasileira, que apresentam maiores frequências nos estilos ambigüal (com 32%). As mães do grupo G2 possuem média de 83,4% para o estilo ambigüal. Não foram apresentadas as frequências relativas ao tipo de vivência Coartado, pois nenhuma criança ou mãe dos grupos G1 e G2 apresentou este *Estilo EB*.

Discussão

Diante da análise dos dados sociodemográficos, é possível identificar as características mais prevalentes das crianças e mães dos grupos G1 e G2. Em relação às

crianças vítimas de abuso intrafamiliar e as não vítimas averiguou-se que a grande maioria das crianças possui entre 10 (33,3%) e 11 (33,3%) anos, com a prevalência maior para o gênero feminino (66,7%).

Em recente pesquisa divulgada por Pelisoli, Pires, Almeida & Dell’Aglío (2010), analisando o perfil dos atendimentos de um centro de referência para vítimas da violência do estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2002 a 2006, identificou-se um total de 858 casos de abuso sexual ou suspeita. As vítimas eram predominantemente meninas (75%), situadas na faixa etária de 5 a 12 anos. Outros estudos realizados no mesmo Estado também encontraram a tendência da violência sexual atingir de forma preponderante o sexo feminino e a predominância do tipo de abuso intrafamiliar (Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005; Kristensen, Oliveira & Flores, 1999; Ferreira & Azambuja, 2011).

Todas as crianças encontram-se na escola, entretanto o grupo de não vítimas (G2) está mais adiantado nos anos escolares do que as vítimas (G1). Estes dados também refletem na qualidade do ensino, possuindo mais resultados ótimos e bons as crianças do grupo G2 (50%) do que as crianças do grupo G1 (33,3%). O reflexo nas aprovações e reprovações escolares é outro fator que se associa, com maior repetição de ano no grupo G1 (33,3%) do que no G2 (8,3%).

A classificação do RAVEN também corrobora com os resultados escolares. Este teste apontou que a maioria das crianças do grupo G2 (58,3%) apresentou índices de inteligência acima da média e intelectualmente superiores. Enquanto que somente 25% das crianças vítimas do grupo G1 apresentaram estes níveis de inteligência.

Mais um ponto que demonstra melhor adequação das crianças do grupo G2 se refere às queixas escolares. As crianças não vítimas (G2) possuem menos (33,3%) reclamações dos professores e menor gravidade (conversas em aula e falta de atenção), enquanto as crianças vítimas (G1) tiveram mais queixas (58,3%) de maior gravidade das situações, chegando uma criança a apresentar todas as alternativas da Ficha de Dados Sociodemográficos. Segundo Ferreira, Marczyk e Araujo (2011), os transtornos associados ao abuso sexual atentam para problemas de conduta, dificuldades de concentração e atenção, causando consequentes prejuízos no rendimento escolar.

Informações sobre características de saúde apontam para mesma média (33,3%) de crianças nos grupos G1 e G2 com algum problema de saúde física. A mesma porcentagem (33,3%) é submetida a tratamento de saúde física. Enquanto que 100% das crianças do grupo G1 e 16,7% das crianças do grupo G2 estão realizando tratamento psicológico.

Pode-se compreender a totalidade das crianças do grupo G1 (100%) em atendimento, pois estas estão sendo acompanhadas nos serviços de proteção e referência às crianças vitimadas.

Os principais diagnósticos de 58,4% das crianças do grupo G1 obtidos por meio da CBCL apontaram como quadros mais frequentes o Transtorno Depressivo (25,0%) e o Transtorno Desafiador Opositor (25,0%). As crianças do grupo G2 não apresentaram nenhum transtorno diagnosticado. Diversas pesquisas assinalam os graves prejuízos acarretados pelo abuso sexual. Compreende-se uma vasta sintomatologia que incluem comportamentos dependentes, distúrbios do apetite, transtorno de conduta, fobias, depressão, baixa autoestima, isolamento, problemas sociais com os pares, relações interpessoais disruptivas, problemas escolares, comportamento sexualizado, dentre muitos outros (Bassols, Bergmann, Falceto & Mardini, 2011).

Importante se faz observar que somente uma mãe do grupo G1 conseguiu perceber que sua filha possuía algum transtorno. As outras crianças (50%), diagnosticadas pela CBCL, não tiveram quaisquer menções de sintomatologias ou de doenças psíquicas por suas mães.

O abuso, nesta pesquisa, ocorreu predominantemente na classe C1 (50%), mas apareceu em quatro diferentes classificações econômicas (da B1 até a C2). Segundo Pedersen e Grossi (2011), o abuso sexual ocorre em todas as classes sociais, mas as classes menos favorecidas possuem índices maiores. Por conta disso, aspectos preditores de maior prevalência do abuso sexual são: pobreza, desemprego, falta de acesso a políticas públicas, dentre outros direitos que não lhe são garantidos. Estes fatores acabam “contribuindo para a vulnerabilidade da família e conseqüentemente, para a desproteção dos membros que a constituem, especialmente crianças e adolescentes” (Pedersen & Grossi, 2011, p. 26).

Uma hipótese para compreender alguns índices abaixo da média nos testes das crianças não vítimas do grupo G2, é que mesmo não sendo fator determinante para a ocorrência da violência, as famílias menos favorecidas sofrem de um “processo cumulativo de fragilização social”, o qual por si só traz conseqüências a estas populações (Pedersen & Grossi, 2011, p.30).

As famílias nucleares tradicionais (coabitação com pai, mãe e irmão(s)) estão presentes em apenas 25% das crianças vítimas do grupo G1, conquanto que 58,4% das crianças do grupo G2 convivam com esta estruturação familiar. Ainda na composição familiar, é importante mencionar a quantidade de filhos que as mães dos grupos G1 e G2 possuem além das crianças que fazem parte desta pesquisa. No grupo G1 as mães possuem

4 ou mais filhos em 41,7% dos casos, enquanto que no grupo G2, apenas 8,3% das mães possuem mais de 4 filhos.

A maioria das mães dos grupos G1 e G2 possuem de 31 a 40 anos (58,4% para ambos os grupos). As mães do grupo G1, em sua média (50%), estão casadas ou possuem união estável, porém somente 25% destas mães possuem união com o pai das crianças pesquisadas. No grupo G2 a frequência de mães que estão casadas ou possuem união estável, sobe para 58,3%. A frequência de mães que, todavia, estão com o pai das crianças em pesquisa possuiu índice de 75%. Interessante analisar que esta porcentagem é exatamente oposta à das mães do grupo G1.

Os anos de escolaridade das mães mostram que, em sua maioria, o tempo de estudo do grupo G2 é o dobro do tempo de estudo do grupo G1. Deste modo a metade das mães (50,0%) do grupo G1 possui 4 anos de escolaridade, de outra banda, no grupo G2, a metade das mães (50%) possuem de 9 a 11 anos de estudo. A situação ocupacional da maioria das mães do grupo G1 (66,6%) é constituída por atividades como: serviços gerais, do lar, ou desempregada, sendo que estas atividades são desenvolvidas por apenas 33,3% das mães do grupo G2.

Os riscos associados à ocorrência do abuso sexual são apontados em diversos estudos. Dentre os riscos, pode-se observar baixo nível educacional dos pais, pais separados, práticas disciplinares inadequadas, número elevado de filhos, isolamento familiar, intergeracionalidade e transgeracionalidade da violência, pobre rede de apoio social e a presença de abuso de substâncias psicoativas, apresentam-se como graves fatores de risco (Flores & Caminha, 1994; Koller & De Antoni, 2004; Borge & Dell'Aglio, 2008; Ferreira, Marczyk & Araujo, 2011). Indispensável mencionar que muitos destes indicadores são encontrados nas famílias das crianças do grupo G1, vítimas de abuso sexual intrafamiliar.

Os problemas de saúde física estão presentes em mais da metade (58,3%) das mães do grupo G1, porém não tão frequentes (33,3%) no grupo G2. Os problemas psicológicos das mães mostraram-se baixos em ambos os grupos (G1 e G2). O acompanhamento psicológico é realizado pelas mães do grupo G1 (25,0%), e pelas mães do grupo G2 (16,7%). A família de origem das mães do grupo G1 apresentou dados interessantes, pois as progenitoras das mães obtiveram grande índice de depressão 41,7%.

Respondendo ao questionamento sobre a rede de apoio, a metade (50,0%) das mães do grupo G1 relata (muitas vezes chorando) não pedir ajuda a ninguém quando possuem problemas, enquanto que, somente uma mãe do grupo G2 verbalizou essa resposta (8,3%).

A frequência maior de mães do grupo G2 (50,0%) prefere pedir auxílio ao marido/namorado.

Algumas pesquisas identificaram que, quando a mãe recebe apoio de pessoas próximas e confiáveis, ela favorece e fortalece suas ações de proteção. Sem este suporte, ela não teria essas modificações, pois não teria ninguém para dividir seus problemas. Por este aspecto, a rede de apoio pode atuar como um regulador, confortando e auxiliando a mãe frente à descoberta do abuso da criança. A mãe pode produzir uma reação que exerça um papel atenuante aos negativos efeitos do abuso sobre a vítima. Portanto, um importante intermediador das negativas consequências do abuso sexual, é o suporte recebido por parte dos familiares, e a percepção desse apoio por parte das mães e das crianças vitimadas (Furniss, 2002; Steel, Sanna, Hammond, Whipple & Cross, 2004; Hershkowitz, Lanes & Lamb, 2007; Plummer, 2006; Santos & Dell’Aglia, 2010).

Em relação à violência sofrida pelas mães durante sua vida, mais da metade (66,7%) das mães do grupo G1 afirmam estas vivências, enquanto a metade (50,0%) das mães do G2 afirmaram terem sofrido algum tipo de violência. Os dados se referem ao tipo de violência que cada uma viveu. Enquanto as mães do grupo G2 referem maior violência física e psicológica, as mães do grupo G1 relatam maior frequência de violência sexual. Estes dados alarmam, pois a metade (50,0%) das mães das crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar, padeceram em algum momento de sua vida, com a violência sexual.

Neste estudo além da alta prevalência de mães (G1) vitimadas sexualmente, percebeu-se que as avós da criança (genitoras das mães) apresentavam depressão (41,7%). Isto pode demonstrar a fragilidade do suporte familiar destas mães. Sattler (2011) menciona ser injusto o papel destinado as mães das crianças abusadas como cúmplices da violência. Estas mães não conseguiram suprir as necessidades de cuidados e proteções dos seus filhos, contudo esta afirmação nega a sua condição como humano. Suas histórias, fragilidades, “vivência na infância, modelo de figura materna ou de suas necessidades e carências como adulta” (p.235) são deste modo, descartados.

A maioria dos abusadores das crianças (G1) eram os padrastos (33,3%), com idade aproximada dos 29 aos 38 anos (33,3%) e com 5 a 8 anos de estudo (58,4%). A ocupação profissional de frequência maior foi a de serviços gerais (25,0%) e estudante (25%), sendo que a metade dos abusadores faz uso de álcool (50,0%). Todos os abusadores (100%) detêm o processo judicial sobre o abuso em andamento. Habigzang, Koller, Azevedo & Machado (2005) desenvolveram um estudo sobre a caracterização do perfil das vítimas e abusadores na cidade de Porto Alegre. Nesta pesquisa identificaram que os abusadores em

83% dos casos eram adultos e próximos da criança, sendo o pai biológico (57,4%) e o padrasto (37,2%) responsáveis pelo abuso na maioria dos casos.

As características do abuso, no presente estudo, refere que 50,0% desta violência teve início dos 6 aos 8 anos da criança. A duração de maior frequência (41,7%) foi de 6 meses. Os principais tipos de abuso sofrido foram: ato libidinoso diverso (carícias) com 33,3% e atentado violento ao pudor juntamente com ato libidinoso diverso com 25,0%.

A principal denunciante do abuso foi a mãe em 58,4% das situações. Conforme já mencionado, em 75% dos casos as mães aceitaram a ocorrência do abuso, e em 50% dos casos, todavia há o contato entre a criança e o abusador. A mãe tem sido identificada como uma figura importante no processo de revelação, denúncia e notificação (Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005; Dobke, Santos & Dell'Aglio, 2010). Segundo Santos e Dell'Aglio (2009), apesar da maioria das mães acreditar no relato da criança e denunciar o ato abusivo, nem todas conseguiram ser protetivas o suficiente para afastar a criança do abusador ou realizar de imediato a denúncia.

Quanto às variáveis do Método de Rorschach analisadas neste estudo, é possível verificar que o Índice de Egocentrismo (*EGO*) das crianças vítimas de abuso (G1) foi o mais baixo [$3r+(2)/R < 0,30$] em relação às crianças do grupo G2 [$3r+(2)/R < 0,34$] e dos dados normativos das crianças norte-americanas do Sistema Compreensivo [$3r+(2)/R < 0,60$] (Exner, 1999). O Índice de *EGO* diminuído em crianças é pouco usual, visto que comumente estão mais centradas em si mesmas pela fase de desenvolvimento. Tal resultado aponta para a existência de um meio (família e/ou cuidadores) excessivamente exigente e com restritos suportes (Exner & Sendín, 1999). Autores como Scortegagna (2008), realizaram pesquisas utilizando o Método de Rorschach na avaliação de crianças vítimas de abuso sexual, e também identificaram índices de egocentrismo baixos nesses sujeitos e no grupo de pareamento com crianças não vítimas.

Para tanto, é essencial analisar concomitantemente a presença das respostas de Reflexo. Novamente as crianças do grupo G1 apresentaram sua média com índice acima de zero [$Fr+rF > 0,08\uparrow$], mas diminuída em comparação às respostas das crianças tidas como padrão de referência do Sistema Compreensivo (Exner, 1999), e das crianças do grupo G2 [$Fr+rF > 0,17\uparrow$]. As respostas de Reflexo, associadas ao baixo índice de egocentrismo (*EGO*), indicam a importância dos conflitos vivenciados pelas crianças do grupo G1 em relação a sua autoimagem e a sua autoestima. Amplia-se, também, a predisposição nas crianças para inadequação da conduta (Exner & Sendín, 1999). Cabe lembrar que 58,4%

das crianças vítimas de abuso sexual deste trabalho apresentaram algum tipo de diagnóstico (muitas vezes acompanhado de co-morbidades) identificado através da CBCL.

A expansão da autoconsciência, analisada pelo valor de FD , teve seu índice elevado mais nas crianças do grupo G1. Esta variável avalia a capacidade de manter um nível moderado de auto-inspeção. Quando ocorre um investimento excessivo na introspecção pode levar tanto a dificuldade de ajustamento quanto ao excesso de autoconsciência (Weiner, 2000). Porém vale lembrar que as crianças do grupo G1 possuem o tipo vivencial introversivo, o que pode responder ao aumento de FD , visto que o processo de introspecção se relaciona com a postergação e interiorização das descargas, própria deste Estilo EB (Exner & Sendín, 1999).

As mães do grupo G1 apresentam diminuído Índice de Egocentrismo [$3r+(2)/R<0,31\downarrow$] quando comparadas a normatização brasileira, contudo expressam a ausência de Respostas de Reflexo [$Fr+rF=0$]. As mães do grupo G2 apresentaram Índice de Egocentrismo [$3r+(2)/R<0,26\downarrow$] baixo quando comparadas as mães do grupo G1 e a normatização brasileira, todavia apresentam Respostas de Reflexo [$Fr+rF=0,08$] mais altas que as mães do grupo G1. Apesar de respostas de reflexo não serem esperadas em sujeitos adultos, os dados normativos apontam para uma média de [$Fr+rF=0,46$]. Associado a um baixo índice de autocentramento confirma-se a baixa autoestima sentida pelas mães de ambos os grupos.

Para tanto, a atitude prevalente frente aos outros, das mães dos grupos G1 e G2, é de uma comparação desfavorável e desvalorizada em relação a sua pessoa. Por conta disto, são percebidas dificuldades ou incapacidades das mães no sentido de manter adequada autoestima, identificada pela baixa frequência do Índice de Egocentrismo e prejuízo no autocentramento, associados à falta de respostas de Reflexo (Weiner, 2000).

Portanto, não prestam a devida atenção a si mesmas, e o motivo pelo qual tendem a se autoignorar frequentemente provém de uma baixa estimativa de seu valor pessoal. De igual forma, não confiam em seus recursos próprios, e são excessivamente vulneráveis a serem influenciadas pelos demais, sem capacidade para manter seu próprio posicionamento (Exner & Sendín, 1999).

Outro aspecto importante para a avaliação da autopercepção é estipulado pela variável Interesse Interpessoal. Esta variável alude às representações que o indivíduo tem sobre si e sobre o outro, sua capacidade de identificar-se e, sobretudo, sua capacidade de tê-lo feito com pessoas reais (Weiner, 2000).

Em relação ao Interesse Interpessoal, as crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar (G1) apresentaram uma diferença expressiva da correlação entre as figuras humana [$H (2,25) < (2,92) (H)+Hd+(Hd)$], quando comparadas às crianças do G2 [$H (2,25) < (3,84) (H)+Hd+(Hd)$]. As crianças do grupo G1 e G2 apresentam noções distorcidas sobre si mesmas e são menos amadurecidas em sua faixa etária quando comparadas aos dados normativos [$H (2,41) < (2,56) (H)+Hd+(Hd)$] de Exner (1999).

As mães do grupo G1, de igual forma, verbalizaram mais conteúdos parciais que figuras humanas puras [$H (3,08) < (4,33) (H)+Hd+(Hd)$], assim como as mães do grupo G2 puras [$H (1,33) < (2,25) (H)+Hd+(Hd)$]. As características dos grupos em relação ao Interesse Interpessoal recaem sobre o predomínio dos outros conteúdos humanos sobre H puro (humano). Os grupos de mães G1 e G2 estão em acordo com os dados normativos da população brasileira.

Nos outros grupos comparados e avaliados, nesta pesquisa, encontramos também um valor mais alto de conteúdos parciais e imaginárias em detrimento às percepções de figuras humanas inteiras, assim como aconteceu com as mães e as crianças dos grupos G1 e G2. Podendo sinalizar uma imaturidade e apoio na fantasia para construir a imagem do outro (Nascimento, 2010).

Nas mães do grupo G1, G2 e nas crianças do grupo G2 se observa um interesse por outras pessoas, mas existe um grande desconforto e dificuldade para compreendê-las. Esta dificuldade está vinculada à imagem e percepção do outro, construída fundamentalmente sobre fantasias, visões desvirtuadas e parciais. Esta posição denota uma visão mais distorcida de si mesmos e dos demais, uma característica de pessoas imaturas (Weiner, 2000, Scortegagna, 2008). Apesar de mais superficial, quanto ao relacionamento interpessoal, constatou-se boa representação dos outros nas mães do grupo G1 (GHR=4,17>PHR=3,50); nas mães do grupo G2 (GHR=2,67>PHR=1,25); e nas crianças do grupo G2 (GHR=3,92>PHR=2,83).

As crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar do grupo G1 também mostraram a qualidade do relacionamento como conflituoso e fracassado, ou ainda, socialmente inadequado. Informação esta reforçada pelo aumento Representação Humana de má qualidade nessas crianças (GHR=2,33<PHR=3,50) (Nascimento, 2010). Estas proporções apresentadas podem indicar problemas mais sérios nos relacionamentos. Segundo Exner (2003), a ausência ou dificuldade para compreender ao outro pode criar irreais expectativas quanto aos relacionamentos ou comportamentos sociais desastrosos, podendo afastar outros indivíduos.

Desta forma, as mães e as crianças com mais respostas de figuras imaginárias podem apresentar uma dificuldade maior na identificação com os indivíduos reais (possuidores de interação verdadeira) do que com personagens fantasiosos e distantes, podendo até sentir desconforto perante sua identificação com as pessoas reais (Weiner, 2000).

Nas respostas de Movimento Cooperativo e Movimento Agressivo os sujeitos tendem a projetar de modo mais direto suas impressões a respeito do outro (Nascimento, 2010). Neste estudo, tanto as mães e as crianças do grupo G1 quanto às do grupo G2 apresentaram média de COP > AG. Contudo, as mães do grupo G1 apresentaram COP (0,42) > AG (0,33) e as mães do grupo G2 COP (1,42) > AG (0,08). Portanto, as mães do grupo G2 verbalizaram mais respostas de Movimento Cooperativo e menos respostas de Movimento Agressivo. As crianças, de igual forma, apresentaram a mesma distinção das mães dos grupos G1 e G2. As crianças do grupo G1 apresentaram COP (0,67) > AG (0,17); e as crianças do grupo G2 COP (1,00) > AG (0,33).

O predomínio das respostas de Movimento Cooperativo sobre as de Movimento Agressivo significa que existe um indicio de que os sujeitos da pesquisa antecedem as relações favoráveis com o ambiente, pois o predomínio desta variável demonstra disponibilidade para vivenciar os relacionamentos de forma positiva (Nascimento, 2010). Uma vez que o Movimento Cooperativo pressupõe a presença deste tipo de atitude nas relações, o COP pode ser compreendido como sinal de possível prognóstico favorável (Exner & Sendín, 1999).

Respostas que contenham a presença de Movimento Agressivo, em proporção menor que os Movimentos Cooperativos, podem significar mais atitudes assertivas e competitivas, do que cooperativa e aquiescente (Weiner, 2000). Partindo deste pressuposto, observamos que a média deste tipo de respostas nas crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar pesquisadas (G1), foi a mais baixa (0,17), principalmente em correlação aos índices de 1,13 das crianças de 6 a 11 anos utilizadas como padrão de referência do Sistema Compreensivo (Exner, 1999).

Uma hipótese sobre as respostas das crianças do grupo G1, poderia ser de que o AG baixo estaria indicando falta de assertividade. Isto as impede de responder por si quando necessário e de evitar serem exploradas e manipuladas por outros. Como segunda hipótese, o COP rebaixado poderia mostrar tendências prejudicadas na capacidade de antecipar atividades de colaboração com os outros e de se deixar envolver. Mas esta diminuta quantidade de respostas COP, não impede que as crianças vítimas de abuso sexual

desenvolvam relações interpessoais próximas, especialmente porque possuem respostas de Textura em seus protocolos.

Em contraponto, o alto índice de respostas de AG proferidas pelas mães, pode ser interpretado com o significado de assertividade, no comportamento tanto verbal quanto não verbal. Importante retomar que a maioria das mães (58,4%) tiveram atitudes de denuncia e proteção frente à descoberta do ato abusivo.

Em pesquisa realizada por Scortegagna (2008) com 36 crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar e 40 crianças da população geral, também foram encontrados percentuais abaixo da média e na média para as respostas de AG. Porém estes dados foram abordados como uma inibição da agressão, que poderia estar incidindo como um fator de proteção.

A proporção entre as respostas de Movimento Ativo e Movimento Passivo possuem significativo impacto na capacidade para tomar iniciativa (Nascimento, 2010). As médias apresentadas sobre Movimento Ativo e Passivo nas crianças vítimas de abuso [2,67:2,67] e nas crianças não vítimas [4,17:2,92] demonstram uma diferença significativa em relação a diminuição das respostas ativas pelo grupo G1. As mães do grupo G1 [3,33:3,33] não obtiveram diferença entre seus valores ($a:p$), mas em relação as mães do grupo G2 [2,58:1,92], possuem índices mais altos, tanto de a quanto de p .

Interessante observar que enquanto as mães do grupo G1 apresentam uma média de a (3,33): p (3,33); as crianças do mesmo grupo tiveram as médias de a (2,67): p (2,67). Em contra ponto, as mães e as crianças do grupo G2 apresentaram valores de $a > p$. Esta proporção de maior valor de a sobre p sugere uma flexibilidade cognitiva, com adequada capacidade para refletir ou experienciar a respeito da relação entre os acontecimentos (Nascimento, 2010).

Como hipótese para o grupo G1, poderia se pensar na relação dos padrões de conduta e de comportamento das crianças vítimas de abuso. Algumas alterações são facilmente identificadas, como a impotência e a incapacidade de defesa diante do abuso, o que deteriora a competência da criança, que acaba reagindo “indiretamente com manobras de silêncio, afastamento e sintomas encobridores” (Ferreira, Marczyk & Araújo 2011, p.188).

Apesar de Weiner (2000) afirmar não haver base para inferir sobre o significado de uma igualdade entre respostas passivas e ativas ($a:p$), podemos levantar hipóteses de uma tendência, ou características de personalidade, à submissão e à subserviência em relação ao outro, sinalizando uma possível diminuição da adaptação e do comportamento passivo nos relacionamentos interpessoais.

O Índice de Déficit Relacional (CDI) proporciona uma avaliação das dificuldades individuais frente às complexidades presentes na vida cotidiana. Quando o indicador abaliza positivo, significa que o indivíduo possui problemas para enfrentar as demandas de seu ambiente de forma eficiente (Exner & Sendín, 1999).

Dentre os grupos pesquisados, as mães do grupo G1 apresentaram as mais altas taxas, com 58,3% de índices positivos. Estas mães possuem inaptações na interação com os indivíduos de seu meio, estabelecendo relações pessoais mais superficiais e escassas. Podem, ainda, parecer mais distantes, inaptas, frágeis ou menos sensíveis às necessidades e interesses dos outros. Todavia, mostram-se mais vulneráveis às circunstâncias estressoras, e possuem comportamento falho frente às situações externas complexas ou tensas (Exner & Sendín, 1999).

O CDI elevado é um indicador claro da dificuldade de ajustamento, contudo sua interpretação correta depende do nível de Experiência Efetiva (EA) do sujeito (Weiner, 2000). O que, no caso das mães do grupo G1, apresentaram média 5,50 de EA, enquanto o Índice Brasileiro permanece com 4,93 (Nascimento, 2010). Os padrões disfuncionais na forma de lidar com as demandas (CDI positivo↑) podem envolver a presença aparentemente paradoxal de um nível adequado de EA. A dita combinação comumente acontece com indivíduos que, de um modo geral, não são incompetentes. Podendo até conquistar realizações significativas ao seu favor, contudo possuem dificuldade acentuada frente à condução de suas relações interpessoais de forma gratificante e adequada. O CDI alto também é comumente encontrado em indivíduos com transtornos caracterizados por desamparo e insuficiente êxito perante os desafios da vida (Weiner, 2000).

Estas dificuldades acentuadas podem estar associadas à inabilidade da proteção e dificuldade nas relações das mães das crianças vítimas de abuso sexual. A proteção pouco eficaz destas mães mostra-se relacionada ao desamparo aprendido, à incapacidade de reconhecer possíveis ameaças, a depressão, entre outros fatores vinculados (DiLillo & Damashek, 2003; Kreklewitz & Piotrowski, 1998; Santos & Dell'Aglio 2009).

Importante se faz sintetizar alguns indicadores dos Relacionamentos Interpessoais nas crianças e nas suas mães. A Estabilidade de Interesse, Envolvimento e Bem-estar nas Relações Interpessoais é medido por SumH, $[H+H_d+(H)+(H_d)]$ e Índice de Isolamento. As mães e crianças de ambos os grupos (G1 e G2) apresentaram um interesse interpessoal na média e/ou acima dela ($SumH>3$); apesar de demonstrar um grau de desconforto social que prejudica a sua adaptação $[H<H_d+(H)+(H_d)]$; mas não chegando ao ponto de haver um isolamento interpessoal.

A Antecipação de Intimidade e Segurança Interpessoal é avaliada através das respostas de *SumT* e *HVI*. Nas crianças vítimas de abuso sexual (G1) e nas crianças não vítimas (G2), assim como nas mães dos grupos G1 e G2, foram encontradas respostas satisfatórias de Textura, numa proporção de $0 < T < 1$, e baixo ou nulo índice de *HVI*.

As características de personalidade indicadas por $COP > 0$; respostas de *Textura* no protocolo ($SumT > 0$); combinados com o Índice de Isolamento baixo ($Isolete/R \downarrow$); e somatório de *Conteúdos Humanos* alto ($SumH \uparrow$) significa que as mães e as crianças de ambos os grupos (G1 e G2) tendem a ver as interações entre as pessoas de modo positivo e a participar delas de bom grado.

De acordo com Blatt, Brenneis, Schimek, & Glick (1976) as respostas contendo conteúdos humanos avaliam de melhor forma as representações de objeto no Método de Rorschach. Isto significa que, os sujeitos com melhor disposição e habilidade para as relações humanas apresentem melhor capacidade para apreender as figuras humanas, com adequação de forma e lógica, especialmente figuras inteiras e bem definidas (Nascimento, 2010).

A avaliação das percepções e dos comportamentos interpessoais apresentaram importante contribuição para a constituição das variáveis GHR e PHR. Estes índices possuem seu potencial de interpretação constituído e asseverado (Viglione, Perry, Jansak, Meyer & Exner, 2003; Viglione, Perry & Meyer, 2003; Meyer & Viglione, 2008; Nascimento, 2010).

Esta variável apresenta como excelente característica constitutiva a utilização de diversas categorias de codificação (determinantes, qualidade formal, conteúdo e códigos especiais), como critérios de classificação. Outra importante evolução foi à inclusão de respostas animais em atividades análogas as dos seres humanos. As possibilidades de avaliação das experiências humanas foram, desta forma, ampliadas (Nascimento, 2010, Exner 2003).

Nas crianças do grupo G1, a maior prevalência nas respostas de representação humana foi de $GHR < PHR$ em 58% dos casos. Nas crianças do grupo G2 a correlação presente foi inversamente proporcional ao do grupo G1, com frequência maior de $GHR > PHR$ em 66,7%. Destarte, as 12 crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar apresentaram frequência maior das respostas de representação humana de má qualidade, caracterizando o humano como parcial, distorcido, confuso, danificado, emaranhado, fundido e, em geral malévolos ou agressivos.

Nas 24 mães dos grupos G1 e G2, os índices de representação humana de boa qualidade foram maiores (GHR>PHR). Possuindo as porcentagens de 50% nas mães do grupo G1 e 66,7% nas mães do grupo G2. Apresentando, como um todo, respostas de figuras humanas mais completas, precisas, realistas, integras, independentes e geralmente benevolentes.

Embora não tenha sido o enfoque principal deste estudo, verificou-se intrigante correlação entre algumas mães do grupo G1 sobre as Representações Humanas. Foram analisadas as respostas das mães que relataram haver sofrido de violência sexual em algum momento de sua vida, num total de 50% ($f = 6$) do grupo G1. Os índices de GHR e PHR destas mulheres foram de GHR (3,17%) < PHR (3,83%), com notável aumento da incidência de respostas de representação humana de má qualidade sobre as outras mulheres deste grupo.

Segundo Wagner (2005) os sujeitos envolvidos não percebem a repetição dos padrões familiares que se ecoam de uma geração para outra até serem defrontados com os fatos. Os padrões são formadores e significadores da família, sendo definidos “a partir dos legados, valores, crenças, segredos, ritos e mitos que se perpetuam e fazem parte da história familiar” (Wagner, 2005, p.21)

As mães e as crianças do G1 apresentaram *lambda* elevado. Este índice elevado pode indicar uma visão estreita da realidade e uma forma muito pouco flexível para focalizar a atenção às situações vividas diariamente. Porém, quando um *lambda* alto vem acompanhado de um bom número de respostas (>17) e EA > 3,5 provavelmente está relacionado ao Estilo Evitativo (Nascimento, 2010). Neste estudo, as crianças do grupo G1 apresentaram uma média de respostas de 21,08 (↑) e uma Experiência Efetiva (EA) de 3,92 (↑); conquanto as mães do grupo G1 obtiveram 21,0 (↑) de respostas e Experiência Efetiva de 5,50 (↑). Porém, o tipos de vivencia das mães e das crianças do grupo G1 apontam para o Estilo Introversivo.

A presença de um foco de atenção mais estreito (*Lambda* ↑) pode servir para finalidade adaptativa em algumas situações. Restringindo a consciência dos sujeitos propensos a perturbações ou desorganizações, caso ocorra à tomada plena de consciência de algum acontecimento indesejável ou ameaçadora de sua vida. Podendo o *Lambda* elevado estar a serviço da autoproteção do individuo (Weiner, 2000).

Ao estudar padrões típicos de resposta no exame das funções mentais Ferreira et al. identificaram prejuízo no conteúdo e qualidade do pensamento, ou seja, as crianças vítima de abuso podem apresentar dificuldade de abstração, idéias supervalorizadas e baixa

autoestima. O abuso sexual tem repercussões patogênicas e destrutivas na vida das crianças que vivenciam estas experiências esmagadoras no curso do seu desenvolvimento (Albornoz & Nunes, 2004) reverberando em toda a dinâmica familiar no qual esta inserida.

Considerações Finais

Considerando que o objetivo deste estudo foi compreender e identificar a qualidade da autopercepção, das relações interpessoais e da representação de objeto nas crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar, assim como, nas suas respectivas mães os resultados permitem constatar de forma resumida os seguintes aspectos:

a) Autopercepção (Autoestima e Autoimagem)

- Autopercepção distorcida, baixa autoestima e noção distorcida de identidade presentes em maior frequência nas crianças vítimas de abuso sexual (G1) em comparação com as não-vítimas (G2);
- Autopercepção distorcida, baixa autoestima e noção distorcida de identidade presentes em maior frequência nas mães das crianças vítimas (G1) em comparação com as mães das crianças não-vítimas (G2);

b) Relacionamento Interpessoal

- As crianças vítimas de abuso sexual (G1) apresentam um Relacionamento Interpessoal prejudicado;
- As crianças não vítimas (G2) apresentam um Relacionamento Interpessoal adequado;
- As mães das vítimas de abuso sexual (G1) apresentam um Relacionamento Interpessoal adequado;
- As mães das crianças não vítimas (G2) apresentam um Relacionamento Interpessoal adequado;

c) Representações Objetais

- As crianças vítimas de abuso sexual (G1) apresentam uma Representação de Objeto prejudicada e de má qualidade;
- As crianças não vítimas (G2) apresentam uma Representação de Objeto adequada e de boa qualidade;
- As mães das crianças vítimas de abuso sexual (G1) apresentam uma Representação de Objeto adequada e de boa qualidade;

- As mães das crianças não vítimas (G2) apresentam uma Representação de Objeto adequada e de boa qualidade;
- Mães do grupo G1 que sofreram violência sexual apresentam uma Representação de Objeto prejudicada e de má qualidade.

Referências

- ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). (2010). Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso em: 20 out. 2010.
- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1983). Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Albornoz, A. G. C & Nunes, M. L. T. (2004). A dor e a constituição psíquica. Psico-USF, 9, (2), 211-218.
- Angelini, L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W.F. & Duarte, J. L. M. (1999). Manual de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala Especial. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA). (2003). Relatório anual do sistema nacional de combate à exploração sexual infanto-juvenil. Rio de Janeiro, RJ: Autor.
- Barbieri, V., Jacquemim, A. & Alves, Z.M. (2005). Personalidade materna e resultados de crianças no psicodiagnóstico interventivo: o que significa a mãe suficientemente boa? Psico, 36, (2), 117-125.
- Bassols, A. M., Bergmann, D. S., Falceto, O. G. & Mardini, V. (2011). A visão do psiquiatra de criança e adolescente na avaliação e no atendimento de crianças abusadas sexualmente. In: M. R. Azambuja; M. H. Ferreira & Cols. Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (pp 48-67). Porto Alegre: Artmed.
- Blatt, S., Brenneis, C., Schimek, J., & Glick, M. (1976). Normal development and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach. Journal of Abnormal Psychology, 85, 364-373.

- Bordin, I., Martin, J. & Caeiro, M. (1995). Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): Dados preliminares. Revista ABP-PAL, 17, 55-66.
- Borge, J. L. & Dell'Aglio, D. D. (2008). Abuso sexual infantil: indicadores de risco e consequências no desenvolvimento de crianças. Interamerican Journal of Psychology, 42, (3), 528-536
- Cervený, C. M. (1994). A Família como um Modelo: Desconstruindo a Patologia. São Paulo: Artes Médicas.
- Dies, R. R. (1995). Subject variables in Rorschach research. In: Exner, J. E. (1995). Issues and methods in Rorschach research. 1st. ed. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- DiLillo, D., & Damashek, A. (2003). Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. Child Maltreatment, 8, 319-333.
- Dobke, V. M., Santos, S. S. & Dell'Aglio D., D. (2010) Abuso sexual intrafamiliar: da notificação ao depoimento no contexto processual-penal. Temas em Psicologia, 18,(1), 167-176
- Duarte, C. S. (2000). Características de personalidade de mães de crianças com diagnóstico de autismo infantil: um estudo comparativo. Tese de doutorado. Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo.
- Exner, J. E. (1999). Manual de classificação do Rorschach para o sistema compreensivo. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E. (2003). The Rorschach: A Comprehensive System - Basic foundations and principles of interpretation (Vol. 1). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Exner, J. & Sendín, C. (1999). Manual de Interpretação do Rorschach para o Sistema Compreensivo. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Faleiros, E. T. (2000). Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Brasília: Thesaurus.
- Ferreira, M. H. & Azambuja, M. R. (2011). Aspectos jurídicos e psíquicos da inquirição da criança vítima. In: M. R. Azambuja; M. H. Ferreira & Cols. Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (pp 48-67). Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, M. H., Marczyk, F. C. & Araujo, T. S. (2011). Laudo psicológico e psiquiátrico no abuso sexual. In: M. R. Azambuja; M. H. Ferreira & Cols. Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (pp 48-67). Porto Alegre: Artmed.

- Ferreira, M. H. & Rocha, V. (2011). Normalidade e desvios do comportamento vincular materno. In: M. R. Azambuja; M. H. Ferreira & Cols. Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (pp 204-216) Porto Alegre: Artmed.
- Flores, R. Z. & Caminha, R. M. (1994). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 16(2), 158-167.
- Furniss, T. (2002). Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar: Manejo, terapia e intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Giberti, E. (2005) Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes: perspectivas psicológicas y sociales. Espanha: Espacio.
- 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.
- Hershkowitz, I., Lanes, O. & Lamb, M. E. (2007). Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. Child Abuse & Neglect, 31, 111-123.
- Jacquemin, A. (1976). O teste de Rorschach em crianças brasileiras. São Paulo, SP: Vetor.
- Koller, S. H., & De Antoni, C. (2004). Violência intrafamiliar: Uma visão ecológica. In S. H. Koller (Ed.), Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil (pp. 293-310). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Kreklewetz, C. M., & Piotrowski, C. C. (1998). Incest survivor mothers: Protecting the next generation. Child Abuse & Neglect, 22, 1305-1312.
- Kristensen, C. H., Oliveira, M. S., Flores, R. Z., (1999). Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre: pode piorar? In: Amencar (Org.), Violência Doméstica. São Leopoldo: Amencar.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics, 33, 159-174.
- Mello J. M. & Souza, E (2006). Impacto da violência na infância e adolescência brasileira: magnitude da morbimortalidade. In: Ministério da Saúde. Violência faz mal a saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Meyer, G. & Viglione, D. (2008). An Introduction to Rorschach Assessment. In R. Archer, & S. Smith, A guide to personality assessment: evaluation, application and integration (pp. 281-336). New York: Routledge.
- Ministério da Saúde. (2002b). Violência Intrafamiliar: Orientações para práticas em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

- Ministério da Educação (2004). Ensino Fundamental de Nove Anos: Orientações Gerais. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, Departamento de Políticas de Educação Infantil e Ensino Fundamental. Brasília: Editora do Ministério da Educação.
- Nascimento, R. S. G. (2010). Sistema Compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (1995). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, 10ª Revisão. São Paulo: CBCD/ EDUSP.
- Pelisolí, C., & Dell’Aglío, D. D. (2007). Características familiares no contexto do abuso sexual. In: C. S. Hutz (Org.). Prevenção e Intervenção em Situações de Risco e Vulnerabilidade (pp.205-245). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pedersen, J. R. & Grossi, P. K. (2011). O abuso sexual intrafamiliar e a violência estrutural. In: M. R. Azambuja; M. H. Ferreira & Cols. Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes.(pp 25-34) Porto Alegre: Artmed.
- Pelisolí, C., Pires, J. P. M., Almeida, M. E., & Dell’Aglío, D. D. (2010). Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. Temas em Psicologia, 18, (1), 85-97
- Plummer, C. A. (2006). The discovery process: What mothers see and do in gaining awareness of the sexual abuse of their children. Child Abuse & Neglect, 30, 1227-1237.
- Ritzler, B. A. & Exner, J. E. (1995). Special issues in subjects selection and design. In: J. E. Exner. Issues and methods in Rorschach research (pp123-143). New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Santos, S. C. G. (2009). Avaliação da personalidade de gerentes de alto desempenho por meio do método de Rorschach. Tese de Doutorado. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Faculdade de Psicologia.
- Santos, S. S. & Dell’Aglío, D. D. (2009). Revelação do Abuso Sexual Infantil: Reações Maternas. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25, (1), 85-92.
- Santos, S. S. & Dell’Aglío, D. D. (2010) Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. Psicologia & Sociedade, 22(2)328-335.
- Sattler, M. K. (2011). O abusador: o que sabemos. In: M. R. Azambuja; M. H. Ferreira & Cols. Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (pp 48-67). Porto Alegre: Artmed.
- Sávio, A. & Smalet, P. (2006). Violência familiar. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUCSP.

- Scortegagna, S.A. (2008). Método de Rorschach e a autopercepção em vítimas de abuso sexual. Tese de doutorado. Itatiba: Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade São Francisco (USF). 201p.
- Semer, N. L. (1999). Estudo da Auto-Estima em Crianças Enuréticas pelo Método de Rorschach. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., & Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. Child Abuse & Neglect, 28(7), 785-801.
- Viglione, D. J., Perry, W. & Meyer, G. (2003). Refinements in the Rorschach Ego Impairment Index incorporating the Human Representational Variable. Journal of Personality Assessment, 81, 149–156.
- Viglione, D. J., Perry, W., Jansak, D., Meyer, G. & Exner, J. E. (2003). Modifying the Rorschach human experience variable to create the human representational variable. Journal of Personality Assessment, 81, (1), 64-73.
- Wagner, A. (2005) Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Weiner, I. B. (2000). Princípios da interpretação do Rorschach. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D.,W. (1996). Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

O fenômeno do abuso sexual expõe as crianças que sofrem tal violação dos direitos humanos a uma situação complexa e causadora de enorme dor e sofrimento. Pela gravidade do tema, o abuso sexual intrafamiliar é reconhecido como uma questão de saúde pública, visto que produz grande efeito nocivo sobre o bem estar psíquico, físico, social, além de colocar obstáculos para uma sociedade mais justa, igualitária e solidária. Muito se escreve sobre a multifatorialidade do abuso, mas há menos atenção despendida sobre as interações da criança no local onde esta se constitui como sujeito, a sua família.

Desse modo, estudar o abuso sexual intrafamiliar, visando uma compreensão que possibilite auxiliar na prevenção do crescimento desmedido de tal fenômeno parece ser de extrema valia. Partindo do objetivo de se chegar à prevenção efetiva dessa situação, é indispensável pesquisar os fatores psíquicos que influenciam ou caracterizam estes sujeitos. Para tanto, fundamental se mostra estudar a mãe, pois ela é a partícipe da relação que constituirá a criança. Fazendo-se necessária, deste modo, uma visão ampla sobre o contexto de desenvolvimento dessas crianças.

Ao possuir como objetivo de investigação a compreensão e a identificação da qualidade da autopercepção, das relações interpessoais e da representação de objeto nas crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar, assim como, nas suas respectivas mães, esta Dissertação pode contribuir para futuras ações de prevenção e tratamento de situações de abuso sexual intrafamiliar contra o menor. Uma vez que a violência sempre se apresenta como um fenômeno complexo, comumente envolvendo de forma ativa ou passiva todos os integrantes do núcleo familiar, não se restringindo apenas ao indivíduo (Gelles, 1997; Reichenheim, Dias & Moraes, 2006).

O ponto de partida teórico desta Dissertação de Mestrado foi analisar as representações de objeto e as relações interpessoais dos indivíduos por meio do diálogo entre diferentes aportes teóricos: como a dinâmica do apego, o desenvolvimento cognitivo e a abordagem das relações objetais. Para tanto, a intenção foi discutir a relevância e a importância do papel das relações interpessoais e das relações de objeto no desenvolvimento do indivíduo.

O estudo empírico, que responde ao projeto de Dissertação, se propôs a investigar os aspectos sobre autoestima, relacionamento interpessoal e representação de objeto das crianças vítimas de abuso e de suas mães, bem como de crianças não vítimas e de suas progenitoras. Porquanto o processo de constituição da identidade do indivíduo torna-se

mais natural quando houve a oportunidade de formar as identificações com as pessoas reais e verdadeiras de sua vida, sobre as quais puderam ser adequadamente usadas como modelo (Erikson, 1963; Weiner, 2000).

Desta forma, pode-se perceber que as crianças e as mães dos grupos G1 (crianças vítimas de abuso sexual e suas mães) e G2 (crianças não vítimas e suas mães) apresentam autopercepção distorcida, baixa autoestima e noção distorcida de identidade. Presentes em maior frequência nas crianças e mães do grupo (G1) em comparação com as crianças e mães do grupo (G2). A qualidade da percepção de si próprio constitui um dos determinantes fundamentais para o bem-estar psicológico, assim como para o funcionamento social (Exner & Sendín, 1999; Sopezki & Vaz, 2008). Consoante observado em ambos os grupos os resultados mostraram-se negativos, surgindo à hipótese de que, além do agravante da violência sexual do grupo G1, ambos os grupos possuem baixo nível sócio-econômico, com seus consequentes prejuízos causados pela fragilização social (Pedersen & Grossi, 2011).

No que diz respeito à Relação Interpessoal, as crianças vítimas de abuso sexual (G1) apresentam um Relacionamento Interpessoal prejudicado quando comparadas às crianças do grupo G2, mostrando um agravado prejuízo nas interações com o próximo. Ao passo que as mães dos grupos G1 e G2 apresentam um Relacionamento Interpessoal Adequado.

As crianças do grupo G1 apresentam uma Representação de Objeto prejudicada e de má qualidade, resultado proveniente da vivência do abuso sexual. As crianças e as mães do grupo G2 apresentaram representação objetal adequada e de boa qualidade, também condizentes com suas vivências.

Cumprir registrar interessante ponto observado nesta pesquisa, a diferença entre as mães do grupo G1 que sofreram em algum momento da vida violência sexual e aquelas que não vivenciaram tal experiência. As mães vítimas apresentaram uma Representação de Objeto prejudicada e de má qualidade, enquanto as mães não vítimas apresentaram uma Representação de Objeto adequada e de boa qualidade. Assim, percebe-se que as marcas produzidas pela violência sexual no indivíduo podem tornar-se legados carregados por toda uma vida.

Desta forma, pode-se perceber que a violência intrafamiliar não se apresenta somente como um fenômeno intrínseco ao núcleo familiar. O legado da violência é constituído e transmitido por gerações, de modo que o indivíduo vitimado pela violência pode reproduzir tais padrões interacionais em seus relacionamentos (Seixas, 2006). Não menos

importante mencionar que a prevalência da repetição transgeracional se mostra notória. Todavia, não significa ser fator decisivo e único para a ocorrência do abuso.

Esta pesquisa mostra a importância de analisar os fatores transgeracionais no histórico das mães das crianças vítimas de abuso sexual. Asseverando aos profissionais das mais diversas áreas que abordam este tema, a necessidade do adequado preparo para identificação destas vivências traumáticas anteriores. A pesquisa se limitou à criança e a sua mãe, não investigando o cuidador paterno (não abusador). Para futuros estudos, mostra-se importante averiguar a força da transmissão e da relação interpessoais nesta díade paterno-filial.

Para findar esta conclusão, retoma-se a frase do parágrafo solitário posto nas primeiras páginas desta Dissertação: “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”. Esta fala de Nelson Mandela (OMS, 2003, p.9) representa mais do que palavras. Acredita-se que seja um caminho verdadeiro para a diminuição e, quiçá, extinção desta (e de outras) formas de violência. As palavras deste líder certamente carregam o peso da sua história, da sua luta pelos direitos dos menos favorecidos, da diminuição do preconceito e da justiça mais igualitária.

Referências

- Reichenheim, M., Dias, A. & Moraes, C. (2006). Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. Revista de Saúde Pública, 40, (4), 595-603.
- Erikson, E.H. (1963). Childhood and Society. New York: Norton.
- Exner, J. & Sendín, C. (1999). Manual de Interpretação do Rorschach para o Sistema Compreensivo. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gelles, R. J. (1997). Intimate violence in families. London: Sage.
- Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B. & Lozano, R. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Pedersen, J. R. & Grossi, P. K. (2011). O abuso sexual intrafamiliar e a violência estrutural. In: M. R. Azambuja; M. H. Ferreira & Cols. Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes.(pp 25-34) Porto Alegre: Artmed.
- Sopezki D. & Vaz, C. (2008). O Impacto da Relação Mãe-Filha no Desenvolvimento da Autoestima e nos Transtornos Alimentares. Interação em Psicologia, 12, (2), 267-275

Seixas, M.R (2006). Programa de ação e prevenção da violência e promoção da paz. São Paulo: Associação Paulista de Terapia Familiar - APTF. Weiner, I. B. (2000). Princípios da interpretação do Rorschach. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Weiner, I. B. (2000). Princípios da interpretação do Rorschach. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-1657/09

Porto Alegre, 07 de dezembro de 2009.

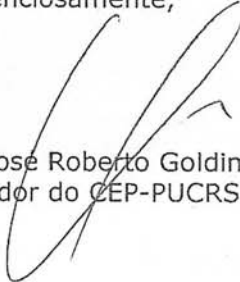
Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 09/04884 intitulado **"Autoestima e representação de objeto das crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar e das suas respectivas mães"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Jose Roberto Goldim
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.
Profa. Blanca Guevara Werlang
FAPSI
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO B

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas



Porto Alegre, 12 de Novembro de 2009.

Ilmo (a) Sr. (a)
Virgínia Graciela Wassermann

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado "Autoestima e representação de objeto em crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar e em suas respectivas mães" do(a)s pesquisador(a) Virgínia Graciela Wassermann, protocolado neste CEP sob nº 33/09, foi **Aprovado**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, em 11/11/2009 estando ética e metodologicamente adequado às Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos - (Resolução 196/96) - do Conselho Nacional de Saúde. Informamos que os autores deverão encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.

Atenciosamente,

Dr Ricardo Meyer
Presidente do Comitê de Ética em
Pesquisa/HMIPV

Av. Independência, 661 - Cep: 90035-076 - Porto Alegre-RS
Fone: (51) 3289.3000 - Fax: (51) 3226.9075

ANEXO C

Ficha de Datos Sociodemográficos

Entrevistador:		Data:																																																																																				
Nome Mãe/Responsável:		Idade:																																																																																				
Data Nascimento:	Local de Nascimento:																																																																																					
<p>1. Estado Civil (mãe) a. () Casado ou União Estável b. () Solteiro c. () Viúvo d. () Separado e. () Divorciado f. () Outro.</p> <p>2. Idade do pai da criança _____</p> <p>3. Estão juntos? a. () Sim b. () Não Quanto tempo estiveram juntos? _____</p> <p>4. Os pais tiveram outros companheiros? a. () Padrasto Idade: _____ Ocupação: _____ Escolaridade: _____ b. () Madrasta Idade: _____ Ocupação: _____ Escolaridade: _____</p> <p>5. Você pratica alguma religião? Qual? _____</p> <p>6. Escolaridade (série atual): a. () Nenhuma b. () Ensino Fundamental Incompleto c. () Ensino Fundamental Completo. d. () Ginásio Incompleto. e. () Ginásio Completo. f. () Ensino Médio Incompleto. g. () Ensino Médio Completo. h. () Curso Técnico Incompleto. i. () Curso Técnico Completo. j. () Curso Superior Incompleto. k. () Curso Superior Completo. l. () Pós-graduação m. () Outra _____</p> <p>7. Quantos anos de escolaridade? _____</p> <p>8. Escolaridade do pai (série atual): _____</p> <p>9. Sua residência é: a. () Própria b. () Alugada c. () De familiar. d. () Instituição</p> <p>10. Desde quando vive em seu domicílio atual? a. () Menos de 5 anos b. () Entre 5 e 10 anos c. () Mais de 10 anos.</p> <p>11. Você trabalha? a. () Sim b. () Não</p>	<p>12. Se trabalha, qual atividade que você exerce (especifique a função)? _____</p> <p>13. Há quanto tempo? _____</p> <p>14. O pai de seu filho(a) trabalha? a. () Sim b. () Não</p> <p>15. Se trabalha, qual atividade que ele exerce (especifique a função)? _____</p> <p>16. Há quanto tempo? _____</p> <p>17. A renda de sua família provém de a. () Pensão b. () Salário c. () Ajuda de terceiros d. () Aposentadoria e. () Outro: _____</p> <p>18. Dos itens abaixo, assinale quais e quantos você possui em sua residência:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Itens</th> <th colspan="5">Tem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Televisão a cores</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Rádio</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Banheiro</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Automóvel</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Empregada Mens.</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Aspirador de pó</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Máquina de lavar</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Videocasset/DVD</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Geladeira</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Freezer</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Telefone fixo</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Telefone celular</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 ou +</td> </tr> <tr> <td>Computador</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4 ou +</td> </tr> </tbody> </table> <p>19. Sua renda familiar é: a. () Até 1 salário mínimo b. () 1 a 3 salários mínimos c. () 3 a 5 salários mínimos d. () Mais de 5 salários mínimos</p> <p>20. Você tem algum problema de saúde (doença física) ? a. () Sim b. () Não Qual(is)? _____</p> <p>21. Você tem algum problema psicológico (diagnosticado) ? a. () Sim b. () Não Qual(is)? _____</p> <p>22. Já fez/faz tratamento psicológico e/ou médico? a. () Sim b. () Não Qual(is)? _____ Há quanto tempo? _____ Duração? _____</p>	Itens	Tem					Televisão a cores	0	1	2	3	4 ou +	Rádio	0	1	2	3	4 ou +	Banheiro	0	1	2	3	4 ou +	Automóvel	0	1	2	3	4 ou +	Empregada Mens.	0	1	2	3	4 ou +	Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +	Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +	Videocasset/DVD	0	1	2	3	4 ou +	Geladeira	0	1	2	3	4 ou +	Freezer	0	1	2	3	4 ou +	Telefone fixo	0	1	2	3	4 ou +	Telefone celular	0	1	2	3	4 ou +	Computador	0	1	2	3	4 ou +	<p>23. Utiliza alguma medicação psiquiátrica? a. () Sim b. () Não Qual(is)? E pra que servem? _____</p> <p>24. Quando você tem problemas, recorre a quem? _____</p> <p>25. Alguém de sua família já fez/faz tratamento médico e/ou tratamento psicológico? a. () Sim b. () Não Quem? _____ Motivo? _____ Há quanto tempo? _____ Duração? _____</p> <p>26. Alguém de sua família possui doença física? a. () Sim b. () Não Quem? _____ Qual? _____</p> <p>27. Alguém de sua família possui problema psicológico (diagnosticado)? a. () Sim b. () Não Quem? _____ Qual? _____</p> <p>28. É fumante? a. () Não b. () Parou há mais de 1 ano c. () Nunca fumou d. () Sim e. () cigarros/ dia? _____</p> <p>29. Costuma beber ou usar drogas? a. () Nunca b. () Não c. () Parou há mais de 1 ano d. () Sim Quais? _____ Frequência? _____</p> <p>30. O pai de seu filho(a) costuma beber ou usar drogas? a. () Nunca b. () Não c. () Parou há mais de 1 ano d. () Sim Quais? _____ Frequência? _____</p>
Itens	Tem																																																																																					
Televisão a cores	0	1	2	3	4 ou +																																																																																	
Rádio	0	1	2	3	4 ou +																																																																																	
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +																																																																																	
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +																																																																																	
Empregada Mens.	0	1	2	3	4 ou +																																																																																	
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +																																																																																	
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +																																																																																	
Videocasset/DVD	0	1	2	3	4 ou +																																																																																	
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +																																																																																	
Freezer	0	1	2	3	4 ou +																																																																																	
Telefone fixo	0	1	2	3	4 ou +																																																																																	
Telefone celular	0	1	2	3	4 ou +																																																																																	
Computador	0	1	2	3	4 ou +																																																																																	

<p>31. Existe história de violência em sua família (além daquela ocorrida com seu filho(a))? a. () Sim b. () Não</p> <p>32. Se sim, qual tipo de violência? a. () Psicológica b. () Negligência c. () Física d. () Sexual</p>	<p>Quem está envolvido? _____ Há quanto tempo ocorre(u)? _____ Quanto durou? _____</p> <p>33. Você já sofreu algum tipo de violência? a. () Psicológica b. () Negligência c. () Física d. () Sexual Quem está envolvido? _____ Há quanto tempo ocorre(u)? _____ Quanto durou? _____</p>	<p>34. Existe história de suicídio em sua família? a. () Sim b. () Não Quem? _____ Há quanto tempo? _____</p>
---	--	--

Nome Criança: _____		Idade: _____	Gênero: () M () F
Data Nascimento: _____		Local de Nascimento: _____	
<p>35. Escolaridade do filho/filha (série atual) a. () Nenhuma b. () Ensino Fundamental Incompleto Série: _____ c. () Outra _____</p> <p>36. Quantos anos de escolaridade? _____</p> <p>37. Repetiu alguma série? a. () Sim b. () Não Qual série? _____ Quantas vezes? _____</p> <p>38. Como tem sido atualmente seu desempenho na escola? a. () Ótimo b. () Bom c. () Regular d. () Ruim</p> <p>39. Já foi suspenso(a) ou Expulso(a) da escola? a. () Sim b. () Não Por que? _____</p> <p>40. Os professores tem queixas a seu respeito? a. () Sim b. () Não Quais são as queixas? () Falta de atenção () Desorganização () Falta de interesse () Não realiza as tarefas escolares () Conduta inadequada: palavrões, brigas, _____ () Outras: _____ Desde quando? _____</p> <p>41. Apresenta alguma doença física? a. () Sim b. () Não Qual? _____</p>	<p>42. Apresenta alguma doença psicológica? a. () Sim b. () Não Qual? _____</p> <p>43. Seu filho(a) já fez/faz tratamento psicológico e/ou médico? a. () Sim b. () Não Qual(is)? _____ Há quanto tempo? _____ Duração? _____</p> <p>44. Seu filho(a) utiliza alguma medicação psiquiátrica? a. () Sim b. () Não Qual(is)? E pra que servem? _____ _____</p> <p>45. Tem outros filhos? a. () Sim b. () Não Quantos? _____ - Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____ - Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____ - Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____ (Genograma no verso)</p> <p>46. Com quem seu filho(a) mora? (marcar mais de uma opção ou sublinhar, caso seja necessário) a. () Mãe b. () Pai c. () Madrasta/Padrasto d. () Irmãos Quantos moram junto? _____ e. () Avó/Avô f. () Amigo(a) g. () Instituição h. () Outro: _____</p>	<p>47. Status atual da custódia da criança: _____</p> <p>48. Idade da vítima quando do início do abuso Duração: _____</p> <p>49. Denunciante: _____</p> <p>50. Mãe confirma o abuso? _____</p> <p>Dados do agressor 51. Quem é? _____</p> <p>52. Idade: _____</p> <p>53. Profissão/Ocupação: _____</p> <p>54. Estado civil: _____</p> <p>55. Escolaridade: _____</p> <p>56. Uso de Álcool/Drogas? _____</p> <p>57. Existe contato Abusador/Criança: _____</p> <p>58. Situação Processo Judicial: _____ _____</p> <p>59. Tipo de abuso sofrido: a. () Estupro de vulnerável - conjunção carnal (cópula vaginal). b. () Estupro de vulnerável - atentado violento ao pudor (coito anal, sexo oral etc). c. () Estupro de vulnerável - ato libidinoso diverso (_____) d. () Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente. e. () Outro: _____</p>	

ANEXO D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (G1)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (G1)

Estamos solicitando sua autorização para que seu(sua) filho(a) possa participar da presente pesquisa, que está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). O objetivo deste estudo é compreender a constituição da autoestima e da representação de objeto (modo de relação do sujeito com seu mundo interno e externo) nas crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar e nas suas respectivas mães. Tal estudo prevê então, a participação de crianças de 6 a 11 anos, atendidas no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e no Serviço de Proteção à Criança no Centro de Saúde do IAPI, do sexo masculino e feminino e de suas respectivas mães. Para tanto é necessário que as crianças respondam aos instrumentos: Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (para crianças de 6 a 11 anos) para avaliar o nível de rendimento intelectual e ao Método de Rorschach, para identificar diversas dimensões da personalidade. Enquanto as mães responderão a uma Ficha de Dados Pessoais e Sócio-demográficos, ao Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência (CBCL), para identificar possíveis problemas de comportamento no seu filho(a) e também ao Método de Rorschach.

Essa atividade será realizada nas instituições anteriormente mencionadas ou no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP) na PUCRS, em dois encontros (com a mãe e com a criança simultaneamente) de aproximadamente 60 minutos, sob a coordenação das psicólogas responsáveis pelo estudo Dra. Blanca S. Guevara Werlang e Virginia Graciela Wassermann. Os dados obtidos através destes instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição dos pesquisadores responsáveis pelo estudo. O maior desconforto para as crianças e suas mães será o tempo que deverão dispor para responder aos instrumentos. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico e a escuta atenta e cuidadosa das pesquisadoras.

Eu, _____ (nome da mãe ou responsável pela criança) fui informado(a) dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual eu e meu(minha) filho(a) estaremos envolvidos, do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (XX) XXXX-XXXX com a Psicóloga Virginia Graciela Wassermann, assim como também poderei contatar com a Dra. Blanca Susana Guevara Werlang (XX) (XXXX-XXXX, ramal XXXX), professora orientadora deste estudo, com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (XX) (XXXX-XXXX) e com o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS (XX) (XXXX-XXXX).

Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação e de meu (minha) filho(a) na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por mim e por meu (minha) filho (a) fornecidas terão caráter confidencial. Declaro que recebi cópia do presente termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do Responsável

Data

Dra. Blanca S. Guevara Werlang
CRP 07/2126

Virginia Graciela Wassermann
CRP 07/16889

ANEXO E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (G2)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (G2)

Estamos solicitando sua autorização para que seu(sua) filho(a) possa participar da presente pesquisa, que está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). O objetivo deste estudo é compreender a constituição da autoestima e da representação de objeto (modo de relação do sujeito com seu mundo interno e externo) nas crianças e nas suas respectivas mães. Tal estudo prevê então, a participação de crianças, estudantes de escolas públicas, do sexo masculino e feminino e de suas mães. Para tanto é necessário que as crianças respondam aos instrumentos: Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (para crianças de 6 a 11 anos) para avaliar o nível de rendimento intelectual e o Método de Rorschach, técnica de avaliação clínica para identificar diversas dimensões da personalidade. Enquanto as mães responderão a uma ficha de Dados Sócio-demográficos, ao Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência (CBCL), para identificar problemas de comportamento, e também ao Método de Rorschach.

Os instrumentos serão aplicados, para as crianças, dentro do próprio contexto escolar (em dois encontros de aproximadamente 60 minutos), com a respectiva autorização institucional, não devendo acarretar em danos ao andamento normal das atividades curriculares. Com as mães, as aplicações ocorrerão conforme disponibilidade das mesmas, sendo previamente agendado com as pesquisadoras. Esta pesquisa está sob a coordenação das psicólogas responsáveis pelo estudo Dra. Blanca S. Guevara Werlang e Virginia Graciela Wassermann. Os dados obtidos através destes instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição do pesquisador responsável pelo estudo. O maior desconforto para as crianças será o tempo que deverão dispor para responder aos instrumentos. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

Eu, _____ (nome da mãe ou responsável pela criança) fui informado (a) dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual eu e meu (minha) filho (a) estaremos envolvidos, do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (XX) XXXX-XXXX com a Psicóloga Virginia Graciela Wassermann, assim como também poderei contatar com a Dra. Blanca Susana Guevara Werlang (XX) (XXXX-XXXX, ramal XXXX), professora orientadora deste estudo, com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (XX) (XXXX-XXXX). Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação e do meu (minha) filho (a) na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por mim e meu (minha) filho (a) fornecidas terão caráter confidencial.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Responsável

Data

Dra. Blanca S. Guevara Werlang
CRP 07/2126

Virginia Graciela Wassermann
CRP 07/16889